



VRIJE
UNIVERSITEIT
BRUSSEL



Masterproef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Geneeskunde

AGRESSIE EN GEWELD TEGEN ARTSEN BINNEN DE ARTS-PATIËNTRELATIE:

Een cross-sectioneel onderzoek in België

LENNART DE JAGER
2016-2017

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey
Copromotor: Prof. Dr. Michel Deneyer

Geneeskunde & Farmacie

INHOUDSOPGAVE

Abstract	3
1 Inleiding	4
1.1 Achtergrond.....	4
1.2 Definities.....	4
1.3 De Belgische situatie	6
1.4 De situatie in het buitenland	10
1.5 Doel van het onderzoek	13
2 Methodologie	14
2.1 Opbouw van de studie	14
2.2 Deelnemers	15
2.3 Statistische werkwijze	15
3 Resultaten.....	18
3.1 Demografische gegevens van de onderzoekspopulatie	18
3.2 Prevalentie.....	21
3.3 Kenmerken van de ergst ervaren casus van de voorbije 12 maanden	40
3.4 Preventieve maatregelen	48
3.5 Opiniepeiling	57
4 Discussie	58
4.1 Belangrijkste resultaten.....	58
4.2 Aanbevelingen voor preventief beleid	61
4.3 Beperkingen van het onderzoek	62
4.4 Toekomstig onderzoek	63
5 Besluit	64
6 Dankwoord	65
7 Referenties	66
8 Bijlagen	70
8.1 Bijlage 1: Informed consent in het Nederlands.....	70
8.2 Bijlage 2: Informed consent in het Frans.....	71
8.3 Bijlage 3: Vragenlijst in het Nederlands	72
8.4 Bijlage 4: Vragenlijst in het Frans	83
8.5 Bijlage 5: Goedkeuring Commissie Medische Ethiