

# **Terugdringen en voorkomen van onderlinge agressie en geweld in tbs-inrichtingen**

Mr. drs. Marjan Wijers  
Drs. Sandra ter Woerds

Juli 2006



# Inhoud

1	Inleiding	5
2	Gebruikte methodologie	9
3	Vergelijkbaarheid onderzochte landen met het Nederlandse tbs-systeem	11
4	Beschrijving van de resultaten per land Engeland Zweden Canada België Duitsland	17
5	Conclusies landenscan	27
6	De situatie in Nederland	35
7	Terugdringen van onderlinge agressie en geweld: een systeemaanpak	39
8	Samenvatting en conclusies	47
	<b>Bijlage 1 Bronnen</b>	<b>49</b>
	<b>Bijlage 2 Harassment and Dignity at Work Policy, Kneesworth House Hospital (UK)</b>	<b>61</b>
	<b>Bijlage 3 Bullying &amp; Harassment Policy, Nottinghamshire Health Care NHS Trust (UK)</b>	<b>71</b>
	<b>Bijlage 4 Respectful Workplace Policy, Provincial Health Services Authority (BC, Canada)</b>	<b>89</b>
	<b>Bijlage 5 Human Rights Policy, Provincial Health Services Authority (BC, Canada)</b>	<b>103</b>



# 1 Inleiding

Uit onderzoek blijkt dat binnen penitentiaire inrichtingen agressie en geweld tussen personeel onderling een substantieel probleem vormen. Hoewel in vergelijking met het reguliere gevangeniswezen de tbs-sector beduidend lager scoort, speelt dit probleem ook hier. Om deze reden wil de Branchebegeleidingscommissie van het Arboplusconvenant Dienst Justitiële Inrichtingen (BBC DJI) gerichte maatregelen ontwikkelen om onderlinge agressie en geweld binnen tbs-klinieken te voorkomen en terug te dringen. Onderdeel hiervan is een internationale literatuursurvey naar *good practices* op dit gebied in tbs-klinieken, of vergelijkbare settings, in het buitenland. Deze survey dient als voorbereiding op een proefproject in de tbs-sector.

Centrale vraag van deze survey is: Wat is in het buitenland aan kennis en ervaring opgedaan met het aanpakken van onderlinge agressie en geweld tussen personeelsleden in met de Nederlandse tbs-klinieken vergelijkbare settings, en wat kan daarvan geleerd worden?

Concrete onderzoeksvragen zijn:

1. het identificeren van mogelijke *good practices* in het buitenland in vergelijkbare settings, gekoppeld aan concrete praktische aanbevelingen voor een proefproject in de tbs-sector;
2. voor zover mogelijk een overzicht bieden van maatregelen die in vergelijkbare settings in het buitenland zijn/worden genomen en inzicht in de effectiviteit hiervan;

3. voor zover relevant inzicht geven in de factoren die van invloed zijn op onderlinge agressie in tbs-klinieken en/of vergelijkbare instellingen en de mate waarin onderlinge agressie en geweld voorkomen.

De survey richt zich op Engeland, Duitsland, Zweden, België en Canada. Hoewel geen van deze landen het instituut tbs kent in de vorm zoals die in Nederland bestaat - Nederland is daarin uniek - kennen zij wel instellingen die op een aantal kenmerken vergelijkbaar zijn, zoals forensische afdelingen van psychiatrische inrichtingen met zwaar gestoorde delinquenten.

Het onderzoek bestaat uit twee fasen:

1. Inventarisatie en eerste analyse van in het buitenland aanwezige ervaring en literatuur met als doel het lokaliseren van mogelijke *good practices* die toepasbaar zijn in de Nederlandse context.
2. Een scan van de beschikbare literatuur in belendende sectoren op de voor Nederland relevante factoren die uit de eerste fase naar voren komen.

### Leeswijzer

Na een beschrijving van de gebruikte methodologie (hoofdstuk 2), wordt een korte beschrijving gegeven van de verschillen en overeenkomsten tussen het Nederlandse tbs-stelsel en het systeem in de geselecteerde landen (hoofdstuk 3). Daarna volgt een bespreking van de gevonden resultaten. Dat gebeurt per land, met een korte schets van de situatie en een overzicht van de relevante bronnen en informanten (hoofdstuk 4). Op grond hiervan trekken we een aantal conclusies voor de centrale vragen van het onderzoek (hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 wordt de Nederlandse situatie onder de loep genomen. De uitkomsten van de survey leiden tot de conclusie dat om onderlinge agressie en geweld te voorkomen en terug te dringen, een 'systeemaanpak' nodig is. De relevante elementen hiervan zijn uitgewerkt met een quickscan van de beschikbare literatuur uit belendende sectoren. Op basis hiervan worden een aantal aanbevelingen geformuleerd voor een proefproject in de Nederlandse situatie (hoofdstuk 7). Hoofdstuk 8 sluit af met een korte samenvatting en conclusies.

Tijdens het onderzoek zijn een aantal voorbeelden van meer algemene 'policy documents' over onderlinge agressie en geweld gevonden bij instellingen in het buitenland. Deze zijn opgenomen in bijlage 2. Bijlage 1 geeft een overzicht van alle gebruikte informatiebronnen.





## 2 Gebruikte methodologie

Aan het begin van de eerste fase is een quickscan gedaan naar (buitenlandse) literatuur over onderlinge agressie en geweld in de specifieke setting van tbs- of vergelijkbare instellingen. Daaruit blijkt dat deze niet of nauwelijks bestaat, niet in Nederland en niet in het buitenland. Dit wordt bevestigd door de geraadpleegde buitenlandse deskundigen. Zo stelt Bowie,<sup>1</sup> een internationaal bekende onderzoeker van intra *staff violence* van de University of Western Australia, dat er weinig literatuur op dit gebied bestaat. Ook zijn eigen publicaties richten zich niet op de specifieke setting van met tbs vergelijkbare instellingen, maar meer op het algemene analysekader voor ‘interstaff violence’.

De survey heeft zich daarom vooral gericht op het vinden van ‘grijze literatuur’ (beleidsstukken, interne notities) over het onderwerp, naast het traceren van mogelijke ‘officiële’ literatuur. Hiervoor is een scala aan informanten in het buitenland benaderd: onderzoekers, medewerkers van vergelijkbare instellingen, toezichhoudende organen, vakbonden en andere betrokken organisaties. Daarbij is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode, waarbij verschillende ingangen en startpunten zijn gehanteerd:

<sup>1</sup> Informatie gebaseerd op telefonisch interview.

- eigen contacten en netwerken in Nederland en het buitenland van het Verwey-Jonker Instituut;
- internet zoektocht via trefwoorden en websites van vergelijkbare instellingen;
- literatuur en documenten over vergelijkbare instellingen in het buitenland en/of over (andere vormen van) agressie en geweld in gevangenissen en (forensisch) psychiatrische inrichtingen;
- rechtstreeks benaderen van met de Nederlandse tbs-instellingen vergelijkbare settings en andere betrokken instanties (vooral toezichthouders) in de geselecteerde landen.

Het contact met informanten verloopt via e-mail, internet en telefoon. In totaal zijn - naast verschillende korte contacten - met acht respondenten telefonische interviews gehouden en is met negentien respondenten een uitgebreide emailcorrespondentie gevoerd. De resultaten hiervan zijn weergegeven in hoofdstuk 4.

Daarnaast is literatuuronderzoek gedaan voor de vergelijking van het Nederlandse tbs-systeem met het stelsel in de geselecteerde landen (hoofdstuk 3), de algemene landenbeschrijvingen (hoofdstuk 4) en de uitwerking van de relevante elementen van een systeemaanpak van onderlinge agressie en geweld (hoofdstuk 7). Om zicht te krijgen op onderlinge agressie en geweld in belerende sectoren is een interview gehouden met de directeur van het Nederlandse Instituut voor Psychotrauma, de heer De Wijs. Ten slotte is voor de beschrijving van de situatie in Nederland een telefonisch interview gehouden met de beleidsmedewerker Personeel & Organisatie van de Dienst Justitiële Inrichtingen, de heer Molleman (hoofdstuk 6).

### 3 Vergelijkbaarheid onderzochte landen met het Nederlandse tbs-systeem<sup>2</sup>

Dit hoofdstuk geeft een algemeen overzicht van de mate waarin het systeem in de onderzochte landen vergelijkbaar is met het Nederlandse tbs-stelsel. In het volgende hoofdstuk worden de resultaten per land besproken.

Geen van de onderzochte landen - Duitsland, België, Engeland, Frankrijk, Zweden en Canada - kent klinieken in de vorm van de Nederlandse tbs-klinieken, *in casu* sterk beveiligde psychiatrische ziekenhuizen met een eigen rechtspositieregeling die vallen onder het gezag van het ministerie van Justitie. Geen van de onderzochte landen kent ook de tbs-maatregel. In die zin is Nederland uniek. Wel kennen alle onderzochte landen vormen van omgang met psychisch gestoorde delinquenten die in ieder geval op een aantal punten overeenkomsten vertonen met het Nederlandse stelsel. Hieronder worden de belangrijkste verschillen en overeenkomsten besproken.

<sup>2</sup> Bronnen: Machteld Hoeve, Eric Blaauw & Hjalmar van Marle, 'De tbs vanuit internationaal perspectief. Een vergelijking tussen systemen van omgang met psychisch gestoorde delinquenten in verschillende Westerse landen', *Proces* 2004/1, p. 18-29; Eric Blaauw, Machteld Hoeve, Hjalmar van Marle, Lorraine Sheridan, *Mentally disordered offenders, International Perspectives on Assessment and Treatment*, Elsevier bedrijfsinformatie bv 2002.

In Nederland bestaan twee speciale strafmaatregelen die kunnen worden opgelegd aan daders met een geestelijke stoornis, te weten plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (pz-maatregel) of plaatsing in een tbs-kliniek (tbs-maatregel). In het eerste geval is geen andere strafrechtelijke sanctie mogelijk (eensporig stelsel). Bij oplegging van een tbs-maatregel kan ook een straf worden opgelegd (tweesporig stelsel). Dit vloeit voort uit het onderscheid dat Nederland maakt tussen volledige ontoerekeningsvatbaarheid (eensporig) en verminderde toerekeningsvatbaarheid (tweesporig). Kenmerkend voor de Nederlandse tbs-instellingen is een hoog niveau van materiële en personele beveiliging. Alle tbs-instellingen kennen een extra beveiligde afdeling. Het ministerie van Justitie bepaalt in welke instelling de dader wordt geplaatst. Toezicht op de behandeling en voortgang ligt bij het ministerie van Justitie en de rechterlijke macht. De gemiddelde intramurale behandelingsduur in Nederland bedraagt 71 maanden (cijfers 2001, Hoeve, Blaauw & Van Marle, 2004).

Nederland en Duitsland zijn de enige landen waar een dergelijk tweesporig stelsel bestaat. Dat wil zeggen dat aan verminderd toerekeningsvatbare daders een combinatie van gevangenisstraf en dwangverpleging opgelegd kan worden. De volgorde van behandeling en detentie verschilt: waar in Nederland eerst detentie plaatsvindt en dan behandeling, is dit in Duitsland omgekeerd. In alle andere onderzochte landen moet de rechter kiezen tussen gevangenisstraf of dwangverpleging.

Niet alle onderzochte landen kennen het begrip verminderd toerekeningsvatbaar. Het beginsel van verminderde toerekeningsvatbaarheid bestaat niet in Canada en Engeland. Ook Zweden kent formeel dit begrip niet. Welke stoornissen aanleiding kunnen geven tot volledige ontoerekeningsvatbaarheid of verminderde toerekeningsvatbaarheid (voor zover het laatste als begrip wordt gehanteerd) verschilt per land. De Nederlandse wet laat zich hier niet over uit, de wetgeving in de meeste van de andere landen wel. Waar in Nederland bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen de belangrijkste aanleiding zijn voor een rechterlijke beslissing een dader (in bepaalde mate) ontoerekeningsvatbaar te verklaren, worden in de andere landen persoonlijkheidsstoornissen niet expliciet gekoppeld aan de rechtelijke beslissing (Canada, België, Engeland, Frankrijk) of alleen wanneer ze ernstig van aard zijn (Duitsland en Zweden).

Van de landen die meerdere gradaties van toerekeningsvatbaarheid kennen, kent Nederland de meeste gradaties. In alle onderzochte landen beschikt de rechter uiteindelijk over de mate van toerekeningsvatbaarheid.

Uiteraard heeft de definiëring van het type stoornis dat aanleiding geeft tot verminderde toerekeningsvatbaarheid gevolgen voor het aantal daders dat al dan niet verminderd toerekeningsvatbaar wordt verklaard. Hetzelfde geldt voor het criterium behandelbaarheid. Ook hier bestaan (grote) verschillen. Dit heeft zijn weerslag op de populatie van tbs-klinieken en vergelijkbare buitenlandse instellingen. Zo bestaat in Nederland de populatie van tbs-instellingen van oudsher vooral uit daders met persoonlijkheidsstoornissen. In de andere onderzochte landen ligt dit percentage veel lager en zijn daders met een psychotische stoornis veel sterker vertegenwoordigd.<sup>3</sup> Daarbij moet bedacht worden dat de buitenlandse percentages vooral betrekking hebben op primaire diagnoses en de Nederlandse op de aanwezigheid van stoornissen in de tbs-populatie.

Geen van de onderzochte landen kent klinieken in de vorm van de Nederlandse tbs-klinieken. De maatregel of straf die psychisch gestoorde delinquenten in de onderzochte landen krijgen opgelegd betreft meestal behandeling in een psychiatrische kliniek, vaak een forensisch psychiatrisch ziekenhuis waar verschillende groepen delinquenten worden verpleegd en/of behandeld. Zo bestaat in de deelstaat Hessen (Duitsland) één forensisch psychiatrisch ziekenhuis waar alle psychisch gestoorde delinquenten worden behandeld. In British Colombia verblijven psychisch gestoorde delinquenten in het forensisch psychiatrisch instituut of in een van de zes multidisciplinaire klinieken, in Zweden kan deze groep worden ondergebracht in een psychiatrisch ziekenhuis, een afdeling van een algemeen ziekenhuis of een speciale voorziening. Ook Engeland kent verschillende soorten instellingen, zoals psychiatrische ziekenhuizen, regionale beveiligingseenheden en speciale streng

<sup>3</sup> Ter vergelijking: In Nederlandse tbs-inrichtingen ligt de verhouding op ca. 80% daders met persoonlijkheidsstoornis en ca. 25% daders met een psychotische stoornis, waarvan ca 20% debiel of zwakbegaafd. In Hessen (Duitsland) is dit ca. 37% persoonlijkheidsstoornis en ca 41% psychotische stoornis, in Zweden resp. 27% en 35%, in Engeland (van de groep met een psychische stoornis) achtereenvolgens 7% en 68% en British Colombia (Canada) 1% dan wel 88%.

beveiligde, psychiatrische klinieken. In België en Frankrijk kunnen psychisch gestoorde delinquenten geplaatst worden in psychiatrische ziekenhuizen waar ook niet delinquenten verblijven.

Kenmerkend voor de Nederlandse tbs-instellingen is het hoge niveau van materiële en personele beveiliging. Alle andere onderzochte landen kennen meer variaties in beveiligingsniveaus van instellingen of afdelingen binnen instellingen. In de Nederlandse inrichtingen ligt het accent sterk op behandeling, het personeel is dan ook in de eerste plaats (geschoold als) behandelaar. Dit is in de meeste landen het geval maar niet overal. In Engeland worden 'tbs-cliënten' bijvoorbeeld ook opgevangen in speciale dspd-units<sup>4</sup> van gevangenissen. Het personeel van deze units is gerekruteerd uit het reguliere gevangenispersoneel en hun functie is in feite een mengeling van bewaker en behandelaar. In België verblijven de meeste ernstig gestoorde delinquenten in gevangenissen, waar zij geen behandeling ontvangen.

Een ander uniek kenmerk van het Nederlandse systeem is de mate waarin het ministerie van Justitie en de rechterlijke macht betrokken zijn bij en toezicht houden op de zorg voor psychisch gestoorde delinquenten. In de andere landen neemt de geestelijke gezondheidszorg een veel belangrijkere plaats in. Zo valt bijvoorbeeld behandeling en verlop (met uitzondering van Engeland waar het zogeheten 'restricted patients' betreft) onder de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar, de medisch directeur of een commissie, die binnen de kaders van de geestelijke gezondheidszorg werken en een eigen verantwoordelijkheid hebben. In het algemeen ligt de supervisie bij een instelling die belast is met het houden van toezicht op de behandeling van psychisch gestoorde delinquenten of psychisch gestoorde in het algemeen. In Duitsland is dat het ministerie van Sociale Zaken en het Landeswohlfahrtsverband, in Zweden de National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), in Canada de Review Board, in België de Commissie ter bescherming van de maatschappij. In Engeland en Frankrijk is de medische staf in de afzonderlijk instellingen verantwoordelijk.

<sup>4</sup> 'dangerous people with severe personality disorder'.

Dwangverpleging kan worden opgelegde voor onbepaalde tijd (België en Duitsland) of een bepaalde tijd waarbij telkens verlenging mogelijk is (de andere landen). De verlengingstermijnen en de bevoegdheid te beslissen over verlenging verschillen per land. Veelal is dit de rechter, soms de behandelaar. Criteria zijn daarbij:

1. De patiënt lijdt nog steeds aan stoornis en kan baat bij behandeling hebben.
2. Recidivegevaar (het Nederlandse gevaars- en veiligheids criterium).

Ook de instantie die beslist over ontslag verschilt: in Nederland en Duitsland is dat de rechter, in Zweden is het de rechter als het gaat om delinquenten die onder rechtelijk toezicht zijn gesteld, en de hoofdbehandelaar als dat niet het geval is. In Canada is het de Review Board, in Engeland de UK Home Secretary voor patiënten met een *restriction order*, in Frankrijk de prefect, in België is het de commissie ter bescherming van de maatschappij. Belangrijk criterium is steeds de kans op recidive als gevolg van psychische stoornis.

De gemiddelde intramurale behandelingsduur varieert van 14 maanden (Canada) tot 44 (Zweden) tot 48-60 maanden (Hessen). In Engeland hangt de gemiddelde behandelingsduur af van het type stoornis (variërend van 65 tot 161 maanden). In alle stelsels is een vorm van nazorg aanwezig. De manier waarop deze is georganiseerd, verschilt.





## 4 Beschrijving van de resultaten per land

Hieronder zijn de uitkomsten per land beschreven. Op basis hiervan worden in het volgende hoofdstuk enkele conclusies gepresenteerd.

### Engeland

#### *Situatieschets*

Engeland heeft een eensporig stelsel en kent het begrip ontoerekeningsvatbaar, maar niet het begrip verminderde toerekeningsvatbaarheid. Ontoerekeningsvatbaarheid leidt tot plaatsing in een speciale kliniek. Dit kunnen verschillende soorten instellingen zijn, zoals psychiatrische ziekenhuizen, regionale beveiligingseenheden, speciale (streng beveiligde) psychiatrische klinieken en speciale afdelingen van gevangenis- en psychiatrische klinieken en speciale afdelingen van gevangenis- en psychiatrische klinieken. De medische staf in de afzonderlijke inrichtingen is verantwoordelijk voor de behandeling. De gemiddelde intramurale behandelingsduur varieert (in 2001) van 65 tot 161 maanden, afhankelijk van het type stoornis van de dader.

De tbs-cliënten in Nederland zouden in Engeland meestal onder de noemer dspd vallen: 'dangerous people with severe personality disorder'. Zij worden hoofdzakelijk opgevangen in psychiatrische ziekenhuizen en in sommige gevallen in gevangenis- en psychiatrische klinieken. De instellingen die het meest vergelijkbaar zijn met tbs-instellingen zijn de drie (high security) 'special hospitals', enkele ziekenhuizen in de private sector en een klein aantal

gevangenis met een dspd-unit. Een medewerker van een 'special hospital' omschreef haar werkplek als 'a hospital with a big fence'. De 'special hospitals' zijn deel van de National Health Service (NHS) trust. Daarnaast zijn er nog de private instellingen of ziekenhuizen en enkele gevangenis met een forensisch psychiatrische gesloten afdeling waar 'dspd's' worden gehuisvest.

#### *Uitkomsten*

De drie 'special hospitals' (Rampton, Ashworth, Broadmoor) hebben elk een 'bully and harassment policy'. Dit is specifiek beleid, gericht op het voorkomen van en omgaan met pesten, intimidatie en agressie op het werk. Deze zijn in algemene termen gesteld, vergelijkbaar met anti-pest beleid in andere sectoren, en vaak 'trust wide' in reikwijdte. Dergelijk beleid is niet specifiek toegespitst op de forensische psychiatrie. Ook het 'harassment and dignity at work' beleid van Kneesworth House, een instelling in de onafhankelijke/private branche, is in dergelijke algemene termen gesteld, bijvoorbeeld: 'the hospital aims to maintain a safe, healthy and fair environment free from bullying and harassment' (zie bijlage).

De human resources-afdelingen van de drie 'special hospitals' melden dat incidenten tussen personeel relatief weinig voorkomen, of in ieder geval, zoals een medewerker van Rampton Hospital zegt, weinig worden gerapporteerd. De redenen daarvoor zijn niet duidelijk, maar de betreffende medewerker denkt dat dit vooral ligt aan de setting in het ziekenhuis: 'Collega's moeten op elkaar kunnen vertrouwen en je kunt je niet veroorloven een slechte collegiale sfeer te hebben'. Er wordt door het ziekenhuis relatief veel geïnvesteerd in teambuilding en andere op het team gerichte activiteiten.

Een van de gevangenis met een dspd-unit zegt desgevraagd ook nauwelijks ervaring te hebben met onderlinge agressie en geweld. De unit bestaat pas twee jaar, en is onderdeel van een gevangenis. Het personeel van de unit is geselecteerd uit het reguliere gevangenis personeel op basis van houding, en zij zijn goed getraind. Hun functie is feitelijk een mengeling van bewaker en behandelaar. Mocht onderling geweld of agressie voorkomen dan kan een personeelslid eenvoudig worden teruggeplaatst naar een reguliere gevangenisafdeling. Volgens

de betrokken psychologe komt geweld en agressie tussen personeelsleden eigenlijk niet voor.

Het hoofd psychologie van Kneesworth House (private instelling voor forensische psychiatrie, wat betreft veiligheidsniveau vergelijkbaar met tbs) vertelt, dat niemand in Engeland hier ooit onderzoek naar heeft gedaan. De vraag is, volgens hem, of er niets te ontdekken is of dat men niet wil dat onderlinge agressie en geweld zichtbaar worden gemaakt. Zijn verwachting is dat instellingen hier niet zomaar gegevens over naar buiten zullen brengen, onder andere wegens privacyoverwegingen. De respondent weet echter uit eigen ervaring dat het wel voorkomt.

Het ontbreken van onderzoek naar onderlinge agressie en geweld wordt bevestigd door Paterson van de University of Stirling, lid van de European Violence in Psychiatry Research Group. Hij is zelf ooit manager geweest in een instelling voor forensische psychiatrie. Zijn ervaring is dat geweld tussen medewerkers doorgaans meer subtiele vormen aanneemt, zoals intimidatie. Volgens hem is de definitie van onderlinge agressie en geweld zeer belangrijk. In het verleden kwam het volgens hem in aanzienlijke mate voor in de instelling waar hij werkzaam was (hij spreekt over 'significant levels'). De aard en omvang daarvan is echter nooit goed onderzocht, en zeker niet in forensische instellingen. Meer onderzoek is gedaan in bijvoorbeeld de gezondheidszorg. Ook voor die sector geldt echter de noodzaak van meer onderzoek naar onderlinge agressie en geweld. Zo stelt McKenna in zijn studie naar werkgerelateerd geweld in de gezondheidszorg in Ierland: 'The findings that violence between co-workers while reported to a lesser degree than in previous national and international studies is a source of concern and should be investigated further. The nature of this inquiry would be best served by a qualitative study with all groups of staff' (McKenna 2004, p. 12).

Er is wel veel onderzoek gedaan naar geweld en agressie tussen cliënten en personeel. Ierland, bijvoorbeeld, heeft onderzoek gedaan naar geweld in instellingen als gevangenissen. Haar ervaring is dat 'in some secure services (including hospitals and prisons) staff to staff bullying is considered a more sensitive topic than patient-to-patient/prisoner-to-prisoner bullying'. Zij heeft geprobeerd ook onderzoek te doen naar staff-to-staff

violence: 'But I have generally found that I am allowed only to focus on clients'.

## Zweden

### *Situatieschets*

Zweden heeft een eensporig stelsel. Ernstig gestoorde daders kunnen worden onderworpen aan een behandeling in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis, hoewel Zweden formeel het begrip ontoerekeningsvatbaarheid niet kent. Psychisch gestoorde delinquenten worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis, een afdeling van een algemeen ziekenhuis of een speciale voorziening. Deze instellingen zijn door de National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) geschikt bevonden en staan onder supervisie van de National Board. Er bestaan twee verschillende niveaus van beveiliging voor psychisch gestoorde delinquenten, afhankelijk van de vraag of de betrokken delinquent wel of niet onder toezicht staat van de rechtbank. Zweden kent dus een soortgelijk systeem van forensische psychiatrie als Nederland met de combinatie van detentie en behandeling binnen eenzelfde instelling voor mentaal gestoorde delinquenten.

Toezicht op behandeling en voortgang ligt bij de National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen). De gemiddelde intramurale behandelingsduur is circa 44 maanden.

Er zijn zes grotere en zeven kleinere forensisch psychiatrische instellingen. Deze instellingen, en in het bijzonder de grotere en meer 'secure' ziekenhuizen, hebben regelmatig onderling overleg en spreken over beleidskwesties, waaronder personeelszaken.

### *Uitkomsten*

Bij de National Board of Health and Welfare is niets bekend over *good practices* of specifieke initiatieven op dit terrein. Ook de heer Söderberg, directeur van Sundsvall en adviseur van de overheid, is geen materiaal hieromtrent op papier bekend: er is geen *manual* of iets dergelijks. Hij heeft net een zoektocht ondernomen naar manuals over 'gezond houden van je personeel' maar heeft niets kunnen vinden. Sundsvall is het meest beveiligde instituut voor forensische psychiatrie in

Zweden. Het heeft negentig interne patiënten, vijftig 'out'-patiënten en honderd personeelsleden.

Volgens Söderberg komen *staff-on-staff* incidenten maar zeer sporadisch voor. In de vijftien jaar dat hij in de forensische psychiatrie werkt, heeft hij een paar gevallen van onderlinge agressie en geweld meegemaakt. Deze werden altijd snel opgelost. Het feit dat onderlinge agressie en geweld weinig voorkomen, hangt - zo zegt hij - samen met de aard van de organisatie: hij en zijn personeel hebben een bepaalde sfeer, bepaalde relaties en manier van omgaan en dat verspreidt zich over de hele kliniek. Hij benadrukt het belang van een goed personeelsbeleid: 'Je moet goed zorgen voor je personeel via reguliere meetings waar behandelingskwestie aan de orde komen. Het personeel is je gereedschap, je "tool for treatment". Het is dus uiterst belangrijk dat je goed voor ze zorgt. Je personeel moet zich goed voelen. Daarmee voorkom je een boel ellende en ben je dus bezig met preventie'.

Dat er geen onderzoek voorhanden is in Zweden wordt bevestigd door Rask van Växjö University. Hij is *senior lecturer* aan de medische faculteit en heeft zich gespecialiseerd in forensische verpleegkunde (Rask, M., *Swedish forensic psychiatric nursing care, nurse's views of values theories and practice*, dissertatie, Department of psychiatry, Malmö 2001). Gezien zijn specialisme is aan te nemen dat hij op de hoogte is van eventueel bestaande literatuur rond onderlinge agressie en geweld. Op onze vraag antwoordt hij: 'Your research question sounds interesting and seems to be an area that needs to get more research attention. Research focusing on intra-staff violence in forensic psychiatric institutions has not been of special interest in Sweden, at least as far as I know. So, I am sorry that I can't help you with any contacts'.

## Canada

### *Situatieschets*

Canada (British Columbia) heeft een eensporig stelsel en hanteert het begrip ontoerekeningsvatbaar zonder te differentiëren naar de mate van toerekeningsvatbaarheid. Ontoerekeningsvatbaarheid leidt tot plaatsing in een speciale kliniek. Psychisch gestoorde delinquenten in British Columbia worden geplaatst in het forensisch psychiatrisch ziekenhuis of in een van

de zes multidisciplinaire klinieken. De gemiddelde intramurale behandelingsduur is 14 maanden, de totale behandelingsduur 9 ½ jaar.

In totaal heeft Canada 13 provincies met 25 met tbs-klinieken vergelijkbare instellingen (veelal psychiatrische ziekenhuizen en 'mental health centres'). Per regio heeft een zogenoemde Review Board de verantwoordelijkheid voor de behandeling en het verloop van geestelijk gestoorde delinquenten.

#### *Uitkomsten*

De Review Boards hebben geen informatie over onderlinge agressie en geweld. Zij verwijzen naar de instellingen zelf. Ook het hoofd van de forensische afdeling van Queen's University weet niets over het onderwerp. Hij verwijst door naar het enige 'maximum security hospital for men' in Ontario, het Penetanguishene Mental Health Centre. De onderzoeksafdeling van deze instelling doet onder meer onderzoek naar 'violence in institutions' (Which residents of institutions are prone to violence? What conditions provoke violent behavior? What conditions and programs can reduce violence in institutions? What kinds of training can help staff anticipate, prevent and safely control violence?). Volgens hun onderzoeksdirecteur hebben zij echter nauwelijks iets gedaan aan *staff-to-staff violence*.

De maximum *security unit* van het forensisch psychiatrisch ziekenhuis in Port Coquitlan (BC) verwijst naar de regelingen zoals vastgelegd in de CAO en het regionale beleid rond harassment van de Provincial Health Services Authority (PHSA). Ook het Riverview Hospital (BC) heeft niet veel te bieden op het terrein van onderlinge agressie en geweld. Zij melden dat zij mogelijk in de toekomst hiernaar onderzoek gaan doen. Verder wordt melding gemaakt van enkele artikelen rond 'workplace violence', maar niet in forensisch psychiatrische settings (wel in psychiatrie) en van Amerikaanse bodem. Ook kennen zij geen specifieke programma's of initiatieven rond geweld en agressie tussen personeel.

De PHSA (Provincial Health Services Authority) van British Columbia stuurde ons hun beleid aangaande *bullying en harassment*, vastgelegd in de 'human rights policy' en de 'respectful workplace policy' (zie bijlagen). Net als in Engeland

geldt dit beleid voor een bredere groep instellingen/ ziekenhuizen en is het van algemene aard, ofwel: niet toegesloten op de forensische psychiatrie. In de 'human rights policy' staat bijvoorbeeld: 'The PHSA is committed to providing a work environment in which all individuals are treated with respect and dignity and free from discrimination and harassment.... In order to assist the PHSA in promoting a respectful working environment for all, it is essential that employees are able to come forward with complaints that they may have under this policy'. Klachtprocedures zijn in het beleid verankerd.

De vakbond voor psychiatrisch verpleegkundigen in BC heeft geen informatie maar is bereid naar mogelijke informatie binnen de instellingen te zoeken. Van hen is geen additionele informatie ontvangen.

## **België**

### *Situatieschets*

België heeft een eensporig stelsel en kent zowel het begrip ontoerekeningsvatbaar als verminderde toerekeningsvatbaarheid. De rechter moet echter kiezen voor straf of dwangverpleging. In geval van dwangverpleging worden psychisch gestoorde delinquenten opgenomen in psychiatrische instellingen, waar zij verblijven op een speciale afdeling of worden geplaatst tussen niet-delinquenten. Toezicht ligt bij de Commissie ter bescherming van de maatschappij.

Vlaanderen kent geen forensisch psychiatrische klinieken, maar wel drie psychiatrische ziekenhuizen met extra beveiliging die geïnterneerden opvangen die speciale veiligheidsmaatregelen vereisen. Deze 'matig gevaarlijken' of 'lichtere gevallen' kunnen gedeeltelijk (op dit moment 114 personen) terecht in de gesloten afdelingen van de psychiatrische ziekenhuizen in Rekem, Bierbeek en Zelzate. Dit zijn instellingen voor forensische psychiatrie, maar minder zwaar aangezet dan de Nederlandse tbs-instellingen. Verreyken (2006) schrijft hierover: 'Om voor behandeling in de gesloten afdelingen in aanmerking te komen, moet de delinquent nog voldoende bevattingsvermogen hebben, mag hij geen primaire seksuele of narcotische diagnose hebben gekregen en niet uitzonderlijk gewelddadig zijn'.

De meerderheid van de geïnterneerden met een psychische stoornis en een matig of hoog risico (505 personen) verblijft echter zonder enige behandeling in de reguliere gevangenissen (Verreyken, 2006). Er zijn plannen voor een groot forensisch psychiatrisch centrum in Antwerpen 'om mensen uit de gevangenissen te halen'. Naar verwachting zal dit plan per 2010 gerealiseerd zijn. Al met al verblijven ernstig gestoorde delinquenten vooral in gevangenissen, waar zij geen behandeling ontvangen.

Wallonië kent een ander model: de nadruk ligt daar vooral op het bewaken en afzonderen uit de maatschappij om recidive te voorkomen (Verreyken, 2006).

#### *Uitkomsten*

Aangezien Vlaanderen geen met Nederland vergelijkbare settings kent (combinatie behandeling en detentie van ernstig gestoorde delinquenten) is het ondoenlijk hier lessen uit te trekken voor de Nederlandse praktijk. Plannen voor een grotere instelling zijn in de maak, maar zolang deze niet gerealiseerd zijn, zit de doelgroep in gevangenissen.

Volgens Vlaamse onderzoekers naar het gevangeniswezen, inclusief degenen die onderzoek hebben gedaan naar geweld in Belgische gevangenissen, is ook nauwelijks 'grijze literatuur' beschikbaar. Het artikel van Tubex en Janssen over geweld in gevangenissen (hoofdzakelijk gericht op geweld tussen personeel en cliënt en cliënten onderling), besteedt aandacht aan het personeelsbeleid en de organisatiestructuur. De onderzoekers onderscheiden in de gevangenissen verschillende disciplines: de bewaarders zijn de grootste groep, naast de psychosociale diensten en het management of de directie. 'De functie van bewaarders wordt dikwijls omschreven als een voortdurend balanceren tussen twee hoofdtaken, namelijk beveiliging versus bejegening.' Zij beschrijven hoe deze taken met elkaar kunnen concurreren op de werkvloer, evenals de invloed van de verschillende disciplines en hun onderlinge samenwerking op het omgaan met geweld van gedetineerden.



## Duitsland

### *Situatieschets*

Net als Nederland kent Duitsland een tweesporig stelsel. Bij verminderde toerekeningsvatbaarheid kan de rechter zowel gevangenisstraf als dwangverpleging opleggen. Tbs-waardige cliënten worden ondergebracht in forensisch psychiatrische klinieken, die meestal onder het ministerie van Gezondheid vallen. Per 'Bundesland' zijn deze zeer verschillend georganiseerd. Ze hebben weinig contact over de bondsgrenzen heen. Binnen de regio's wordt samengewerkt, zoals in Dortmund via een 'Landschaftsverband' (vergelijkbaar met de trusts in UK en de Review Boards in Canada). Tbs-cliënten vallen onder een zogenoemde 'Massregelvollzug', net als verlaafden. In 2000 waren er in Duitsland in totaal 4.051 mensen die onder deze maatregel vallen, ondergebracht in psychiatrische klinieken en 1.780 in afkickcentra (alcohol en/of drugs) (bron: [www.forensik.de](http://www.forensik.de)).

De deelstaat Hessen kent één forensisch psychiatrisch ziekenhuis waar alle psychisch gestoorde delinquenten worden behandeld (Haina). Er zijn drie verschillende niveaus van beveiliging. Toezicht op behandeling en voortgang ligt bij het ministerie van Sociale Zaken en het Landeswohlfahrtsverband Hessen. De gemiddelde intramurale behandelingsduur bedraagt 48-60 maanden.

### *Uitkomsten*

Bij de forensische kliniek Haina is geen enkel onderzoek rond onderlinge agressie en geweld bekend, noch ander schriftelijk materiaal. Volgens de directeur en hoofdpsycholoog is het ook geen algemeen probleem: 'In our institution we do not see such a problem'. Een andere medewerker echter geeft aan dat het wel degelijk voorkomt, zij het niet vaak, maar dat dit per incident wordt afgehandeld. Hij snijdt een dieperliggend probleem aan: 'Het gebeurt wel, maar het is moeilijk te pakken'. Volgens hem is Haina wel bezig geweest om beleid rond pesten en agressie tussen personeel op te stellen, maar is dit niet gelukt. Als een van de redenen hiervoor geeft hij aan dat het onderwerp omgeven is met schaamte en taboe.

Ook Dimmek, die in meerdere klinieken heeft gewerkt, is niets bekend over materiaal of initiatieven rond onderlinge agressie en geweld. Hij kent wel studies over agressie tussen patiënten en personeel, maar niet over personeel onderling, en zeker niet in forensisch psychiatrische settings. Ook hij noemt 'taboe' als een van de mogelijke redenen voor het gebrek aan aandacht hiervoor.

De directeur van de kliniek in Marsberg (Westfalen), de heer Wittman, zetten we aan het denken met onze vraag. Hij constateert dat het als thema niet leeft, maar dat het zeker grote relevantie heeft: pesten en agressie, in welke mate en vorm dan ook, heeft invloed op de werkprestaties en uitoefening van het werk door het personeel. Dit is in een gesloten setting nog belangrijker: het personeel is immers een rolmodel voor de patiënt. Ook zijn ervaring is, net als van zijn collegae in Haina, dat het moeilijk is om specifiek beleid te vormen hieromtrent of er aandacht voor te vragen. Volgens hem is de kwestie van definitie - wat valt er wel en niet onder - het grootste struikelblok. Daarnaast speelt mee dat urgentie ontbreekt om werk te maken van het onderwerp.

Ook Feest van de Universiteit Bremen is niet bekend met *good practices* of initiatieven op dit terrein: 'Leider weiß ich noch nicht einmal von *good practices* zum Thema bullying/harassment im Strafvollzug, noch viel weniger in der Psychiatrie. Nur für sexual harassment sind Institutionen und Politiken vorhanden. Generell und wohl auch in Gefängnissen und Psychiatrien'.

De vakbond Ver.di organiseert met enige regelmaat seminars voor personeel in forensisch psychiatrische instellingen. Of daarin ook het onderwerp onderlinge agressie en geweld aan de orde komt, hebben wij niet kunnen achterhalen.

## 5 Conclusies landenscan

In dit hoofdstuk volgen een aantal conclusies op basis van het voorafgaande. De belangrijkste hiervan werken we vervolgens nader uit: de factoren die van invloed zijn op het bestaan van onderlinge agressie en geweld, de noodzaak van het ontwikkelen van beleid en de obstakels daarbij.

De centrale vraag van de survey was: ‘Wat is in het buitenland aan kennis en ervaring opgedaan met het aanpakken van onderlinge agressie en geweld tussen personeelsleden in met de Nederlandse tbs-klinieken vergelijkbare settings, en wat kan daarvan geleerd worden?’ Deze vraag viel uiteen in een aantal deelvragen die hieronder aan de orde komen.

De eerste deelvraag betrof het identificeren van mogelijke *good practices* in het buitenland in vergelijkbare settings, gekoppeld aan concrete praktische aanbevelingen voor een pilotproject in de tbs-sector.

De conclusie is dat er een leemte bestaat, zowel in praktische maatregelen als in onderzoek waar het gaat om het voorkomen en terugdringen van onderlinge agressie en geweld in settings die met de Nederlandse tbs vergelijkbaar zijn. Geen van de onderzochte instellingen en/of landen kent een specifiek beleid of speciale (preventieve) maatregelen. Er zijn geen *good practices* voor preventie van en omgaan met onderlinge agressie en geweld in forensisch psychiatrische instellingen gevonden, die als voorbeeld kunnen dienen voor een Nederlandse pilot. In een aantal landen bestaat een meer algemeen beleid voor onderlinge agressie en geweld (voor bijvoorbeeld algemene

psychiatrische klinieken). Dit is dan echter niet toegespitst op de specifieke setting van met de tbs vergelijkbare instellingen (een aantal voorbeelden zijn als bijlage opgenomen). Hetzelfde geldt voor onderzoek. Er is veel onderzoek gedaan naar geweld en agressie tussen cliënten (of patiënten) en personeel, maar veel minder naar agressie en geweld tussen personeelsleden onderling. Voor zover dergelijk onderzoek is gedaan betreft dit vooral de gezondheidszorg ('health care settings'). Er is geen of nauwelijks onderzoek gedaan naar onderlinge agressie en geweld in met de Nederlandse tbs vergelijkbare instellingen. In ieder geval is bij de groep respondenten dergelijk onderzoek niet bekend en zij achten het zonder uitzondering onwaarschijnlijk dat het er is. Gezien het aantal en de functie van de respondenten lijkt dit een betrouwbaar beeld.

Op basis van het verzamelde materiaal zijn desondanks een aantal aanbevelingen te geven voor een pilotproject in Nederland. Deze worden uitgewerkt in hoofdstuk 7.

Tweede doel was het (voor zover mogelijk) bieden van een overzicht van maatregelen die in vergelijkbare settings in het buitenland zijn of worden genomen, en inzicht in de effectiviteit hiervan.

Zoals hierboven geconstateerd, heeft geen van de onderzochte instellingen specifieke maatregelen genomen om onderlinge agressie en geweld te voorkomen of aan te pakken. In een aantal gevallen is geprobeerd hiertoe beleid en/of maatregelen te ontwikkelen, maar is dit niet gelukt (Duitsland). Als redenen hiervoor worden gegeven: het gebrek aan directe urgentie (het komt weinig voor of wordt althans weinig gerapporteerd), het taboe dat op het onderwerp rust en het probleem om te definiëren wat precies onder onderlinge agressie en geweld moet worden verstaan.

Ten derde had de survey tot doel om, voor zover relevant, inzicht te geven in de factoren die van invloed zijn op onderlinge agressie in tbs-klinieken en/of vergelijkbare instellingen, en de mate waarin onderlinge agressie en geweld voorkomen. Alle respondenten geven aan dat onderlinge agressie en geweld weinig voorkomen of in ieder geval weinig worden gerapporteerd. Zij geven hier verschillende verklaringen voor. Deze krijgen hieronder nadere uitwerking. De inschattingen over de mate waarin het voorkomt, verschillen. Volgens sommige

respondenten komt het niet of nauwelijks voor, anderen stellen dat het wel degelijk voorkomt, maar moeilijk zichtbaar is te maken. Voor zover medewerkers hierover rapporteren, wordt het als incident afgedaan. Als voornaamste reden wordt gegeven dat het onderwerp is omgeven met schaamte en taboe. De meerderheid van de respondenten vindt het desondanks een belangrijk onderwerp en een probleem dat om een oplossing dan wel een adequate aanpak vraagt.

Hieronder gaan we nader in op de betekenis van deze onderzoeksresultaten. Wij concentreren ons op de verschillende factoren die volgens respondenten van invloed kunnen zijn op het voorkomen of ontstaan van onderlinge agressie en geweld, de (latente) urgentie van het ontwikkelen van een beleid voor onderlinge agressie en geweld, en de vraag waarom het zo moeilijk is om tot een specifiek beleid te komen.

### **Factoren die van invloed zijn op het voorkomen van onderlinge agressie en geweld**

De respondenten geven verschillende verklaringen voor het in geringe(re) mate voorkomen van onderlinge agressie en geweld in met tbs vergelijkbare settings. De belangrijkste hebben te maken met personeelsbeleid, de functie van personeel als rolmodel, de organisatiecultuur of wijze van omgaan met elkaar, en de rol van het management. Daarnaast wijst men op de gerichtheid op behandeling in plaats van bewaking.

Verschiedende respondenten noemen het belang van aandacht voor training en (persoonlijke) ontwikkeling van het personeel, de zorg voor medewerkers als 'tool for treatment' en aandacht voor teambuilding als preventieve factoren. Zo zijn volgens Bowie mogelijke redenen waarom onderlinge agressie en geweld in forensisch psychiatrische settings minder voorkomen dan in gevangenissen, een betere training van het personeel en meer gerichtheid op het omgaan met geweld.

Ook Söderberg van het Sundsvall Hospital in Zweden noemt het belang van goede zorg voor het personeel: 'Aan forensisch psychiatrisch medewerkers worden specifieke eisen gesteld. Ze moeten leven met mensen die psychisch gestoord zijn en ernstige misdaden hebben begaan, vaak ook met drugs te maken hebben. Personeel wordt vaak blootgesteld aan 'malign'

invloeden vanuit de patiënten. De instelling is zich daar terdege van bewust. Als instelling moet je dus goed voor je personeel zorgen, bijvoorbeeld via reguliere meetings waarin zaken rondom behandeling worden besproken. Personeel is je gereedschap: je 'tool for treatment'. Om effectief te zijn moet je professioneel optreden, maar je moet je ook emotioneel open kunnen stellen. En als je je emotioneel openstelt, wordt je kwetsbaarder. Daar wordt veel over gesproken, maar ook over bijvoorbeeld het slechte in de patiënten. Dat wordt in heldere en duidelijke termen benoemd. De meeste mensen zitten vijf à zes jaar in een kliniek en als personeel moet je professionele afstand bewaren. Je bent ook een rolmodel voor de patiënten. Je personeel moet zich goed voelen. Daarmee voorkom je een boel ellende. Als het slecht gaat met je personeel is het ook slecht voor de patiënten. Bovendien moet je ook aan de familie van personeel denken: iemand moet niet problemen mee naar huis gaan nemen. Dat risico is er wel. Het zijn heftige dingen die voorbij komen'. Hij en zijn collegae spreken regelmatig over dit soort zaken, maar opnieuw: er is heel weinig op papier gezet. Door de speciale dspd-units in Engeland wordt het belang van teambuilding genoemd: 'Je moet op elkaar kunnen vertrouwen, je kunt je niet veroorloven een slechte collegiale sfeer te hebben'.

In het verlengde hiervan wordt de organisatiecultuur en de rol van het management/leidinggevenden genoemd. Söderberg verwijst bijvoorbeeld naar 'een bepaalde sfeer, een bepaalde manier van omgaan met elkaar' als preventieve factor. Bowie brengt de andere kant hiervan naar voren. Hij is van mening dat onderlinge agressie en geweld tussen personeel vaak een reactie zijn op een 'abusive organisational culture and management style'. Ook Paterson wijst op 'violence perpetrated by organisations against their staff and the potential consequences for staff and patients'.<sup>5</sup>

Daarnaast noemt Bowie het verschil in regels en verhoudingen tussen forensische en 'correctional' instituties als mogelijke verklaring waarom in gevangenissen onderlinge agressie en geweld meer voorkomen, dan in forensische settings. Volgens hem zijn de Angelsaksische landen meer gericht op 'containment' en bestraffing dan de Europese landen die een meer

<sup>5</sup> [http://www.nm.stir.ac.uk/diploma/managing\\_violence.htm](http://www.nm.stir.ac.uk/diploma/managing_violence.htm)

correctief model voorstaan: 'Verskil is of je mensen ziet als gevangenen of gevangenen als mensen'. Het Angelsaksische model heeft vaak een element van treatment en rehabilitatie in de zijlijn, maar naar zijn idee vooral om het eigen imago hoog te houden. Een belangrijke factor is volgens Bowie bij wie de verantwoordelijkheid voor behandeling ligt: de bewakers of de verzorgers/behandelaars. Het kan zijn dat onderlinge agressie en geweld meer voorkomen in situaties waarin bewakers de 'lead' hebben. Hughes van Kneesworth House (Engeland) wijst op iets soortgelijks. Mogelijk speelt een rol dat tbs-settings een mix zijn van health (behandelings)- en veiligheidspersoneel. 'Health' personeel is getraind en opgeleid om conflicten te hanteren en geweld te voorkomen. 'Ook al moeten ze ook de veiligheid handhaven, ze doen dat op een andere manier.' In dezelfde zin verwijst McKenna (Ierland) naar een studie, waarin een significant verschil werd gevonden in de mate waarin onderlinge agressie en geweld voorkomen tussen verschillende groepen personeel: 'So perhaps not only the clinical setting, but also the various staff groups within it might be worth looking at'. Dit komt ook naar voren in Vlaams onderzoek (Tubex et al.). De onderzoekers maken onderscheid tussen verschillende disciplines: bewaarders, de psychosociale diensten en het management. Ze wijzen op de invloed van de verschillende disciplines en hun onderlinge samenwerking bij het omgaan met geweld van gedetineerden. Volgens Witmann (Duitsland) spelen onderlinge agressie en geweld overal waar je te maken hebt met machtsverhoudingen. In de forensische psychiatrie wordt dit versterkt omdat medewerkers hier elke dag intensief mee te maken hebben in de verhouding tussen patiënten en personeel: 'Het is een context van geweld en dwang en dat zal uitstralen naar personeel en iedereen die zich daarin begeeft'.

### **De noodzaak een beleid te ontwikkelen op onderlinge agressie en geweld**

Hoewel alle respondenten zeggen dat onderlinge agressie en geweld weinig voorkomen, of in ieder geval weinig worden gerapporteerd, zijn zij het vrijwel allemaal eens over het belang van het komen tot een beleid hierop. De redenen die zij aangeven liggen enerzijds in de specifieke kenmerken van de betrokken setting: een gesloten omgeving, gestoorde mensen,

de aanwezigheid van sterke machtsverhoudingen, de altijd aanwezige agressiviteit. Anderzijds in de behandel functie die het personeel heeft: het belang van medewerkers als rolmodel, de invloed die de onderlinge omgang van personeel heeft op de omgang met en behandeling van patiënten en het behandelingsklimaat in de instelling.

Daarnaast noemt Paterson (Engeland) het 'Stanton Schwartz effect': geweld op de werkvloer weerspiegelt zich in de omgang tussen betrokkenen. Bovendien hebben onderlinge agressie en geweld invloed op ziekteverzuim. Daarbij gaat het niet alleen om fysiek geweld, maar ook om verbaal geweld en bedreigingen (McKenna, onderzoek naar 'health care settings', 2004).

Ten slotte wordt gesteld dat onderlinge agressie en geweld weliswaar weinig lijken voor te komen, maar dat daar in feite geen uitspraken over gedaan kunnen worden bij gebrek aan onderzoek. Daarom zou men kunnen spreken van een 'latente urgentie'.

Wittmann (Duitsland) zegt hierover: 'Eigenlijk komt het erop neer: het is geen vraag, geen onderwerp van discussie. Het is een non-thema'. Daarbij speelt volgens hem vooral, dat een dringende aanleiding om werk te maken van dit thema ontbreekt. Desondanks heeft hij er wel mee te maken gehad in de twaalf jaar dat hij in de forensische psychiatrie werkt: 'Het gaat dan vooral om de meer subtiele manieren van pesten - dat speelt zeker wel onder de oppervlakte - en seksueel lastig vallen. Maar het gaat dan altijd over dat ene extreme geval, of die ene case. Er is nooit systematisch iets mee gedaan'. En: 'Het is niet specifiek een heikel of lastig thema, het is meer zo dat partijen bereid moeten worden gevonden de schouders eronder te zetten en het te doen. Het bewustzijn daartoe ontbreekt'. Tegelijk is het zijns inziens wel een belangrijk thema: 'De subtiele vormen van agressie en pesten maken het werk zwaarder. Bovendien is het personeel rolmodel voor de patiënten'.

### **Obstakels voor een beleid op onderlinge agressie en geweld**

De respondenten opperen verschillende redenen voor de 'onzichtbaarheid' van het onderwerp en het gebrek aan beleid. De belangrijkste daarvan is het taboekarakter. Daarnaast noemt men dat het onderwerp 'moeilijk te pakken is', evenals de



neiging om onderlinge agressie en geweld als incidenten af te doen en het feit dat het vaak meer subtiele vormen van agressie of geweld betreft.

Zo stelt een medewerker van de kliniek Haina, dat het onderwerp onderlinge agressie en geweld niet populair is: 'Mensen zullen het ontkennen'. Volgens hem is dat op zich niet specifiek voor het betrokken soort instellingen, maar is er misschien wel net iets meer schaamte 'omdat onderlinge agressie en geweld tamelijk vaak voorkomen in mental health institutions'. Dimmek, ook uit Duitsland, zegt hierover: 'Het is taboe omdat we allemaal 'aardige mensen' zijn, we helpen patiënten, dat is ons beroep. Het is waarschijnlijk een insider probleem. Zeker naar buiten toe zullen de ziekenhuizen hier niet over spreken'. Ireland (Engeland) bevestigt het taboekarakter: 'It appears within some secure services [including hospitals and prisons] that staff-to- staff bullying is considered a more sensitive topic than patient to patient or prisoner to prisoner bullying'. Zij heeft wel geprobeerd hier onderzoek naar te doen, maar kreeg daar geen toestemming voor.

Naast - of wellicht in het verlengde van het taboekarakter van onderlinge agressie en geweld in de betrokken instellingen - wijst men op het probleem van de definitie als barrière om beleid te ontwikkelen. Zo vertelt een aantal instellingsmedewerkers in Duitsland dat geprobeerd is een beleid op te zetten, maar dat dit niet is gelukt, vooral omdat men het niet eens kon worden over de definitie. Een medewerker van de kliniek Haina in Duitsland: 'Ze kijken naar incidenten en de personeelsafdeling is alleen op de hoogte of telt alleen incidenten als het geweld betreft van patiënten tegen personeel. Dan krijg je drie dagen vrij. Vorig jaar is geprobeerd om *anti-bullying* beleid in te voeren. Daar is men nog steeds wel mee bezig, maar het probleem is dat het lastig is te definiëren. Iedereen weet dat het gebeurt en als manager ben je verantwoordelijk voor je personeel en het tegengaan van onderlinge agressie en geweld en *mobbing* (vormen van agressie van personeel tegen leidinggevenden), maar het is moeilijk te pakken. Het is heel erg moeilijk om in regels te gieten. Wat te doen bijvoorbeeld als er echt beschuldigingen komen? Hoe ga je daarmee om? Dat proces is nog steeds gaande'.

Volgens Wittmann (Duitsland) is de discussie op regionaal niveau (Landwirtschaftsleitung) wel gestart, maar niet ten einde

gevoerd omdat er teveel tegengestelde gezichtspunten waren. De partijen die tegenover elkaar stonden waren de OR/personeel versus het management: 'Probleem was dat ze geen consensus konden bereiken over de definitie van onderlinge agressie en geweld. Wat verstaan we eronder?' Ook Paterson (Engeland) noemt de kwestie van definitie: 'Meestal betreft het meer subtiele vormen zoals intimidatie en dergelijke. Dat maakt dat de definitie van groot belang is'.

## 6 De situatie in Nederland

In Nederland is onderzoek gedaan naar het bestaan van onderlinge agressie en geweld in het gevangeniswezen en tbs-inrichtingen. Hiervoor is een groot aantal medewerkers ondervraagd met de BASAM-DJI vragenlijst van de Universiteit van Amsterdam.<sup>6</sup> Onderstaande informatie over de uitkomsten hiervan is gebaseerd op een telefonisch interview met de beleidsmedewerker Personeel & Organisatie van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de heer Molleman.<sup>7</sup> Daarnaast is gesproken met de heer Ton de Wijs, directeur van het Instituut van Psychotrauma en betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van een plan van aanpak inzake onderlinge agressie en geweld in Nederlandse justitiële inrichtingen.

Voor het BASAM-DJI onderzoek werden onderlinge agressie en geweld in drie categorieën onderverdeeld: ongewenste seksuele aandacht, intimidatie, en lichamelijk geweld. De dadercategorieën waren: een collega, meerdere collega's en leidinggevende(n). Degenen die in de afgelopen twaalf maanden met onderlinge agressie en geweld waren geconfronteerd, waren onderverdeeld in twee categorieën: executief personeel en overig personeel.

<sup>6</sup> Het gaat hier om een medewerkers tevredenheidsonderzoek.

<sup>7</sup> De beschrijving van de situatie in Nederland is noodzakelijkerwijs beperkt, omdat wij om een aantal redenen geen inzicht konden krijgen in het originele onderzoeksmateriaal.

Er werd een vergelijking gemaakt tussen drie sectoren:

- tbs instellingen;
- gevangeniswezen;
- het landelijk gemiddelde van het bestaan van onderlinge agressie en geweld in beroepsgroepen die direct cliënt contact hebben: van artsen tot en met bijvoorbeeld de brandweer (het 'TNO cijfer').

De tbs-instellingen blijken twee keer zo gunstig te scoren op het voorkomen van onderlinge agressie en geweld als het TNO cijfer. Deze verhouding ligt nog gunstiger in vergelijking met het gevangeniswezen. Tbs-instellingen scoren op alle drie categorieën het laagst: op lichamelijk geweld scoren zij nauwelijks, op ongewenste seksuele aandacht iets meer, maar nog steeds in de categorie 'nauwelijks', en wat betreft intimidatie meer, maar nog steeds onder het landelijk gemiddelde.

Vanuit de onderzoeksvraag zijn een aantal uitkomsten van belang:

- Wat betreft welbevinden van medewerkers scoren tbs-instellingen positiever dan de justitiële inrichtingen landelijk. Vooral het idee dat medewerkers daadwerkelijk hulp kunnen bieden aan ingeslotenen wordt genoemd, evenals de mate waarin men zich veilig voelt.
- Tbs-instellingen scoren flink hoger op aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers.
- De mate waarin men steun ondervindt bij de uitvoering van het werk scoort bij tbs-instellingen iets hoger dan de justitiële inrichtingen landelijk.
- Op het punt van leiderschap scoort stimulerend leiderschap een stuk hoger bij tbs-instellingen; sociaal emotioneel leiderschap iets beter en ook corrigerend leiderschap iets beter.
- Opvallend is dat waar het gaat om intimidatie, leidinggevenden vaker scoren als 'agressoren' dan medewerkers. Dit geldt niet voor ongewenste seksuele aandacht en lichamelijk geweld.

Overigens is er een gedragscode die geldt voor alle instellingen die onder de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) vallen.

Verder is in Nederland, net als in het buitenland, weinig echt onderzoek gedaan. Er is wel het een en ander in de praktijk beschreven, maar vooral per deelgebied (bijvoorbeeld pesten op het werk, discriminatie of seksuele intimidatie). Er is weinig dat het hele gebied van onderlinge agressie en geweld dekt (De Wijs).



## 7 Terugdringen van onderlinge agressie en geweld: een systeemaanpak

Uit de onderzochte bronnen komen verschillende elementen naar voren die er op wijzen dat een succesvolle aanpak van onderlinge agressie en geweld een ‘systeembenadering’ vergt. Dat wil zeggen, een systematische en samenhangende aanpak die zich op verschillende aspecten tegelijk richt. Dit wordt bevestigd door De Wijs. Een vergelijkbare conclusie trekken Tubex et al. (2004, p. 20). Zij pleiten voor een ‘totaalbenadering’ met aandacht voor personeelsbeleid, regimes en leef- en werkklimaat.

De verschillende elementen van een dergelijke benadering die van belang zijn voor een pilot in de tbs-sector, worden hieronder nader uitgewerkt. Hiervoor is gebruik gemaakt van de diverse buitenlandse bronnen, het interview met De Wijs en een (gezien de beschikbare tijd beperkt) aanvullend literatuuronderzoek. Voor het literatuuronderzoek hebben wij gekeken naar literatuur over onderlinge agressie en geweld in belerende sectoren, zoals de psychiatrie. De focus ligt op het aspect van personeel en management, dat wil zeggen: die zaken die men kan bijsturen en waar aangrijpingspunten liggen voor beleid en

specifieke activiteiten. Waar mogelijk wordt de uitwerking toegespitst op de specifieke tbs-situatie.<sup>8</sup>

### Waarom een systeemaanpak?

Over de noodzaak van een systeemaanpak merkt De Wijs op dat onderlinge agressie en geweld de neiging hebben zichzelf te versterken, omdat het (ook) een stabiliserende factor in de organisatie is. Het bestendigt bestaande rollen en machtsposities in het team. In die zin heeft iedereen een belang bij het onder tafel houden ervan. Bovendien is 'erbij horen - er niet bijhoren' in elke groep een sterke dimensie. Erbij horen betekent vaak ook 'toedekken'. Om onderlinge agressie en geweld effectief aan te pakken, moeten interventies zich daarom op het hele systeem richten en niet uitsluitend op losse onderdelen.

Ook de kenmerken van slachtoffers en daders spelen een rol. Kenmerken van de slachtoffergroep zijn vaak dat zij tamelijk weerloos zijn, slecht melden, vaak de schijn tegen zich hebben, en de neiging hebben om de schuld bij zichzelf te zoeken (De Wijs). Dit probleem geldt vermoedelijk ook voor de tbs-sector. Diverse respondenten geven aan dat onderlinge agressie en geweld weinig worden gerapporteerd en wijzen op het taboe karakter. Mogelijk spelen schaamte en taboe in de tbs-sector zelfs iets sterker dan in andere sectoren: 'We zijn allemaal aardige mensen die anderen proberen te helpen' (Dimmek). Een vergelijkbare opmerking maakt de medewerker van Haina (Duitsland). Ook McKenna noemt het probleem van onderrapportage in zijn onderzoek naar geweld in 'health care settings' in Ierland (p. 12).

Het lijkt verstandig er bij een pilot vanuit te gaan dat het meldgedrag laag is en laag blijft. Informatie over de mate van voorkomen van onderlinge agressie en geweld zal dus uit andere bronnen verkregen moeten worden, zoals het BASAM-DJI onderzoek. Daarbij is het vooral interessant te kijken naar

<sup>8</sup> Het zou interessant zijn om bij de analyse ook de verschillen tussen penitentiaire inrichtingen te betrekken die in het BASAM-DJI onderzoek naar voren komen, en deze te analyseren op hun betekenis voor de aanpak van onderlinge agressie en geweld in tbs-inrichtingen. De onderzoeksoopdracht strekte zich hiertoe echter niet uit.



verschillen tussen de diverse sectoren en tussen de verschillende groepen medewerkers. McKenna en Tubex et al. geven immers aan dat ook tussen groepen personeel significante verschillen kunnen bestaan.

Daartegenover hebben de 'daders' vaak niet door wat het effect van hun gedrag is; vaak gaat het om niet-bedoelde effecten van gedrag. Ook omstanders hoeven zich niet bewust te zijn van het effect. Dit is op zichzelf bekend terrein voor tbs-medewerkers: zij zijn bekend met niet-intentionele effecten van gedrag. Deze kennis is bruikbaar om medewerkers meer bewust maken van en aan te spreken op de niet-intentionele effecten van hun eigen gedrag (De Wijs).

Van belang is verder dat het bij onderlinge agressie en geweld vaak om een 'glijdende schaal' gaat. Wat in eerste instantie niet zo problematisch lijkt, wordt dat op een goed moment wel. Juist het glijdende karakter maakt het moeilijk om dan nog nee te zeggen. Bovendien gaat het in 'tbs-settings' volgens respondenten veelal om meer subtiele vormen van onderlinge agressie, die niet direct duidelijk herkenbaar zijn. Dit maakt dat de definitie van groot belang is (Wittman).

Ten slotte moet bedacht worden dat waar machtsverhoudingen zijn, onderlinge agressie en geweld zullen voorkomen. Dit speelt zeker in de tbs-setting waar sterke machtsverschillen bestaan tussen personeel en patiënten: 'Het is een context van dwang en geweld en dat zal uitstralen naar personeel' (Witman). Overigens merkt De Wijs op dat wat men wel 'besmettingsgevaar' noemt, minder speelt in tbs-inrichtingen dan in gevangenissen, omdat in de tbs-setting het gedrag van cliënten als 'ongezond' wordt gelabeld en dus minder snel zal worden overgenomen. Uit het Nederlandse BASAM-DJI onderzoek blijkt dat de stijl van leidinggeven een meer bepalende factor vormt.

Een systeemaanpak betekent volgens De Wijs dat:

- de focus ligt op het systeem. Interventies richten zich op het hele systeem in plaats van op onderdelen daarvan;
- de aanpak van onderlinge agressie en geweld is ingebouwd in de reguliere manier van werken, waarbij gebruik wordt gemaakt van interventies die 'systeem eigen' zijn. Dat betekent dat de aanpak van onderlinge agressie en geweld

wordt geborgd in de profielen van personeel, de stijl van leidinggeven, supervisie/intervisie;

- er permanente aandacht is voor het voorkomen onderlinge agressie en geweld. Elk systeem heeft onderhoud nodig;
- er wordt gestart met een beschrijving te maken van het systeem en de verschillende onderdelen. Daarbij zijn wellicht de verschillende elementen bruikbaar die hieronder staan beschreven.

Over de noodzaak van permanente ondersteuning of 'onderhoud' merken Harris en Rice (1992, p. 281) op, dat mensen (personeel en patiënten, managers en medewerkers) niet simpelweg veranderen omdat dat van boven wordt gedicteerd: 'Men neigt te vergeten wat al bekend is, namelijk: dat veranderingen alleen dan ook echt plaatsvinden als een gedragsverandering, gedurende langere tijd, blijvend, wordt ondersteund'.

### **Relevante elementen**

Uitgaande van een systeemaanpak is het aan te bevelen in een pilotproject aandacht te besteden aan de volgende elementen.

#### *Definitie*

Er moet een heldere definitie zijn. Hiervoor kan worden aangesloten op de Europese arbo-wetgeving. Kern daarvan is dat de 'ontvanger' bepaalt wat onderlinge agressie en geweld is. Verschillende respondenten halen het belang aan van de definitie (onder andere Wittman en Paterson) en dat komt ook naar voren in het onderzoek van McKenna (p. 11). Daarbij is het raadzaam rekening te houden met het feit, dat het vaak om subtiele vormen van onderlinge agressie en geweld gaat en dat slachtoffers de neiging zullen hebben de schuld bij zichzelf te zoeken.

#### *Personele aspecten*

Het gaat hier om verschillende aspecten die we kunnen scharen onder 'personeelsbeleid' in ruime zin. Hieronder vallen:

- zorg voor het personeel: aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van medewerkers (personeel als 'tool for treatment');

- aandacht voor 'teambuilding': 'je moet op elkaar kunnen vertrouwen';
- aandacht voor en bewustzijn van de functie van medewerkers als 'rolmodel' en van de invloed van de onderlinge omgang op de behandeling van patiënten en het behandelklimaat;
- het kunnen beschikken over de instrumenten om naar het eigen gedrag en de sociale interactie te kijken;
- opleiding en training in conflicthantering en het voorkomen van geweld;
- bewustzijn van de mogelijkheden van steun in het geval van onderlinge agressie en geweld (McKenna, 2004, p. 15).  
Daarbij gaat het niet alleen om formeel beleid (bijvoorbeeld de aanwezigheid van vertrouwenspersonen of protocollen), maar ook om het gedrag van leidinggevend en collega's (zie onder 'rol management').

Een belangrijke voorwaarde voor de aanpak van onderlinge agressie en geweld is dat personeel beschikt over de 'instrumenten' om naar het onderlinge gedrag en de sociale interactie te kijken. Medewerkers moeten in staat zijn onderlinge agressie en geweld te herkennen en te benoemen. Dit veronderstelt een zekere distantie ten opzichte van het eigen gedrag en dat van anderen. Medewerkers in tbs-inrichtingen hebben in dit opzicht een voorsprong op bijvoorbeeld gevangenispersoneel. Gezien de aard van hun werk en opleiding beschikken zij over de instrumenten en handelingsmodellen om gedrag te analyseren en te veranderen. Die zijn inzetbaar op de onderlinge omgang. Medewerkers kunnen vertrouwde handelingsmodellen onderzoeken op handvatten om naar het gedrag onderling te kijken. Ditzelfde geldt voor het vermogen om conflicten te hanteren en geweld te voorkomen. Ook hier hebben tbs- medewerkers door hun opleiding een voorsprong die bruikbaar kan zijn bij de aanpak van onderlinge agressie en geweld (De Wijs).

Naast bewustwording van de mogelijkheden voor ondersteuning in geval van onderlinge agressie en geweld, wijst McKenna op het belang van training in het managen van en omgaan met geweld op de werkvloer: 'Training provided should be service specific, needs assessed, based on clinical practice needs and compliant with the legislation and policies that apply to the service in which it is provided' (p. 15).

### *Organisatiecultuur*

Hieronder vallen die elementen die je als de 'cultuur' van een organisatie kunt kenschetsen: hoe ziet het werkklimaat eruit, hoe wordt onderling met elkaar omgegaan, wat zijn gedeelde normen en waarden. In het bepalen van de organisatiecultuur spelen leidinggevendenden een belangrijke rol. Preventieve elementen zijn:

- aandacht voor sociale interactie en het onderlinge gedrag;
- veiligheid en het bestaan van een aanspreekcultuur: er is toestemming en voldoende veiligheid om naar teamprocessen en elkaars gedrag te kijken en elkaar daarop aan te spreken. Hierin kunnen supervisie en intervisie een rol spelen;
- bewustzijn en erkenning dat onderlinge agressie en geweld voorkomen en dat dit een 'probleem van iedereen is', dat wil zeggen: iets wat in het team gebeurt en niet alleen het probleem is van het slachtoffer. Dit haakt in op de rol van omstanders: het is belangrijk deze te motiveren en betrekken te maken.

Over de organisatiecultuur zegt McKenna (p. 12): 'What is needed is the creation of a culture where staff believe something should and will be done, and where there is no perception of guilt or shame if one is subjected to work related violence in the course of their work'. De Wijs zegt hierover: 'Er moet een cultuur zijn waarin over onderlinge agressie en geweld gesproken kan worden. Mensen moeten leren dat het erbij hoort dat conflicten worden benoemd. En dat dit niet betekent dat je slecht werkt, maar juist dat je "al zover bent"'. En: 'In een directe cultuur komen onderlinge agressie en geweld op tafel. In een indirecte cultuur wordt er nog een geintje overheen gemaakt, net zo lang tot alles wat je doet fout is'.

Over de aandacht voor relationele aspecten zegt Tubex et al. (2004, p. 20): 'In het ontwikkelen van een penitentiaire basisfilosofie dient het theoretische concept van de dialectiek van controle vooropgesteld te worden. Deze visie gaat uit van de erkenning van alle betrokkenen als actoren. (...) Voor het personeel impliceert dit een erkenning en verduidelijking van hun rol en bevoegdheid'. En: 'Het regime dat op basis van het onderzoek de meeste opportuniteiten blijkt te hebben, is een soepel en actief regime, waarin het relationele aspect een belangrijke rol krijgt'.

### *Rol management*

Leidinggevenden spelen een belangrijke rol bij het aanpakken van onderlinge agressie en geweld. Daarbij gaat het niet alleen om de stijl van leidinggeven, maar ook om permanente aandacht voor het voorkomen van onderlinge agressie en geweld en het voeren van een actief beleid hierop. Dit betekent dat leidinggevenden:

- signalen op bovenindividueel niveau oppakken en moeite doen om zicht te krijgen op het structurele karakter;
- onderlinge agressie en geweld structureel en beleidsmatig aanpakken, in plaats van afdoen als losse incidenten (beleidsgericht in plaats van incidentgericht);
- in de omgang met medewerkers structureel aandacht besteden aan het mogelijk voorkomen van onderlinge agressie en geweld;
- medewerkers die slachtoffer van onderlinge agressie en geweld zijn actief steunen.

Onder andere McKenna (2004, p. 14) wijst op de kritieke rol van managers. Personeel dat slachtoffer is van geweld heeft ondersteuning nodig: 'Managers clearly need to understand the expectation of them and be both informed and empowered to undertake this role'. Ondersteuning die zich richt op erkenning en bevestiging van de betrokken medewerker ('dit had niet mogen gebeuren') wordt daarbij opmerkelijk hoger gewaardeerd dan een formele respons (McKenna, p. 87). Daarnaast komen in het onderzoek van McKenna collega's als een belangrijke bron van steun naar voren (p. 88).

Wat betreft stijl van leidinggeven is interessant dat uit het Nederlandse BASAM-DJI onderzoek naar voren komt, dat tbs-klinieken vooral hoger scoren op stimulerend leiderschap. Daarnaast scoren zij iets beter op sociaal emotioneel en corrigerend leiderschap. Volgens De Wijs is vooral coachend leiderschap belangrijk in het voorkomen van onderlinge agressie en geweld.

Volgens Tubex et al. hebben in een 'totaalaanpak' beleidsmakers en managers tot taak om alle betrokkenen op de hoogte te houden van ontwikkelingen die zich voordoen op de werkvloer.

### *Gedragscodes*

Een vijfde element is de aanwezigheid van gedragscodes over onderlinge agressie en geweld. Dit houdt in:

- gedragsprotocollen, waarin expliciet aandacht is voor intercollegiaal gedrag;
- de aanwezigheid van kortsluitmechanismen.

Behalve de aanwezigheid van gedragscodes zijn 'kortsluitmechanismen' van belang. Leidinggevenden kunnen immers deel van het probleem zijn. Vertrouwenspersonen kunnen bijvoorbeeld die rol vervullen.

## 8 Samenvatting en conclusies

Alle respondenten geven aan dat onderlinge agressie en geweld in met tbs-inrichtingen vergelijkbare settings relatief weinig voorkomen, of tenminste weinig worden gerapporteerd.

Als voornaamste redenen komen naar voren: de gerichtheid op behandeling, de zorg die aan het personeel wordt besteed als ‘tool for treatment’, de aandacht voor teambuilding en de organisatiecultuur. Geen van de onderzochte instellingen in de betrokken landen heeft een specifiek beleid ontwikkeld op dit gebied. Er zijn geen *good practices* aangetroffen die als leidraad voor een Nederlands proefproject kunnen dienen. Daar waar geprobeerd is specifiek beleid te ontwikkelen, is dit niet gelukt. Ook onderzoek naar onderlinge agressie en geweld in forensisch psychiatrische settings ontbreekt.

Tegelijkertijd zijn vrijwel alle respondenten het erover eens dat onderlinge agressie en geweld een probleem vormen dat om een gerichte aanpak vraagt. Hiervoor geven zij verschillende redenen. Ten eerste de behandel functie van het personeel: het belang van medewerkers als rolmodel en de invloed van de onderlinge omgang van het personeel op de behandeling van patiënten en het behandelingsklimaat van de instelling.

Daarnaast wijst men op de specifieke kenmerken van de instelling: een gesloten omgeving, met gestoorde mensen, waarin sterke machtsverhoudingen aanwezig zijn. Een opmerking daarbij is, dat onderlinge agressie en geweld overal voorkomen waar machtsverhoudingen spelen, maar dat dit als het ware uitvergroot wordt in de forensische psychiatrie. Ook wordt de invloed op het ziekteverzuim genoemd. Ten slotte merken de respondenten op, dat onderlinge agressie en geweld

weinig lijken voor te komen, maar dat ze daar in feite geen uitspraken over kunnen doen bij gebrek aan onderzoek. Ze benoemen verschillende obstakels voor het opzetten van een beleid. De belangrijkste daarvan is dat het onderwerp is omgeven met schaamte en taboe. Daarnaast wordt de kwestie van definitie genoemd en het feit dat het in de regel om meer subtiele vormen van agressie gaat.

Hoewel er geen *good practices* zijn aangetroffen, zijn er wel een aantal conclusies te trekken die relevant zijn voor een Nederlands proefproject. De belangrijkste daarvan is dat een succesvolle aanpak van onderlinge agressie en geweld een systeembenadering vereist. Dat wil zeggen, dat interventies zich op het hele systeem richten in plaats van op onderdelen daarvan. Bovendien houdt dit in dat aandacht voor onderlinge agressie en geweld wordt ingebouwd in de reguliere manier van werken. Een systeembenadering is onder andere nodig omdat onderlinge agressie en geweld de neiging hebben zichzelf te versterken. Het bevestigt bestaande rollen en machtsverhoudingen in een team en is in die zin een stabiliserende factor in de organisatie. Iedereen heeft belang bij het 'onder de tafel te houden' en slachtoffers hebben de neiging de schuld bij zichzelf te zoeken.

De eerste stap van een dergelijke benadering is het maken van een beschrijving van het systeem en de verschillende onderdelen. Een proef zou zich moeten richten op meerdere elementen tegelijk: de definitie, personele aspecten, de organisatiecultuur, de rol van het management en de aanwezigheid van gedragscodes. Ten slotte wordt geconstateerd dat in een aantal opzichten tbs-medewerkers een voorsprong hebben. Gezien de aard van hun werk en opleiding zijn zij vertrouwd met niet-intentionele effecten van gedrag en beschikken zij over de instrumenten om gedrag en sociale interactie te analyseren, evenals over handelingsmodellen om gedrag te veranderen. Deze instrumenten kunnen worden onderzocht op handvatten om naar onderling gedrag en omgang te kijken.



## Bijlage 1 Bronnen

### Nederland

#### *Contactpersonen per mail en/of telefonisch benaderd*

- Dhr. Paul Vegter, Bijzonder hoogleraar penitentiair recht in Nijmegen, vicevoorzitter Hof Arnhem en hoofd van de rechtspraakafdeling van de RSJ
- Dhr. Andries Korebrits, hoogleraar forensische psychiatrie in Nijmegen
- Dhr. Henk Nijman, hoogleraar forensische psychologie aan de RU en werkzaam in een van de tbs-klinieken.
- Prof. dr. Hjalmar van Marle
- Dhr. Jan Niemansverdriet, Van der Hoevenkliniek
- Dhr. Eric Bulten, Pompekliniek

#### *E-mailcorrespondentie*

- Dhr. Hans Tulkens, oud hoofd directie gevangeniswezen
- Drs. M. Hoeve, Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR)

#### *Interviews*

- Dhr. Ton de Wijs, directeur Instituut voor Psychotrauma
- Dhr. Toon Molleman, medewerker integriteit, DJI, ministerie van Justitie (telefonisch)

#### *Literatuur*

- Hoeve, M., Blaauw, E., & Marle, H. van. (2004). De tbs vanuit internationaal perspectief. Een vergelijking tussen systemen van omgang met psychisch gestoorde delinquenten in verschillende Westerse landen. *Proces* 2004/1: pp 18 - 29.

- Eric Blaauw, Machteld Hoeve, Hjalmar van Marle, Lorraine Sheridan, *Mentally disordered offenders, International Perspectives on Assessment and Treatment*. Elsevier bedrijfsinformatie bv 2002.
- *Staatscourant*, d.d. 24 maart 2006. Artikel: Tbs-stelsel: meer onderzoek nodig.

## Engeland

### *Contactpersonen per mail en/of telefonisch benaderd*

- Broadmoor Special Hospital, Human Resources afdeling
- Ashworth Special Hospital, Human Resources afdeling
- Mw. Judith de Boer, werkzaam op zowel de Van de Hoevekliniek in Utrecht als het Broadmoor Special Hospital
- King's College London, Institute of Psychiatry, Department of Forensic Mental Health Science
- The European Violence in Psychiatry Research Interest Group (via mr. Paterson)
- Mr. Danny Clark, Home Office
- Mrs. Gill Attrill, onderzoekster
- DSPD programme unit (Dangerous people with severe personality disorder), Britse overhead, Home Office

### *Telefonische interviews*

- Medewerker Risk Department, Human Resources afdeling, Rampton Special Hospital
- Mr. Brodie Paterson, lecturer, University of Stirling in Scotland
- Ms. Julie Luther, Frankland prison, psychologe

### *E-mailcorrespondentie*

- Prof. Vaughan Bowie, University of Western Australia
- Kneesworth House Hospital, head of psychology, mr. Gareth Hughes.
- Dr. Jane L. Ireland, Psychology Department, University of Central Lancashire
- Mr. Brodie Patterson, University of Stirling in Scotland
- Mr. Kevin J. McKenna, onderzoeker uit Ierland

### *Overige bronnen*

- Grendon Prison, algemene informatie
- National Forensic Mental Health R&D Programme

### Literatuur

- Paterson, B. (University of Stirling), Duxbury, J. (University of Lancashire) (2006). *Physical restraint and the management of violence in mental health in-patient settings. A question of validity?* (toegestuurd door de auteur).
- Bowie, V., Fisher, B.S., & Cooper, C.L. (2005). (ed.) (2004). *Workplace Violence: Issues, Trends, Strategies*. Willan Publishing (UK).
- Waddington, P.A.J., Badger, D. & Bull, R. (2005). *The Violent Workplace*.

### Grijze literatuur

- Dignity and Respect at Work. Policy on the prevention of Harassment and Bullying at work. Mersey Care NHS. (Ashworth Hospital).
- Policy and procedure for maintaining a workplace free from bullying & harassment. Nottinghamshire Healthcare NHS trust. (Rampton Hospital).
- Harassment and dignity at work policy (Kneesworth House).

### Geraadpleegde websites

<http://www.ialmh.org/>

<http://www.nfmhp.org.uk/index.htm>

[http://www.nm.stir.ac.uk/diploma/managing\\_violence.htm](http://www.nm.stir.ac.uk/diploma/managing_violence.htm)

<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm41/4194/ash-ap7.htm#map>

[www.partnershipsincare.co.uk](http://www.partnershipsincare.co.uk)

[http://www.dspdprogramme.gov.uk/pages/news\\_events/news4.php](http://www.dspdprogramme.gov.uk/pages/news_events/news4.php)

<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/prisonweb.pdf>

<http://www.northmersey.nhs.uk/ashworth/index.htm>

<http://www.nhs.uk/England/Hospitals/showHospital.aspx?id=RKL51>

<http://www.iop.kcl.ac.uk/iopweb/departments/home/default.aspx?locator=3>

<http://www.priory.com/forpsy.htm>

<http://omni.ac.uk/>

<http://www.forensicnursing.org.uk/>

<http://www.forensicnurse.org/about/default.html>

<http://www.fnrh.freeseve.co.uk/>

<http://www.tandf.co.uk/journals/titles/14789949.html>

<http://www.hants.gov.uk/wessexconsortium/index.html>

## Duitsland

### *Contactpersonen per mail en/of telefonisch benaderd*

- Mr. Rudiger Muller-Isberner, directeur forensisch psychiatrische kliniek Haina, Hessen
- Prof. Dr. Dr. H.C. Friedrich Lösel, Professor Lösel ist zurzeit Direktor des kriminologischen Institutes der University of Cambridge, UK
- Dhr. Martin Skorzak, Hoofd P&O van de LWL (verbond van meerdere klinieken), Abteilung Krankenhäuser und Psychiatrie
- Ver.di, vakbond voor personeel in de publieke sector
- Rheinische Kliniken Bedburg-Hau
- Christopherus-Diakoniewerk gGmbH Ueckermünde, Fachklinik für Forensische Psychiatrie
- Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf, Forensische Klinik
- Saarländische Klinik für Forensische Psychiatrie
- Klinik für Forensische Psychiatrie, Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH Mühlhausen/Thür
- Klinik für Forensische Psychiatrie am Bezirksklinikum Ansbach
- Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Bremen-Ost gGmbH
- Klinikum am Weissenhof, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
- Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie (AdöR)
- Prof. dr. Lorenz Böllinger, Universiteit Bremen

### *Telefonische interviews*

- Dhr. Schmidbauer, Forensisch psychiatrische kliniek Haina, Hessen, Geschäftsführung
- Dhr. Bernd Dimmek (socioloog), voorheen werkzaam bij het Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt en thans werkzaam in een nieuwe kliniek in Dortmund
- Dr. Wittmann, medisch directeur, Westfälische Klinik Marsberg

### *E-mailcorrespondentie*

- Dr. Lutz Gretenkord, Principal Psychologist, Haina Forensic Psychiatric Hospital

- Dr. med. Stefan Elsner, Ärztlicher Direktor, Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
- Ms. Rita Lorse, Pflegedirektorin, Klinik Nette-Gut für Forensische Psychiatrie an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach
- Prof. Dr. Johannes Feest, Strafvollzugsarchiv, Universität 28334, Bremen

*Geraadpleegde websites*

<http://www.forensic-haina.de/>

[www.verdi.de](http://www.verdi.de)

<http://www.klinik-nette-gut.de/>

[www.klinikum-weissenhof.de](http://www.klinikum-weissenhof.de)

[www.pfalzlinikum.de](http://www.pfalzlinikum.de)

<http://www.krimz.de/>

<http://www.forensic-haina.de/>

<http://www.forensik.de/>

**Canada**

*Contactpersonen per mail en/of telefonisch benaderd*

- Ontario Review Board
- Mr. P. Tremblay, University Montreal, Ecole de Criminologie
- Alberta Mental Health Board Provincial Forensic Psychiatry Program
- Mr. David Daubney PRI (Penal Reform International), Department of Justice, Ottawa
- Ms. Jenni Gainsborough, PRI, Department of Justice, Washington
- Ronald Roesch

*E-mailcorrespondentie*

- British Columbia Review Board
- Prof. Stephen J. Hucker, Psychiatry & Behavioural Neurosciences, Academic Head Forensic Division, Queen's University
- Mr. Grant Harris, Ph.D., Director of Research Penetanguishene Mental Health Centre, Assoc. Professor of Psychology Queen's University at Kingston and Assoc. Professor of Psychiatry University of Toronto
- Mr. Philip Oosterman, Union of Psychiatric Nurses of British Columbia

- Manager, Research and Quality Management, BC Mental Health and Addiction Services, PHSA, Riverview Hospital

#### *Overige bronnen*

- Provincial Health Services Authority, British Columbia
- Provincial Health Services Authority (2004), *Human Rights Policy*, Corporate Human Resources Policy (zie bijlage)
- Provincial Health Services Authority (2004), *Respectful Workplace Policy*, Corporate Human Resources Policy (zie bijlage)
- Forensic Psychiatric Services Commission
- Ms. T. Nichols, senior research fellow, Riverview Hospital, British Columbia

#### *Literatuur*

- Rice, E., Harris, G.T., Varney, G.W., & Quinsey, V.L. (1989). *Violence in institutions: Understanding, prevention, and control*. Toronto: Hans Huber.
- Workplace violence in a psychiatric facility: Estimated frequency and staff perceptions. Shazer, Thomas D. (1996). *In: Emerging issues in forensic psychiatry: From the clinic to the courthouse*. Benedek, Elissa P.; San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, 1996. pp. 67-71.
- Gender, sexual harassment, workplace violence and risk assessment: Convergence around psychiatric staff's perceptions of personal safety. Hatch-Maillette, Mary A.; Scalora, Mario J.; *Aggression and Violent Behavior*, Vol 7(3), May-Jun 2002. pp. 271-291.
- Eaves, Derek (2002). The international Association of Forensic Mental Health Services: Working toward Interdisciplinary and International Collaboration. *In: International Journal of Forensic Mental Health* 2002, vol 1, no 1 pp 3-5.
- Harris, T. Grant & George W. Varney (1986). A ten-year study of assaults and assaulters on a Maximum Security Psychiatric unit. Mental Health Centre. Penetanguishene, Ontario. *In: Journal of interpersonal violence*, vol 1, no 2, June 1986, pp 173-191.
- Harris, Grant T. & Marnie E. Rice (1997). Risk Appraisal and Management of Violent Behavior. *In: Psychiatric Services*, September 1997, vol. 48, no. 9. pp 1168-1176.

*Artikelen via de heer Grant Harris, Penetanguishene:*

- Crisis prevention and intervention training for psychiatric hospital staff
- A ten-year study of Assaults and Assaulters on a Maximum Security Psychiatric Unit
- Control in the Psychiatric Setting - Adults
- Risk Appraisal and Management of Violent Behavior
- Reducing Violence in Institutions: Maintaining Behavior Change
- Adverse Effects of Poor Behavior management of an Inpatient's Difficult Behaviors

*Grijze literatuur*

- Corporate Human Resources Policy: Human Rights Policy, December 2004, Provincial Health Services Authority (PHSA).
- Corporate Human Resources Policy: Respectful workplace Policy, October 2005, Provincial Health Services Authority (PHSA).

*Geraadpleegde websites*

<http://www.forensicpsychiatry.ca/>

<http://www.mhcva.on.ca/Research/index.htm>

<http://www.fhs.mcmaster.ca/>

<http://www.mhcva.on.ca>

<http://www.mhcva.on.ca/m1mhcp.htm>

[http://www.csc-scc.gc.ca/text/facilit/institutprofiles/rpcprairie\\_e.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/facilit/institutprofiles/rpcprairie_e.shtml)

<http://www.upnbc.org/>

[http://www.csc-scc.gc.ca/text/facilit/institutprofiles/rpcprairie\\_e.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/facilit/institutprofiles/rpcprairie_e.shtml)

<http://www.upnbc.org/>

<http://www.bcmhas.ca/NR/rdonlyres/007CD156-65A3-4701-9B76-AFDF13FFC91D/14811/>

[ForensicPsychHospitalsCanada\\_06.pdf](#)

[http://www.qp.gov.bc.ca/stratreg/stat/F/96156\\_01.htm](http://www.qp.gov.bc.ca/stratreg/stat/F/96156_01.htm)

## Zweden

### *Contactpersonen per mail en/of telefonisch benaderd*

- Ms. Anna Björkdahl, University Hospital Stockholm
- Mr. Mats Dernevik, hoofd van de R&D Unit van Centre for Violence Prevention
- Department of Criminology, Stockholm University

### *Telefonische interviews*

- Ms. Hilliana Sifieriaelema National Board of Health and Welfare (socialstyrelsen)
- Mr. Erik Söderberg, directeur Sundsvall Forensic Psychiatric Hospital

### *E-mailcorrespondentie*

- Prof. Henrik Tham, Criminology Department, University of Stockholm
- Mr. Mikael Rask, RN, PhD, School of Health Sciences and Social Work, Växjö University

### *Overige bronnen*

- National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen)
- Mr. Mats Dernevik, hoofd R&D Centre Violence Prevention (geen reactie)

### *Literatuur*

- Rask, Mikael (2001). *Swedish forensic psychiatric nursing care, nurse's views of values theories and practice*. Lund University, department of psychiatry.
- Dernevik, Mats (2004). *Structured clinical assessment and management of risk of violent recidivism in mentally disordered offenders*. Stockholm: Karolinska Institutet. Centre for violence prevention, department of clinical neuroscience.

### *Geraadpleegde websites*

<http://www.vxu.se/ivosal/org/personal/varvetenskap/raskmikael.xml>  
[http://theses.lub.lu.se/postgrad/search.tkl?field\\_query1=pubid&query1=med\\_618&recordformat=display](http://theses.lub.lu.se/postgrad/search.tkl?field_query1=pubid&query1=med_618&recordformat=display)  
<http://www.lio.se/upload/Dokroot/Enheter/Rpc/Dokument/MatsCV.pdf>



[http://www.cvp.se/news/archive/2003/news\\_0213\\_en.html](http://www.cvp.se/news/archive/2003/news_0213_en.html)  
<http://www.nsfk.org/>  
[http://www.cvp.se/about/contact\\_en.html](http://www.cvp.se/about/contact_en.html)  
[http://www.cvp.se/news/archive/2003/news\\_0213\\_en.html](http://www.cvp.se/news/archive/2003/news_0213_en.html)  
<http://www.lio.se/upload/Dokroot/Enheter/Rpc/Dokument/MattsCV.pdf>  
<http://www.vxu.se/ivosalorg/personal/varldvetenskap/raskmikael.xml>  
[http://theses.lub.lu.se/postgrad/search.tkl?field\\_query1=pubid&query1=med\\_618&recordformat=display](http://theses.lub.lu.se/postgrad/search.tkl?field_query1=pubid&query1=med_618&recordformat=display)

## België

### *Contactpersonen per mail en/of telefonisch benaderd*

- Ms. Kristel Beijens, Free University of Brussels, Department of Criminology, deskundige gevangeniswezen
- Ms. Sonja Snacken, hoogleraar Vrije Universiteit Brussel, Criminology Department
- Prof. Lieven Dupont, Instituut voor Strafrecht, Faculteit Rechtsgeleerdheid K.U. Leuven
- Prof. dr. Johan Goethals, Universiteit van Leuven
- Mr. Paul Verhaeghe, Ministerie van Justitie
- Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist, Zelzate
- Openbaar psychiatrisch ziekenhuis (OPZ) Daelwezeth, Rekem
- Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) Sint Kamillus, Bierbeek

### *E-mailcorrespondentie*

- Prof. Dr. Hilde Tubex, Vrije Universiteit Brussel, Criminologie

### *Literatuur*

- Verreyken, K (2006). Toch groen licht voor forensische psychiatrie. *Tertio* 315, 22 februari 2006.
- Tubex, H. & P. Janssen (2004). Geweld in Belgische gevangenen. *Metanoia*, (2004)4, p. 81-101.
- Janssens, A. (2003-2004). *Sociale contacten bij geïnterneerden in een Forensisch Psychiatrische Eenheid*. Leuven: Katholieke universiteit Leuven, Faculteit der rechtsgeleerdheid.

- Goethals, J. (2005). *Predictie van recidive*. Leuven: KU Leuven, afdeling strafrecht.

#### *Grijze literatuur*

- DOC 51 2043/005, Belgische Kamer Van Volksvertegenwoordigers 12 december 2005, Rijksmiddelenbegroting voor het begrotingsjaar 2006.
- Ontwerp van Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2006.
- Verslag namens de Commissie voor de Financiën en de Begroting uitgebracht door mevrouw Anne-Marie Baeke en de heer Hendrik Bogaert.
- Adviezen Van De Vaste Commissies (2e Deel).

#### *Geraadpleegde websites*

<http://www.forensischepsychiatrie.be/>  
<http://users.pandora.be/madworld/psychiatrie/forensische/the-sis/eindwerk%20annelies.pdf>  
<http://www.tertio.be/archief/2006/T315/T315-bi2.htm>  
<http://users.pandora.be/madworld/psychiatrie/forensische/the-sis/eindwerk%20annelies.pdf>  
<http://www.fracarita.org/index.cfm?lan=nl&cat=zorg&sub=gees-telijke%20gezondheidszorg&doc=222&ficheid=42&action=inst#>  
[http://www.opzrekem.be/menu\\_structuur/ziekenhuis\\_forensische.htm](http://www.opzrekem.be/menu_structuur/ziekenhuis_forensische.htm)  
<http://www.fracarita.org/index.cfm?lan=nl&cat=zorg&sub=gees-telijke%20gezondheidszorg&doc=222&ficheid=168&action=inst#>  
<http://www.forensischepsychiatrie.be/>

#### **Transnationaal**

##### *Contactpersonen per mail en/of telefonisch benaderd*

- International Academy of Law & Mental Health
- International Association of Forensic Psychotherapy
- International Association for Forensic Mental Health Service (IAFMHS)
- International Association of Forensic Nurses

##### *E-mailcorrespondentie*

- Ms. Tracey Moropito / Conference Coordinator International Association of Forensic Mental Health Services (IAFMHS).

- Mr. Joel A. Dvoskin, Ph.D., ABPP, Diplomate in Forensic Psychology, University of Arizona College of Medicine.
- Mr. B. Thomas Gray, Ph.D., ABPP, Chief Psychologist, Competency Program, North Texas State Hospital.

*Literatuur*

- Kenna, Mc K. (2004). *Study of work-related violence*. North Eastern Health Board, Committee on workplace violence. (Ireland).

*Geraadpleegde websites*

- <http://www.ialmh.org/>
- <http://forensicpsychotherapy.com/index.htm>
- <http://www.iafmhs.org/iafmhs.asp>
- [www.efcap.org](http://www.efcap.org)
- <http://www.forensicnurse.org/>



## **Bijlage 2 Harassment and Dignity at Work Policy Kneesworth House Hospital (UK)**

### **HARASSMENT AND DIGNITY AT WORK POLICY**

This policy should be read in conjunction with the Equal Opportunities Policies, the Complaints Policy and the Grievance and Disciplinary Policies.

*This policy reflects care Standards Act 2000, standard C2, C 9, C14, C15, C16, M26*

#### **1. Introduction**

- 1.1 The Hospital aims to maintain a safe, healthy and fair environment free from bullying and harassment.
- 1.2 Patients, staff, job applicants and visitors have the right to be treated with dignity and courtesy within an environment free from all forms of harassment. In order to create an environment where people do not suffer discrimination and hardship because of their ethnic background, gender, disability, age, sexual orientation, religious and cultural beliefs, or any personal characteristic, the Hospital will ensure that complaints of harassment are taken seriously and dealt with sympathetically and quickly.

- 1.3 Harassment may be motivated by any number of factors and exists in many forms, ranging from violent physical abuse, to humorous but explicit remarks and much more subtle ways of creating unease, distress, oppression and persecution and may leave people feeling vulnerable, depressed and unsafe.
- 1.4 Harassment will not be tolerated and all staff are required, and patients and visitors expected, to behave in such a way as to avoid causing offence to others.
- 1.5 Victims of harassment often have the understandable fear that a complaint of this nature will:
  - be disbelieved
  - result in their being branded as a trouble maker by others
  - cause retaliatory action to be taken against them
  - result in their being ostracised or being told that they have no sense of humour
  - result in their being told that the harassment was in some way provoked or invited
- 1.6 It is unlawful to victimise a person who is, or has been involved in proceedings under the Sex or Disability Discrimination Acts or Race Relations Act against an alleged discriminator or is proceeding under the Equal Pay Act.
- 1.7 Harassment can be a deliberate act but is often inadvertent or unintended, particularly in its early stages. It is the responsibility of managers in the first instance to ensure that harassment does not occur in the workplace, through the promotion of a civilised work environment.
- 1.8 All staff, especially supervisors, managers and senior managers, should realise that whilst they are justified in attempting to encourage and motivate people, this should never turn into bullying; attempts to be friendly should never become unwanted intrusion; good humour should never cross the boundary into insulting behaviour.

## **2. Scope**

- 2.1 This policy applies to all employees and bank/agency or casual staff and its provisions extend to visitors and patients.
- 2.2 Supervisors, Managers and Directors must ensure that all their staff are aware of this policy.
- 2.3 This policy aims to encourage individuals to come forward, and to ensure a fair investigation with complaints being dealt with flexibly and without delay.
- 2.4 This policy recognises the sensitive and often personal nature of many complaints of harassment and therefore provides for some choice as to who complaints should be made.

## **3. Definitions**

(Please refer also to Appendix A)

- 3.1 Harassment is a form of discrimination. It is behaviour by one or more person(s) that another finds unacceptable, offensive or unwelcome. The intention behind the behaviour is not relevant. It is for the person(s) on the receiving end to decide whether actions are acceptable and welcome. Silence should never be taken as consent
- 3.2 Bullying (Intentional harassment: Criminal Justice and Public Order Act 1994) occurs if a person, with intent, causes another person harassment, alarm or distress. Essentially it is an attack on someone else's dignity. It is not only harassment on grounds of sex, race or disability but it can be offensive comments, practical jokes, unnecessarily aggressive behaviour or intimidation.
- 3.3 Sexual harassment is any unwanted, uninvited, unreciprocated or unwelcome behaviour that is offensive to the person involved. It is a form of victimisation, and frequently, displays of power intended to intimidate, coerce or degrade another person. The behaviour is likely to make the person feel threatened, humiliated, embarrassed or patronised.

3.4 Racial harassment is any abusive or unacceptable behaviour of a racial nature that is offensive to the person involved. Racial harassment exists in many forms, ranging from violent physical abuse to much more subtle ways of creating uneasiness and discomfort. The behaviour is likely to make the person feel threatened, humiliated, embarrassed or patronised.

#### **4. Investigation of Complaints of Harassment and Bullying**

4.1 Staff and patients will be encouraged to report incidents of harassment and bullying.

4.2 All complaints of harassment or bullying must be taken seriously and dealt with sympathetically and quickly, (Appendix B).

#### **5. Counselling and Advice**

5.1 A member of staff who has suffered harassment may need the help of an expert advisor before deciding the best course of action, as well as needing counselling at any time. The Director and Personnel Manager can provide information on where to obtain advice.

5.2.1 Counselling support for staff can be obtained by using the confidential telephone line or through a member of the Management Team.

5.2.2 Support for patients can be obtained by seeking help from the multi-professional clinical team. Additional help can be obtained by using the hospital's Independent Advocacy Service, details of which are available from any member of staff and the Patient's information booklet.

#### **6. Training**

6.1 Managers will receive the training necessary to ensure this policy is properly implemented and practices monitored.

6.2 All new staff will receive written details of the policy as part of their induction training following appointment.



## **7. Dignity at Work**

7.1 Every worker has the right to dignity at work. No employee or bank/agency or casual worker should be subjected to any type of behaviour which is perceived, by the individual, to be offensive, abusive, malicious, insulting or intimidating. This includes behaviour from a 'third party' such as patients and visitors. Any behaviour that is deemed 'unacceptable' by an individual will not be tolerated. Equally, it is expected that patients and visitors will be treated with courtesy, dignity and respect.

### **7.2. Named 'Competent Person'**

7.2.1 A designated person is available within the company to discuss any issues relating to Dignity at Work. The 'competent person' is the Human Resources Director who can be contacted as follows:

7.2.2 This designated competent person has been trained to carry out this role.

### **7.3 Investigation of complaints**

7.3.1 Any complaint relating to Dignity at Work must be investigated objectively in the same way as Harassment at Work. The complainant has a right to be supported by a representative of his/her choice. This person may be a Trade Union Representative but may not be a legal professional even if they are a friend.

7.3.2 The complaint can be managed informally or formally as required. Formal action may result in disciplinary action against the perpetrator.

### **7.4 Remedy**

7.4.1 A response to the complaint must be made within three days of being made aware of the complaint.

7.4.2 It is the responsibility of the manager or designated competent person to liaise with the hospital/unit/department to identify an appropriate satisfactory remedy. The company will take all reasonable steps to seek a positive outcome for the complainant.

## **7.5 Training**

- 7.5.1 Training on the issues pertaining to Harassment and Dignity at work is recommended for all managers and can be facilitated through the corporate Human Resources Department.

## **8. Monitoring and Evaluation**

- 8.1 Complaints will be monitored by the Human Resources department in conjunction with other departments, such as the Legal Department and regional offices.

## **9. Trade Union Involvement**

- 9.1 A worker has the right to be represented at any stage of the process by a recognised Trade Union Representative.
- 9.2 A recognised Trade Union has the right to be made aware of this policy and offer feedback accordingly.

## **10. Counselling and Support**

- 10.1 The Employee Assistance Programme is available to all staff on a 24-hour help line number. This provision would be inclusive of both telephone and face-to-face contact, where appropriate.

<p><b>0800 xxxx Counselling</b> <b>0800 xxxx Legal helpline</b></p>
---

- 10.2 The Occupational Health Adviser is also available to support any employees in confidence.

## **11. Other Considerations**

- 11.1 Confidentiality is critical to this policy. However, in some situations it may become necessary to support the complainant in adopting an open approach through disclosure. This should be facilitated with sensitivity and support to ensure that the complainant incurs no further damage or offence.

## **APPENDIX A**

### **Examples of Bullying**

- Threatening, abusive or insulting language or behaviour.
- Any written signs of visual representation which are threatening, abusive or insulting,
- Offensive comments, practical jokes, social exclusion, unnecessarily aggressive behaviour or intimidation.
- Attacks on property

### **Examples of Sexual harassment**

- Unnecessary, unjustified and unwanted physical contact, touching, petting or assault.
- Physical threats, assaults and insulting or abusive behaviour or gestures.
- Suggestive and unwelcome remarks, jokes, comments about appearance and private life, flirting, threats, deliberate verbal abuse.
- Display of sexually offensive visual material including sexist graffiti, pin-ups, calendars, books, videos etc.
- Applying different or unreasonable standards of performance to individuals.
- Exclusion from normal activities, conversation or social events in the workplace.
- Leering and lewd questions.
- Innuendo, mockery, lewd jokes or remarks.
- Touching, grabbing or brushing against others.

### **Examples of Racial harassment**

- Offensive jokes or use of abusive language; racially explicit derogatory statements which are found objectionable; racial name calling.
- Physical threats, assaults and insulting or abusive behaviour or gestures.
- Open hostility to patients and staff.
- Display of racially offensive written material including racist graffiti, slogans and political badges.
- An offensive rude manner in communication that is not used with other employees. Abusive language such as racist jokes and banter.
- Applying different or unreasonable standards of performance to individuals.
- Unfair allocation of work responsibility.

- Exclusion from normal workplace conversation or social events ie being frozen out.

#### **Motives**

- Race, ethnic origin, nationality
- Religion, politics or other beliefs
- Gender, sexual orientation
- Marital status
- Age
- Disability of physical appearance
- Social or career background
- Rivalry, jealousy or personal dislike
- One-sided personal attraction

## **APPENDIX B**

### **Dealing with Incidents/Complaints of Harassment**

#### **1 Code of Practice**

- 1.1 Harassment is a disciplinary offence, which may result in dismissal without notice or payment in lieu of notice. It may also result in criminal and/or civil proceedings.
- 1.2 The response to complaints will be handled sympathetically, swiftly and fairly.
- 1.3 There will be clear, simple and fast-moving procedures for dealing with such complaints.
- 1.4 The complainant will have the chance to discuss the problem with someone who can act promptly and without fear of recrimination.
- 1.5 Complaints will be dealt with at the appropriate level and with minimum delay and in accordance with procedures:
  - Staff: Informal or Formal Procedure as outlined below
  - Patients: Hospital Complaints Policy
- 1.6 Information about these procedures will be readily available, through leaflets, notice boards and in public places.

- 1.7 There will be an established channel through which complaints are passed.
- 1.8 All complaints of bullying and harassment will be recorded and a copy sent to the Director.
- 1.9 Formal and informal procedures will be available to senior managers and staff.

## **2 Procedure**

### **2.1 Informal (staff)**

- 2.1.1 An informal complaint process is available for those who prefer to try and resolve harassment of a less serious nature through informal means. This recognises that some victims have reservations about raising an issue formally and putting their complaint in writing before any action can be taken.
- 2.1.2 The complainant should contact his/her line manager (or another manager where this is not appropriate) of the situation to agree a course of action, which may include:
  - the complainant to speak or write to the harasser and ask him/her to stop
  - the line manager to raise the matter on behalf of the complainant
  - counselling/assertiveness training
  - raising a formal grievance
- 2.1.3 Complaints will generally be treated in strict confidence; however in some circumstances, the manager may need to take action without the complainant's agreement, for example in order to protect other victims or potential victims.
- 2.1.4 If the harassment does not cease as a result of informal action, or if it is considered that the harassment is of a serious nature, the complaint will be dealt with formally.

## **2.2 Formal (Staff)**

- 2.2.1 Once a formal grievance has been lodged, an investigation officer will be nominated and will be required to conduct an investigation within seven days. Preference in terms of gender and ethnic group of the investigation officer will be respected as far as is reasonably practicable. The investigation officer will submit a written report to the appropriate senior manager within ten days following the conclusion of all interviews. A detailed response will be given in writing to the complaint within twenty-eight days of the formal complaint being evoked. If the report from the investigation officer indicates that there is sufficient substance to the allegation, the matter will be dealt with within the context of the disciplinary procedure.
- 2.2.2 Harassment is considered as gross misconduct in the Hospital's disciplinary procedure and is seen as grounds for dismissal. If the investigation reveals that the complaint is valid, prompt action will be taken to stop harassment immediately and to prevent its recurrence. If relocation proves necessary, the harasser and not the victim will be relocated. The victim will only be relocated if this is requested by the individual.

## **2.3 Informal (Patient)**

- 2.3.1 A patient may choose to raise his/her complaint informally with the person against whom s/he has an issue or make a written approach to ask the perpetrator to stop. S/he may also seek advice and support from a member of the multi-professional team, a friend or a representative. Any complaint raised informally with ward staff must be recorded in the ward complaints log.

## **2.4 Formal (Patient)**

- 2.4.1 Complaints from patients, carers and other service users will be dealt with in accordance with the Hospital's Complaints Policy.

### **Bijlage 3 Bullying & Harassment Policy, Nottinghamshire Health Care NHS Trust (UK)**

**POLICY AND PROCEDURE No. PE/17**

**NATURE AND SCOPE - TRUST WIDE**

**SUBJECT -  
POLICY AND PROCEDURE FOR MAINTAINING A WORKPLACE  
FREE FROM BULLYING & HARASSMENT**

**DATE OF LATEST RATIFICATION: 24 March 2005**

**RATIFIED BY: Trust Board**

**IMPLEMENTATION DATE: 24 March 2005**

**ASSOCIATED TRUST POLICIES:**

#### **INDEX**

1. Policy Statement
2. Introduction and Scope
3. Maintaining a Workplace Free From Bullying & Harassment
4. Definitions and Forms of Bullying & Harassment
5. Addressing Concerns of Workplace Bullying & Harassment Directly & Through Supported Mediation & Intervention
6. Establishing the Facts Concerning Incidents of Bullying & Harassment

7. Supporting Employees
8. Roles, Responsibilities & Accountabilities
9. Working In Partnership
10. Harassment by Others
11. Monitoring
12. Review

**APPENDICES:**

- A. Process for Progressing a Harassment Complaint
- B. Record of Changes
- C. Employee Record of Having Read the Policy

**MAINTAINING A WORKPLACE FREE FROM BULLYING & HARASSMENT**

**1. POLICY STATEMENT**

Nottinghamshire Healthcare NHS Trust (the Trust) is committed to promoting a workplace culture in which all employees are treated with dignity and respect by colleagues, service users, patients, clients, relatives, carers and other members of the public. In ensuring a safe and healthy environment for its employees the Trust will actively seek to prevent all forms of bullying and harassment on any grounds by raising levels of personal and professional accountability, self awareness and through robust partnership working, swift and sensitive intervention.

The Trust has a legal responsibility under the Sex Discrimination Act 1975 (as amended in 1986), the Race Relations Act 1975, the Disability Discrimination Act 1995, the Protection from Harassment Act 1997, and the Employment Equality Regulations (covering religion, belief and sexual orientation) to ensure that no employee is subjected to such treatment at work. Additionally, the Trust and its employees, under the Health and Safety at Work Act 1974, have a duty to create and sustain a safe working environment.

The attached procedure provides the framework through which any concerns of bullying and/or harassment at work will be addressed.



## **2. INTRODUCTION AND SCOPE**

- 2.1 This policy is designed to promote the respectful treatment of staff within the Trust and to protect employees from bullying and harassment at work. The procedural framework provides a swift and appropriate route through which all employees and those people who may be working in, but not employed by the Trust (e.g. volunteers, students), may raise and address concerns of bullying or harassment.
- 2.2 Bullying and harassment in any form will not be tolerated by the Trust and may constitute gross misconduct in accordance with the Trust's Disciplinary Policy and Procedure.
- 2.3 The Trust acknowledges that employees involved in instances of bullying or harassment may require support from their trade union representative or a friend who should not be acting in a professional capacity. In all cases the relevant manager will work closely with the representative to reach a timely and satisfactory resolution, ensuring that the offensive behaviour ceases.
- 2.4 Managers should particularly note the importance of addressing concerns of bullying and harassment raised sensitively and swiftly with reference to the timescales featured within this procedure to ensure full compliance with the Employment Act 2002 (Dispute Resolution) Regulations 2004.

## **3. MAINTAINING A WORKPLACE FREE FROM BULLYING AND HARASSMENT**

- 3.1 The following framework defines the principles, practices and behaviours required of all the Trust employees and managers in working in partnership to maintain a workplace free from bullying and harassment.
  - All employees have a responsibility to take a proactive approach to addressing instances of harassment or bullying at work, involving either themselves or colleagues, directly or by reporting such matters to the appropriate line manager.

- In the majority of cases the Trust seeks to ensure that instances of conflict and inappropriate behaviours are addressed and resolved directly and immediately. This will be achieved either directly by making the employee responsible for the offending behaviour aware of the impact that their behaviour is having on the employee(s) concerned, or through swift and sensitive intervention, mediation and support by the line manager, with appropriate support from the relevant Personnel Business Lead. In all cases the any outstanding tensions must also be resolved and it should be established that such inappropriate behaviours must not occur in the future.
- Managers are responsible for monitoring and evaluating all risks to employees at work, including bullying and harassment, and are required to take immediate action to eliminate such risks appropriately.
- Where a process of establishing the facts of a concern(s) raised is deemed necessary this will be conducted in accordance with the principles of impartiality, confidentiality and fair treatment, with effective support provided for those involved.
- Where an employee(s) requests the assistance, accompaniment and support of an accredited representative of a recognised Trade Union or Professional Organisation or by a friend or colleague acting in a personal capacity, at any stage in the raising of a concern, the appropriate manager will take all reasonable steps to facilitate the availability of this support.
- The Trust recognises that workplace harassment and bullying can cause stress and anxiety for those involved and will take all appropriate steps, as required, to provide support and counselling for employees.
- Employees will be protected from intimidation, victimisation or discrimination for raising a concern or assisting in addressing a concern regarding bullying and/or harassment.

#### 4. DEFINITIONS AND FORMS OF HARASSMENT AND BULLYING

4.1 Harassment is defined as, ‘any conduct based on age, disability, HIV status, domestic circumstances, sex, sexual orientation, gender reassignment, race, colour, language, religion, political, trade union or other opinion or belief, national or social origin, association with a minority, property, birth or other status which is unreciprocated or unwanted and which affects the dignity of men and women at work’.

Harassment may be a single incident or repeated action and may either be directed at an individual or at a group of people. Harassment can be verbal, non-verbal or written. Examples of harassment may include:

- physical contact ranging from touching to assault;
- bullying;
- inappropriate remarks, gestures or suggestions;
- practical jokes;
- jokes or offensive remarks about sexual orientation;
- offensive literature, pictures, graffiti;
- verbal and written harassment through jokes, offensive language, gossip, slander and libel;
- isolation or non co-operation;
- placing pressure on a person to participate in unwanted activities;
- sending of inappropriate emails;
- intrusion, including spying, pestering and stalking.

4.2 The above list is not exhaustive and in all cases individuals must consider the potential effect of all aspects of their behaviour on others.

4.3 Harassment may be deliberate, but it may also be unintentional. It is possible that someone may not be aware that his or her behaviour is offensive. A certain type of behaviour may be acceptable to one person but another may find it offensive and a cause of distress.

4.4 Bullying is defined as, “offensive, intimidating, malicious or insulting behaviour, an abuse or misuse of power through means intended to undermine, humiliate, deni-

grate or injure the recipient”. Bullying may be a single serious incident or repeated persistent actions.

- 4.5 This policy applies to any situation in which the occasion can be closely identified with either the requirements of the employer, or with social events linked to the same employment. It includes any place where NHS care is delivered.

**5. ADDRESSING CONCERNS OF WORKPLACE BULLYING AND HARASMENT DIRECTLY & THROUGH SUPPORTED MEDIA-TION & INTERVENTION**

- 5.1 Where an employee experiences harassment or bullying at work they will raise this directly with the person responsible for the particular behaviour(s). The employee should explain that the offending behaviour is causing distress and that this behaviour needs to stop immediately. In many cases such behaviours are unintended and this approach will lead to a greater awareness and agreement that the behaviour will cease.
- 5.2 Where the employee complaining of the offending behaviour does not feel confident enough to approach the person responsible they should seek the support of a colleague, friend, union representative or their line manager in approaching the employee responsible.
- 5.3 In instances where this approach fails and the offending behaviour continues or with support the employee is still not comfortable to raise the concerns directly with the person responsible they should raise the matter with their direct line manager. After discussing the issue with the employee complaining of the behaviour the line manager will meet with the person responsible to discuss the offending behaviour, the required standards of behaviour, the likely consequences of continuing the behaviour and the way in which the situation will be monitored in the future. In such cases sensitive feedback should be provided to the employee that raised the matter, without breaching the confidence of the employee responsible for the behaviour, within a timely manner.

- 5.4 Training, support and guidance will be provided for the employee responsible for the behaviour by the line manager, as appropriate, through counselling and supervision to enable them to change/revise their behaviours.
- 5.5 In circumstances where working relationships have been affected, the line manager should facilitate a confidential and constructive meeting between those involved to restore respectful professional working relationships and avoid any further conflict arising. This process provides a safe and informal environment in which such inappropriate behaviours and language can be addressed swiftly and appropriately without recourse to the formal procedure. Where this approach is adopted the line manager should discuss the matter with the relevant Personnel Business Lead prior to conducting the meeting to gain appropriate advice and assistance. A formal record of this meeting should be kept.
- 5.6 Managers who are advised of complaints of bullying and harassment must complete a monitoring form (see Appendix B) and return this to the Personnel Business Lead as soon as possible after being made aware of the incident.

**6. ESTABLISHING THE FACTS CONCERNING INCIDENTS OF BULLYING & HARASSMENT**

- 6.1 In exceptional cases, where the offending behaviour continues or the behaviour complained of is sufficiently serious, the employee should write to the appropriate Senior Manager or equivalent Head of Service detailing their concern, including the nature and frequency of the offending behaviour(s), providing dates where possible, confirming also whether any approaches have already been made directly to the employee responsible to ask that the offending behaviours stop immediately and requesting a meeting to discuss and consider the matter further (the template at Appendix A may be used for this purpose).

- 6.2 On receipt of this letter the appropriate Senior Manager will contact the relevant Personnel Business Lead to discuss the content of the complaint and to agree the most appropriate action for addressing the matter within five working days, unless this is not reasonably practicable. This will normally involve a meeting with the relevant Senior Manager, Personnel Business Lead and the employee concerned to discuss and clarify the details featured in the letter and the process by which the matter will be resolved. This will normally be confirmed to the employee in writing within four working days of the date of the meeting.
- 6.3 Where the employee requests to be accompanied at this meeting by a representative of a recognised Trade Union or Professional Organisation or a friend/colleague acting in a supporting/personal capacity, all reasonable efforts should be made by the appropriate manager to secure their attendance. This may require liaison with other colleagues within the wider Trust to arrange for service cover to be provided.
- 6.4 Where an exercise to establish the facts of a complaint of bullying and/or harassment is deemed necessary and appropriate, the relevant Directorate General Manager and Personnel Business Manager will determine the appropriate process to be followed in establishing the facts of the matter and any support that may be required in conducting this process. This process should be completed within fifteen working days to prevent additional stress and anxiety to those involved. However, in exceptional circumstances this timeframe may be extended, in such cases this extension will be confirmed with the employee that raised the complaint in writing.
- 6.5 In certain circumstances it may be necessary to transfer an employee, normally the employee whose behaviour is being addressed, to a different area temporarily to protect them or to aid in the process of resolving the matter. However, this decision may only be confirmed by the appropriate manager following full discussion and agreement with the Directorate General Manager and Personnel Business Manager.

- 6.6 In very exceptional circumstances where an alternative to suspension is not appropriate the Directorate General Manager, following discussion and agreement with the Personnel Business Manager will confirm that the employee is to be suspended from duty on full pay pending full determination of the facts and resolution of the matter. Where the employee concerned is represented by a representative of a recognised Trade Union or Professional Organisation their representative will be informed of this decision as soon as reasonably possible.
- 6.7 The process for establishing the facts of the complaint will be thorough, impartial and objective and conducted in a sensitive and non-confrontational manner with respect for the rights of all those involved.
- 6.8 Once established, the facts of the case will be presented in writing to the relevant Directorate General Manager who will discuss and agree with the Personnel Business Manager the appropriate actions to resolve the matter and support those involved.
- 6.9 Where it is established that a severe case to answer exists the formal Disciplinary Procedure will be applied. In accordance with the Disciplinary Policy and Procedure, incidents of bullying & harassment may constitute gross misconduct.
- 6.10 The employee making the complaint will be advised of the action to be taken to resolve the matter within five working days of its completion.
- 6.11 In exceptional circumstances, where an employee whose behaviour is itself the subject of an ongoing investigation, raises counter-concerns of bullying or harassment relating to the behaviour of the person that raised the initial complaint, these will normally not be considered until the ongoing matter has been satisfactorily resolved. However, in exceptional circumstances where the nature and/or severity of the counter-concerns fundamentally undermine the ongoing investigation process or the actions being taken to resolve the original complaint, the counter-concerns will be considered accordingly.

- 6.12 In cases where counter-concerns are raised immediately the line manager should always aim to work with the employees involved to resolve the issues through mediation as detailed in 5.5.
- 6.13 Retaliation against an employee for raising a concern regarding bullying or harassment or assisting in the resolution of such incidents, to include vexatious allegations, does constitute a disciplinary offence and will be taken very seriously.
- 6.14 Where appropriate the Trust seeks to address inappropriate behaviours and tensions between employees through counselling and support, mediation and intervention and appropriate training without recourse to the Disciplinary Procedure.

## **7. SUPPORTING EMPLOYEES**

- 7.1 The Trust acknowledges that those involved with issues of harassment and bullying may experience a level of anxiety and in all cases seeks to provide the most appropriate support available. This support may be provided by the employee's line manager or other Directorate senior manager through open discussion and dialogue, a member of the Personnel Business Team, union representative or through a referral to the Trust's Staff Counselling Service. An appointment with the Staff Counselling Service should be arranged by the employee directly by contacting the Occupational Health Department.
- 7.2 Where appropriate and following discussion with the Personnel Business Lead, de-briefing sessions facilitated by trained managers within the Trust or the Staff Counselling Service may be arranged.

## **8. ROLES, RESPONSIBILITIES & ACCOUNTABILITIES**

### **8.1 ALL EMPLOYEES**

All employees have a responsibility to treat their colleagues with dignity and respect. Employees are ac-



countable for their behaviour and actions and must respect the way in which their behaviour may affect others.

All employees have a professional responsibility and to work with the Trusts managers in applying the principles and practices of this policy and procedure.

## 8.2 THE TRUST

The Trust will, as far as practicable, make every effort to provide a safe and secure working environment in which the principles of mutual respect and trust remain central. The Trust will ensure that all employees are aware of the content of this policy and procedure and ensure that any concerns are treated seriously and addressed swiftly, sensitively and appropriately. The Trust also has a responsibility to ensure that patients are aware of what constitutes unacceptable behaviour towards members of staff.

## 8.3 MANAGERS

All managers have a responsibility to create a culture in which destructive and offending behaviours are not tolerated and where everyone is treated with dignity and respect. Where instances of such behaviour do arise, managers are responsible for addressing the concerns swiftly, thoroughly and confidentially, respecting the feelings of all concerned.

## 8.4 PERSONNEL BUSINESS TEAMS

The Personnel Business Teams actively support employees and managers in addressing concerns of bullying and harassment swiftly and appropriately through supportive intervention, mediation and counselling. This also involves providing advice and support on all aspects of this policy and procedure and to ensure that a professional and consistent approach is maintained.

## **9. WORKING IN PARTNERSHIP**

- 9.1 The Trust acknowledges the significant role of the trade union organisations and their representatives in working in partnership with managers to identify and address any concerns of inappropriate behaviour that may represent bullying or harassment at work. Managers should work closely with representatives to address any concerns immediately and as close to the source as possible.

## **10. HARASSMENT BY OTHERS**

- 10.1 Where a member of staff feels that they are the subject of harassment from service users, patients, clients, relatives, carers or other members of the public then they must in the first instance inform their line manager of their concerns.
- 10.2 Where the unacceptable behaviour continues this should be reported directly to the Directorate General Manager. In such instances a formal letter may be sent by the General Manager/Executive Director warning that the consequences of future unacceptable behaviour may result in the level of service provided being withdrawn and/or amended. Where the incidents constitute possible violence or aggression recourse must be made to the Zero Tolerance Policy and Procedure for the Management of Violence and Aggression in the Workplace (PE/35).
- 10.2 Following consideration of the circumstances a decision may also, and/or additionally, be made by the General Manager/Executive Director to report an assault or crime to the Police. The General Manager/ Executive Director will consider all incidents in which staff are victimised by patients, their relatives or carers and will take pro-active action, which may involve alerting the police, to ensure that the victimisation is addressed and the employee concerned protected. This does not however, preclude an individual member of staff initiating a personal prosecution against an assailant.

## **11. MONITORING**

- 11.1 Notwithstanding any disciplinary action that may have been taken, due to the possible intimidatory nature of harassment, the manager involved will have a responsibility to review the situation with the complainant before the expiry of a three-month period from the date of the initial concern being raised.

All concerns of bullying and harassment, regardless of the level of formality and resolution, must be reported to the Personnel Business Lead as part of the Trust's ongoing monitoring process.

- 11.3 The purpose of the review will be to establish whether the situation is resolved and that ensure that no further recurrence or instances of harassment have occurred. If necessary, a further review period may be arranged.
- 11.4 Any recurrence of the offending behaviour by a member of staff will be dealt with through the disciplinary procedure.

## **12. REVIEW**

- 12.1 This policy and procedure will be reviewed from time to time or in the light of changes to employment legislation and/or good practice.

APPENDIX A

NOTTINGHAMSHIRE HEALTHCARE NHS TRUST

RE: NOTIFICATION OF CONCERN REGARDING BULLYING & HARASSMENT

Dear .....

My name is ..... and I currently work at ..... in the capacity of .....

I have a concern regarding .....

I have tried to resolve this matter (indicate as appropriate):

- directly with the person responsible
- directly with the person responsible with support from a colleague, friend, union representative
- directly with the person responsible with the support and intervention of my line manager.

In this respect I write to ask to meet with you to discuss this matter further. I will/will not be attending the meeting with a union representative whose details are: .....  
.....

I look forward to meeting with you to resolve this matter appropriately.

Yours Sincerely  
.....

APPENDIX B

MAINTAINING A WORKPLACE FREE FROM BULLYING & HARASSMENT

MONITORING FORM

NAME OF EMPLOYEE REPORTING INCIDENT (OPTIONAL)*	
GRADE OF EMPLOYEE	
DIRECTORATE	
TYPE OF INCIDENT REPORTED - see codes below	
(1) NAME OF LINE MANAGER RESPONSIBLE	
(2) SUMMARY OF ACTIONS TAKEN TO ADDRESS THE INCIDENT	

Codes for types of incident:

- B Bullying
- H Harassment
- NR Harassment - Racial
- HG Harassment - Gender
- HD Harassment - Disability
- HS Harassment - Sexual Orientation
- HS Harassment - Religious Belief

\* Only to be completed if the member of staff is willing for their identity to be disclosed

Signed ..... Date .....

Completed forms must be forwarded to the Personnel Business Lead as soon as possible after being made aware of the incident.

**THE POLICY FOR: MAINTAINING A WORKPLACE FREE FROM BULLYING AND HARASSMENT**

**Author Name and Title:** James Fleet, Personnel Business Manager

**Policy Sponsor :** Jean Hardy, Head of Personnel Business and Communications

**Issue Date:** March 2005

**Review Date:** March 2007

**Approved by:** Core Group/Trust Board

**RECORD OF CHANGES**

<b>DATE</b>	<b>AUTHOR</b>	<b>PROCEDURE</b>	<b>DETAILS OF CHANGE</b>







**Bijlage 4 Respectful Workplace Policy,  
Provincial Health Services Authority  
(BC, Canada)**

<b>Category: Corporate Human Resources Policy</b>	
<b>Subject/Title: Respectful Workplace Policy</b>	<b>Reference Number: HR.004</b>
	<b>Effective Date: October 11, 2005</b>
<b>Reviewed by: Executive Committee/CEO</b>	<b>Revision Number:</b>
<b>Approved by: Executive Committee/CEO</b>	

**1. PURPOSE**

To assist the Provincial Health Services Authority (“PHSA”) and its employees in promoting and maintaining a working environment in which all employees are treated with respect and dignity.

To ensure employees, students, fellows, medical staff, physicians, residents, fellows, volunteers, suppliers, contractors, visitors, patients, clients and employees of academic

institutions in partnership with the PHSA engage in civil, respectful and cooperative workplace conduct.

To ensure employees, students, fellows, medical staff, physicians, residents, fellows, volunteers, suppliers, contractors, visitors, patients, clients and employees of academic institutions in partnership with the PHSA act with the highest standards of personal and professional integrity and conduct in dealings with our patients, the public, other employees and organizations.

To encourage respectful work environments throughout the PHSA.

To encourage the prompt identification and resolution of alleged disruptive conduct by all involved and affected persons through collaborative efforts.

To establish guidelines for dealing with complaints of disruptive and disrespectful workplace conduct in an effective and timely manner, and a formal procedure for review and resolution.

## **2. POLICY**

The PHSA is committed to ensuring that all employees, students, fellows, medical staff, physicians, residents, fellows, volunteers, suppliers, contractors, visitors, patients, clients and employees of academic institutions in partnership with the PHSA shall conduct themselves in a civil and cooperative manner, as outlined in the Provincial Health Services Authority's Code of Ethics Policy (Reference #AB600). The PHSA is committed to putting the interests of patients first, demonstrating personal and professional integrity, promoting an ethical environment, and striving for professional excellence. Individuals are responsible for behaving in a respectful manner in the workplace and at work-related functions. Therefore, the PHSA is taking a zero tolerance approach to disrespectful and disruptive behaviour by implementing the Respectful Workplace Policy ("Policy").

Behaviour that is disruptive and disrespectful creates an unproductive and uncooperative work environment which may compromise the delivery and quality of health care services,

and/or patient/client safety. Disruptive conduct and inappropriate workplace behaviours could be grounds for suspension or termination of employment, or cancellation, suspension, restriction, or non-renewal of privileges.

### 3. SCOPE

The standards of conduct set forth in the Policy are intended to apply to all persons accessing the PHSA facilities, including employees, students, fellows, medical staff, physicians, residents, fellows, volunteers, suppliers, contractors, visitors, patients, clients and employees of academic institutions in partnership with the PHSA.

While the standards of conduct apply to all persons, the investigative procedures under this policy will vary as the collective agreement, contract, or by-laws dictate from time to time.

Where allegations of disruptive and disrespectful workplace conduct involve persons who are not employees, students, fellows, medical staff, physicians on contract with PHSA agencies, residents, fellows, volunteers, visitors, patients, clients and employees of academic institutions in partnership with the PHSA all persons are encouraged to report the allegation to their manager/delegate. Allegations involving persons who are not employees, students, fellows, medical staff, physicians on contract with PHSA agencies, residents, fellows, volunteers, visitors, patients, clients and employees of academic institutions in partnership with the PHSA will be addressed in accordance with applicable PHSA policies, contracts, procedures, or rules, and may result in cancellation of contracts, or suspension of privileges, such as access to the facility(s) in question.

### 4. DEFINITIONS

- a. **Respectful Workplace Conduct:** In this Policy, respectful workplace conduct may include but is not limited to:
- being courteous, polite, respectful and considerate towards others
  - the inclusion of all people, including those with different strengths and opinions

- managing workplace conflicts using conflict resolution processes
  - encouraging and supporting individuals to learn and practice personal conflict resolution and respectful workplace skills
- b. **Disruptive & Disrespectful Workplace Conduct:** In this Policy, disruptive and disrespectful workplace conduct is any behaviour that disrupts civility and co-operation in the workplace and interferes with efficient and effective work flow. Disruptive Behaviour is “any vexatious behaviour in the form of repeated and hostile or unwanted conduct, verbal comments, actions or gestures, that affect an employee’s dignity or psychological or physical integrity and that result in a harmful work environment for the employees.” A single serious incident of such behaviour that has a lasting harmful effect on an employee may also constitute disruptive behaviour. Such behaviour may include but is not limited to:
- abuse of authority where a staff member uses authority unreasonably to interfere with another’s performance
  - non-constructive criticism addressed in such a way as to intimidate, undermine confidence, or imply incompetence
  - spreading malicious rumours or intentionally conveying false information about another individual
  - breaching the confidentiality of another employee
  - refusal to cooperate with other staff members and employees • bullying or shouting at an employee
  - using abusive language and/or intimidating behaviour
  - threats of violence, retribution, litigation or financial harm
  - writing of malicious, arbitrary, or inappropriate comments/notes in medical or other records
  - verbal or physical attacks, directed at other employees, hospital personnel, or patients, that are personal, irrelevant, or beyond the bounds of fair professional conduct

Disruptive and disrespectful conduct is a serious offence and must be distinguished from an employee’s legitimate right to:

- comply with professional obligations to report concerns about the competence or conduct of other medical professionals
  - express opinions freely and to support positions whether or not they are in agreement with those of other employees
  - engage in honest differences of opinion with respect to work-related issues that are discussed in appropriate forums
  - engage in good faith constructive criticism of others
  - comply with leadership responsibilities to address concerns regarding the performance or competence of employees
- c. **Complainant:** In this Policy, the Complainant is the person who is bringing forward the complaint. This person could be an employee, student, fellow, medical staff, physician, resident, fellow, volunteer, supplier, contractor, visitor, patient, client or employee of academic institutions in partnership with the PHSA.
- d. **Respondent:** In this Policy, the Respondent is the person who is responding to the allegations made in the complaint. This person could be an employee, student, fellow, medical staff, physician, resident, fellow, volunteer, supplier, contractor, visitor, patient, client or employee of academic institutions in partnership with the PHSA.
- e. **Manager:** In this Policy, the Manager is the person who is the immediate supervisor of either the Complainant or the Respondent.
- f. **Mediator:** In this Policy, the Mediator is the person who will be appointed when an informal process is to be used to help resolve the conflict. The Mediator will be the Human Resources Consultant of the applicable PHSA agency.
- g. **Investigator:** In this Policy, the Investigator is the person who will investigate the complaint. In most cases, the Investigator will be the Director of Human Resources of the applicable PHSA agency.

- h. **Vice President of Medicine:** In this Policy, where the Vice President of Medicine is identified it refers to the appropriate Vice President of Medicine or equivalent medical appointee for an Agency. The Vice President of Medicine will be involved where a physician is identified as the Complainant or Respondent

## 5. COMPLAINTS PROCEDURE

Although employees, students, fellows, medical staff, physicians, residents, fellows, volunteers, suppliers, contractors, visitors, patients, clients or employees of academic institutions in partnership with the PHSA are encouraged to resolve concerns regarding behaviour of another person directly with that person, it is recognized that such resolution may be impractical. Therefore, the Complainant may send a written or oral report of the alleged disruptive or disrespectful behaviour to the Manager.

The Manager shall meet with the Complainant in confidence to review the origin of the complaint, the current situation, and the impact the event has had on the Complainant. The Manager will review the Policy with the Complainant. However, ultimate responsibility for determining the resolution of a complaint lies with the PHSA, and where there is any risk to other employees and patients, disclosure will be made to the extent necessary to remedy the situation. Furthermore, disclosure may be made to appropriate authorities where required by law.

If the Complainant prefers to deal with the problem directly with the person who has exhibited the alleged disruptive or disrespectful behaviour, hereinafter called the "Respondent," and use an informal process to resolve the issue, the Complainant shall be offered advice by the Manager about ways to seek a constructive resolution.

Should the Complainant prefer, the Manager will contact the Respondent to present the concerns of the Complainant, review the Policy, provide an opportunity for the Respondent to present his/her perspective, and explore ways of resolving the concern of the Complainant constructively.

Should the Complainant and Respondent agree, a skilled and trusted neutral third party (“the Mediator”) will mediate the concern to seek a mutually satisfactory resolution. This process will be conducted in confidence and without prejudice towards formal procedures.

If a mutually satisfactory resolution is obtained, the Mediator will make a written summary of the agreement if desired by both parties. This summary will be distributed to the Complainant and the Respondent. If another party (such as a Manager) is involved and has a role to play in the resolution, the specifics of the agreement will be discussed with that person.

If the informal resolution process is not effective, or if any of the foregoing options do not result in a satisfactory resolution between the two parties, a formal investigation and decision by a neutral third party (“Investigator”) may be undertaken, at the request of the Complainant, the Respondent or the Manager. The Investigator will usually be the Director, Human Resources at the applicable PHSA agency.

A request for a formal investigation shall be made in writing to the Investigator. Attached to the written request shall be a detailed account of the allegations on which the request is based. The request may become part of the record.

## **6. INVESTIGATION PROCEDURE**

Upon receiving a written request for a formal investigation, the Investigator shall determine whether the allegations on which the complaint is based would fall within the definition of disruptive and disrespectful behaviour as defined in this Policy under section 4(b). Where the allegations of a complaint do fall within the definition of disruptive and disrespectful conduct, an investigation into the allegations will be carried out. If, in the opinion of the Investigator, the allegations do not constitute a violation of this Policy, the Investigator may decide not to investigate and will inform the parties of this decision in writing.

Once the Complainant, Respondent or Manager has submitted his or her request for a formal investigation, the Investigator will inform the appropriate parties that such a request has been

made. They will be made aware of the details of the allegations within five (5) business days of receiving the written request.

The Complainant will then be requested to provide the Investigator with the details of the allegations. The Investigator will then make the Manager and Respondent aware of the details of the allegations within five (5) business days of receiving the allegations.

The Respondent will be provided ten (10) business days after notification to respond to the allegations. The Respondent may offer his/her perspective regarding the allegations, and/or present a proposal for resolution. This response is to be delivered to the Investigator.

At any time during the investigation, the Complainant and Respondent may agree to resolve the formal complaint on their own.

The investigation into the formal complaint will be conducted in a manner where both the Complainant and the Respondent each have a fair opportunity to know what the other is saying and a fair opportunity to be heard. At all times throughout the proceedings, both the Complainant and Respondent will have the opportunity to be accompanied by a support person, of his or her choice.

The Investigator will apply the principles of due process and natural justice to conduct the investigation. Without limiting the generality of the foregoing, the following guidelines are provided.

- The Investigator shall provide an opportunity to both the Complainant and the Respondent to provide verbal and/or written information related to the allegations.
- All potential witnesses may be interviewed by the Investigator.
- The Complainant and the Respondent will be provided an opportunity to respond to all relevant information provided by witnesses.
- If more than one complaint has been lodged against the Respondent, the complaints may be investigated together.



- Typically within thirty (30) days, the Investigator shall review all relevant information and make a determination whether or not there has been a violation of this Policy.
- The final report of the investigation shall contain: a summary description of the allegations; a summary of the testimony provided by witnesses and the Respondent; a determination as to whether or not the allegations have been proven on the balance of probabilities; a determination as to whether or not this Policy has been violated; or if the complaint is not substantiated, a determination as to whether the complaint was vexatious and made in bad faith; and mitigating or aggravating circumstances affecting either party.

A copy of the final investigation report will be submitted to the appropriate department head, the Manager, the Complainant and the Respondent.

Interim measures may be imposed during the investigation process to ensure that the work environment remains respectful and the service of the involved department is not compromised. These measures will be determined and implemented by the Manager in consultation with the Investigator, and other relevant parties.

It is the intention of these procedures to protect the personal dignity of all parties. Interference with the conduct of an investigation or retaliation against a Complainant or witness, whether the complaint was substantiated or unsubstantiated, may itself result in disciplinary action. Interference or retaliation may take the form of direct contact between the parties, or actions including but not limited to shunning, reassignment, spreading of rumours and breaches in confidentiality.

The report and all written materials pertaining to the investigation will be kept in confidence with the Investigator.

### **Complaints Involving Physicians**

Where an allegation of disruptive and disrespectful behaviour is made against a physician, where the Medical Staff bylaws of the applicable institution so require, the appropriate medical officer

shall be advised of the complaint and will participate in the investigation if required by the bylaws.

If the bylaws do not require participation in the investigation stage, then the procedures shall be followed as they are for any other Complainant or Respondent. However, the investigation report, if any, shall be forwarded to the appropriate executive and administrative personnel, pursuant to the medical by-laws of the applicable PHSA agency (usually the Director, Human Resources and the Vice-President, Medical Affairs). If the complaint is substantiated, these individuals will then make an assessment as to the appropriate corrective action to be taken.

## **7. RESULTS OF THE INVESTIGATION**

If the formal investigation concludes that there is insufficient evidence to support the complaint, there will be no documentation concerning the complaint placed in the Respondent's personnel file. However, if the formal investigation substantiates the complaint, the incident will be recorded in the Respondent's personnel file.

If the complaint was made in good faith, no record of the complaint, investigation or decision will be placed in the Complainant's personnel file. Any unfavourable work reviews or comments that were placed in the Complainant's personnel file because of the retaliation will be removed.

If the formal investigation substantiates the complaint, a series of meetings will be conducted with the Manager or the Vice President, Medical Affairs or designate and the Respondent, and other relevant parties to discuss the findings of the Investigator's report, to review the Policy, and to determine actions to be taken to remedy the situation. Prior to any substantive discussion with the Manager or Vice President, Medical Affairs or designate and other relevant parties, the Respondent will be invited to involve a support person.

An action plan to remedy the situation will be developed on a case-by-case basis, and will involve the development and implementation of a remedial program of rehabilitation and/or progressive discipline, up to and including termination of employment or privileges. The purpose of the remedial program is to enable the Respondent to competently fulfill the employ-

ment duty of civility and co-operation as outlined in the PHSA's Code of Ethics Policy (Reference #AB600).

The Manager or Vice President, Medical Affairs or designate will prepare a written report of the action plan. The report will include the following information:

- the dates, times and participants in action planning meetings with the Respondent
- the actions to be taken to remedy the situation. These actions may include but are not limited to an assessment the culpability or non-culpability of the Respondent; a comprehensive assessment of fitness for duty; referrals for counselling; and, referrals to a specialized wellness program
- a detailed statement of performance expectations
- a detailed plan for monitoring the Respondent's future compliance with this Policy
- the progressive consequences for the Respondent for future failures to comply with this Policy, up to and including the removal of the Respondent from his/her position
- the report will be placed in the Respondent's personnel file with a copy given to the Manager and appropriate department head.

#### **Malicious Reports**

Where it is determined that a person has made a complaint in bad faith or with the intent to harm another and/or has misrepresented what is going on in the workplace, then formal disciplinary action may be taken against the person. Conduct based on mistakes or misunderstandings shall not constitute malicious conduct.

#### **8. APPEALS PROCESS**

Where the Complainant, Respondent, or Manager is dissatisfied with the outcome of the investigation, the Chief Human Resources Officer ("CHRO") will investigate the appeal. The Complainant, Respondent, or Manager must submit their appeal to the CHRO within thirty (30) days after they receive the Investigator's final investigation report. The CHRO will

undertake a thorough read and review of the Investigator’s report in order to determine whether the appeal is warranted. The appeal will be resolved within thirty (30) days after the appeal has been brought.

### **Appeals Involving Physicians**

If the Respondent is a member of the medical staff and objects to the proposed action plan, the Vice President, Medical Affairs shall forward the final investigation report and the action plan to the Chair of the Medical Advisory Committee (the “MAC”). The MAC will review the complaint, the final investigation report and the action plan, and make recommendations to the PHSA’s President/CEO, and Board of Directors. The President/CEO shall, as soon as possible, make known to the Respondent the decision of the Board on the disposition of the complaint.

## **9. ACCOUNTABILITY**

### **The PHSA**

The PHSA will demonstrate its commitment to creating respectful work environments in which all employees are treated with respect and dignity, free from disruptive and disrespectful behaviour by:

- a. Establishing a Policy defining and prohibiting disruptive and disrespectful behaviour;
- b. Informing employees, students, medical staff, physicians, residents, volunteers, suppliers, contractors, visitors, patients, clients and employees of academic institutions in partnership with the PHSA about disruptive and disrespectful behaviour in the workplace, their rights and responsibilities and by providing education and training on maintaining a respectful work environment; and,
- c. Having effective guidelines and procedures for dealing with complaints of disruptive and disrespectful behaviour

**Employees, Students, Medical Staff, Physicians, Residents, Volunteers, Suppliers, Contractors, Visitors, Patients, Clients and Employees of Academic Institutions in Partnership with the PHSA**

Each employee, student, member of the medical staff, physician, resident, volunteer, supplier, contractor, visitor, patient, client and employee of academic institutions in partnership with the PHSA is responsible for conducting herself/himself within the spirit of this Policy and for contributing towards a respectful work environment

It is the expectation that each employee, student, member of the medical staff, physician, resident, volunteer, supplier, contractor, visitor, patient, client and employee of academic institutions in partnership with the PHSA will report any disruptive and disrespectful behaviour that they are witness to.

#### **10. REFERENCES:**

- a. PHSA Human Rights Policy (Policy HR.002)
- b. PHSA Whistleblower Policy(Policy AB620)
- c. PHSA Standards of Business Conduct Policy (Policy AB-610)
- d. PHSA Code of Ethics Policy (Policy AB-600)



**Bijlage 5 Human Rights Policy, Provincial Health Services Authority (BC, Canada)**

Category: Corporate Human Resources Policy	
Subject/Title: <b>HUMAN RIGHTS POLICY</b>	Reference Number: <b>HR.002</b>
	Effective Date: <b>December 6, 2004</b>
Reviewed by: <b>Executive Committee/CEO</b>	Revision Number:
Approved by: <b>PHSA Board of Directors</b>	

**1. PURPOSE**

To assist the Provincial Health Services Authority (“PHSA”) and its employees in promoting and maintaining a working environment in which all employees are treated with respect and dignity and that is free from Discrimination and Harassment that contravenes the *British Columbia Human Rights Code* (the “Code”);

To outline the roles and responsibilities of the PHSA and its employees in fostering a workplace that is free from Discrimination and Harassment; and

To establish guidelines for dealing with workplace Discrimination and Harassment complaints in an effective and timely manner, and a procedure for informal and formal review and resolution.

## **2. POLICY**

The PHSA is committed to providing a work environment in which all individuals are treated with respect and dignity and free from Discrimination and Harassment. The PHSA considers workplace Discrimination and Harassment a serious offence and will not tolerate harassing behaviour which may undermine the respect, dignity, self-esteem or productivity of any employee.

In order to assist the PHSA in promoting a respectful working environment for all, it is essential that employees are able to come forward with complaints that they may have under this Policy. All complaints will be taken seriously and will be dealt with in a confidential, impartial and timely manner. Violations of this Policy will not be tolerated and may result in disciplinary actions being taken, up to and including termination of employment and/or revocation of privileges.

## **3. SCOPE**

The standards of conduct set forth in this Policy are intended to apply to all persons accessing the PHSA facilities, including employees, students, medical staff, volunteers, suppliers, contractors, visitors, patients and residents/clients.

While the standards of conduct apply to all persons, the investigative procedures under this policy will vary as the collective agreement, contract, or by-laws may dictate from time to time.

Where allegations of Harassment involve persons who are not employees, medical staff, or physicians on contract of the PHSA facilities, as identified above, employees are encouraged to report the allegation to their manager/delegate or to a Human Rights Advisor. Allegations involving persons who are not employees or physicians on contract will be addressed in accordance with applicable PHSA policies, contracts, procedures, or rules, and may result in cancellation of contracts, or suspension of privileges, such as access to the facility(s) in question.



#### 4. DEFINITIONS

- a. **Discrimination:** In this Policy, Discrimination means discrimination on the basis of any of the Prohibited Grounds of discrimination in employment that are enumerated in the BC Human Rights Code, which currently are: race, colour, ancestry, place of origin, political belief, marital status, criminal conviction unrelated to the individual's employment, physical disability, mental disability, sex, age, sexual orientation, family status, religion.
- b. **Harassment:** In this Policy, Harassment means harassment on the basis of any of the Prohibited Grounds. Under this policy, Harassment also means any form of retaliation undertaken as a result of an individual having invoked, or in any way been involved with, a complaint lodged pursuant to this Policy.
- c. **Sexual Harassment:** In this Policy, Sexual Harassment means unwelcome conduct, that is sexual in nature, that may detrimentally affect the work environment or lead to adverse job related consequences for the victim of the harassment. Examples of Sexual Harassment include but are not limited to:
  - (i) Unwelcome remarks, questions, jokes, innuendo or taunting about a person's body, sex or sexual orientation, including sexist comments or sexual invitations;
  - (ii) leering, staring or making sexual gestures;
  - (iii) display of pornographic or other sexual materials;
  - (iv) unwanted physical contact such as touching, patting, pinching or hugging;
  - (v) intimidation, threats or actual physical assault of a sexual nature;
  - (vi) sexual advances with actual or implied work-related consequences; or
  - (vii) inquiries or comments about a person's sex life or sexual preference.
- d. **Complainant:** In this Policy, the Complainant is the person who is bringing forward the complaint.
- e. **Respondent:** In this Policy, the Respondent is the person who is responding to the allegations made in the complaint.
- f. **Advisors:** In this Policy, the Advisors are those individuals within the PHSA who are responsible for the initial intake of any complaints made based on this Policy.
- g. **Investigator:** In this Policy, the Investigator is the person who will conduct all investigations. Investigators will either

be an external third-party, or when appropriate, an internal off-site Human Rights Advisor who has received investigation training.

- h. **Vice President of Medicine:** In this Policy, where the Vice President of Medicine is identified it refers to the appropriate Vice President of Medicine or equivalent medical appointee for an Agency. The Vice President of Medicine will be involved where a physician is identified as the Complainant or Respondent.

## 5. COMPLAINT PROCEDURES

Discrimination and Harassment are sensitive issues in the workplace and therefore they require a process for dealing with complaints which is confidential to the fullest extent possible, flexible, and accessible. The PHSA encourages prompt reporting of all alleged violations of this Policy.

### OPTIONS

#### **Informal Resolution Options:**

An employee who believes that she/he has been subject to Discrimination or Harassment should take the following steps:

- (i) Bring the matter to the attention of the person responsible for the conduct, advise them that the conduct is unwelcome and ask that the conduct cease. The employee should keep a written record of the steps taken to alleviate the problem.
- (ii) If the conduct persists or if the employee does not feel comfortable dealing with the person responsible for the conduct, the employee should submit their concerns, in writing, for discussion with his or her Manager or with a Human Rights Advisor who will review with the employee the Policy, the definitions of Discrimination and Harassment and options for resolution.

#### **Informal Process**

The employee may discuss with the Human Rights Advisor the possibility of having the matter resolved informally. Where the Human Rights Advisor, Respondent and Complainant all wish to have the matter resolved informally, this approach should be used whenever possible. Through the informal process, the Human Rights Advisor will meet with

the parties (either separately or together) and attempt to mediate a resolution that is acceptable to both parties. If a solution is reached, the complaint will be deemed resolved.

If the Human Rights Advisor or either of the parties do not feel that informal resolution would be an appropriate or effective option, or the informal resolution process is not successful, then the employee may proceed with the filing of a Formal Complaint.

### **Filing a Formal Complaint**

Once the Formal Complaint has been submitted, an alternate Human Rights Advisor will determine whether the allegations on which the complaint is based, if substantiated, would fall within the definition of Harassment or Discrimination as defined in the *Human Rights Code* and as set out in this Policy. If the allegations would not constitute a violation of this Policy, no investigation will be conducted and the Complainant will be informed of this decision in writing.

If the alternate Advisor determines that the allegations on which the complaint is based, if substantiated, do fall within the definition of Harassment or Discrimination under the *Human Rights Code* and this Policy, the Advisor will notify the Respondent in writing that a Formal Complaint has been made, and there has been a request for an investigation, provide the Respondent with an account of the allegations made in the Formal Complaint, and also inform the Respondent that it is his or her right to be accompanied by a support person of his or her choice, including legal counsel, at any stage of the Formal Complaint. The Respondent will be provided with the opportunity to submit a written Response. Complaints must be submitted in writing. Complaints must be submitted within six months from the date that the alleged Harassment or Discrimination occurred, and will only be accepted outside of this limitation period in extenuating circumstances.

### **INVESTIGATION PROCEDURES**

Where the allegations of a complaint do fall within the definition of Harassment or Discrimination under this Policy, an investigation into the allegations will be carried out. In

most cases, investigations will be conducted by an external investigator (“Investigator”). However, when deemed appropriate by the appropriate Director, Human Resources, an internal off-site Human Rights Advisor who has been designated as an Investigator and received investigation training, will conduct the investigation.

The investigation into the Formal Complaint will be conducted in a manner that ensures that both the Complainant and the Respondent shall each have a fair opportunity to know what the other is saying and a fair opportunity to be heard. At all times throughout the Formal Complaint proceeding and any investigation into the complaint, both the Complainant and the Respondent will have the opportunity to be accompanied by a support person, of his or her choice.

At any time during the investigation, the Complainant and the Respondent may agree to resolve the Formal Complaint.

At the conclusion of the investigation, the Investigator will provide a report (the “Report”) to the Director, Human Resources, setting out the nature of the complaint and the Investigator’s findings of fact as to whether or not Harassment or Discrimination under the Policy has occurred. The Report will be submitted to the appropriate excluded Department Manager(s) or to the VP of Medicine or other appropriate Medical staff, as designated. After reviewing the Report, the appropriate excluded Department Manager(s) or the VP of Medicine shall meet with the Complainant and Respondent to discuss the contents of the Report and to provide them with copies of the Report.

On the basis of the Report and any written responses, and all other relevant information, the appropriate excluded Department Manager(s) or the VP of Medicine or appropriate Medical staff, in consultation with Human Resources, shall prepare a written document which indicates whether there has been a breach of this Policy, and recommendations for resolution or corrective action.

#### **COMPLAINTS INVOLVING PHYSICIANS**

Where an allegation of Harassment or Discrimination is made against a physician, where the Medical Staff bylaws of

the applicable institution so require, the appropriate medical officer shall be advised of the complaint and will participate in the investigation if required by the bylaws. If the bylaws do not require participation in the investigation stage, then the procedures shall be followed as they are for any other Complainant or Respondent. However, the Investigation Report, if any, shall be forwarded to the appropriate executive and administrative personnel, pursuant to the medical by-laws of the applicable institution (usually the Director, Human Resources and the Vice-President of Medicine). If the complaint is substantiated, these individuals will then make an assessment as to the appropriate corrective action to be taken.

#### **RESULTS OF THE INVESTIGATION**

##### **a. If Formal Complaint is Substantiated: Remedies**

- (i) Where it is found by the Director, Human Resources and the appropriate excluded Department Manager(s) or the VP of Medicine or appropriate Medical staff that the Respondent has breached this Policy, the Director, Human Resources and the appropriate excluded Department Manager(s) or the VP of Medicine or appropriate Medical staff will recommend appropriate corrective action. *Corrective action will be designed to change behaviour and eliminate Discrimination and Harassment.*
- (ii) The Director, Human Resources and the appropriate excluded Department Manager(s) or the VP Medicine in making the determination as to the appropriate corrective action will take into consideration the Investigator's report, and any other factors that are determined to be relevant including the previous discipline record of the Respondent. Where the results of the investigation support a finding of Discrimination or Harassment, the corrective action taken may include disciplinary sanctions, up to and including termination of employment and/or revocation of privileges.
- (iii) Both the Complainant and the Respondent will be advised in writing of any corrective action.
- (iv) Only where formal disciplinary action has been implemented as a result of an investigation, will a notation be made in the Respondent's personnel file retained in Human Resources. This notation will indicate that the

Respondent has breached the Policy, the nature of the breach and the discipline imposed.

- (v) The investigation file will remain open in Human Resources for a reasonable period of time to allow for the monitoring of actions to be taken and subsequent reports to be placed in the file.

**b. If Formal Complaint is Unsubstantiated**

- (i) Where the results of the investigation do not support the Formal Complaint, a copy of the Report shall be placed on the investigation file, and the file will be closed.

**c. Malicious Reports**

Where it is determined that an employee has made a complaint in bad faith or with the intent to harm another, then formal disciplinary action may be taken against the employee. Conduct based on mistakes, misunderstandings, or misrepresentations shall not constitute malicious conduct.

**RECORDS OF COMPLAINTS**

- (i) A copy of the Report, and the decision made by the appropriate excluded Department Manager(s), or the VP Medicine shall be retained in Human Resources by the Office of the Chief Human Resources Officer.
- (ii) Numerical records of confidential complaints will be kept by Human Rights Advisors and forwarded annually to the Chief Human Resources Officer. These records will include the following information only:
  - number of complaints;
  - type of discrimination/ harassment; and
  - the nature of process or resolution (i.e. informal resolution, mutual resolution, investigation).

The intention is that the anonymity of the individuals involved will be assured as the data will be in aggregate form only, and will be used only for statistical purposes.

These numerical records will be compiled by the Office of the Chief Human Resources Officer and forwarded annually to the PHSA Executive.

**CONFIDENTIALITY**

Every effort will be made to keep complaints confidential. However, ultimate responsibility for determining the resolution of a complaint lies with the PHSA, and where there is

any risk to other employees and patients, disclosure will be made to the extent necessary to remedy the situation. Furthermore, disclosure may be made to appropriate authorities where required by law.

The PHSA shall not disclose to outside parties the name of the Complainant, the circumstances giving rise to the complaint, or the name of the Respondent, except where necessary for the purpose of investigating the complaint, taking disciplinary measures in relation thereto, or if required by law.

Any allegation or complaint of Discrimination, Harassment or Sexual Harassment will be considered personal information “supplied in confidence” for the purpose of Section 22(2)(f) of the *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*. Section 22(2)(f) of the Act entitles a Complainant to confidentiality of both his or her name and the substance of the complaint. The name of the Complainant and the circumstances of the complaint will not be disclosed to any person except where disclosure is necessary for the purpose of investigating the complaint. The substance of Investigative Reports and the substance of meetings held by those in authority to make a decision on what to do about a complaint, regardless of whether it is substantiated, will be protected from disclosure to third parties in accordance with Section 22(2)(f) and Section 22(2)(h) of the *Act*.

A breach of confidentiality will be considered a breach of this Policy and subject to disciplinary action. Alternatively, such a breach may be considered to be a form of Harassment or may also be considered retaliatory conduct and will be dealt with accordingly.

## **6. OTHER PROCEEDINGS**

This Policy does not preclude individuals from pursuing resolution of a complaint through the grievance procedure of a collective agreement or through the BC Human Rights Tribunal. However, if a Complainant chooses to proceed in an alternate forum, Human Resources may decline to proceed under this Policy.

## **7. ACCOUNTABILITY**

### **The PHSA**

The PHSA will demonstrate its commitment to creating a work environment in which all employees are treated with respect and dignity, free from Discrimination and Harassment by:

- (i) having a Policy defining workplace Discrimination and Harassment;
- (ii) informing employees about workplace Discrimination and Harassment, their rights and responsibilities and by providing appropriate information brochures, education and training; and
- (iii) having effective guidelines and procedures for dealing with complaints of Discrimination and Harassment.

### **Employees & Physicians**

Each employee and physician is responsible for conducting herself/himself within the spirit of this Policy and for contributing towards a work environment free from Discrimination and Harassment.



### ***Colofon***

opdrachtgever	Branchebegeleidingscommissie Arboplusconvenant Dienst Justitiële Inrichtingen (BBC DJI)
financier	Ministerie van Justitie/ Ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid
auteurs	Mr. drs. M. Wijers, drs. S. ter Woerds
eindredactie	I. Linse
omslag	Grafitall, Valkenswaard
basisontwerp binnenwerk	Gerda Mulder BNO, Oosterbeek
opmaak	N. van Koutrik
uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail <a href="mailto:secr@verwey-jonker.nl">secr@verwey-jonker.nl</a> website <a href="http://www.verwey-jonker.nl">www.verwey-jonker.nl</a>

### ***De publicatie***

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>.

Behalve via deze site kunt u producten bestellen door te mailen naar [verwey-jonker@adrepak.nl](mailto:verwey-jonker@adrepak.nl) of faxen naar 070-359 07 01, onder vermelding van de titel van de publicatie, uw naam, factuuradres en afleveradres.

ISBN 90-5830-208-3

© 2006 BBC DJI, Ministerie van Justitie/ Ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid. Auteursrechten voorbehouden.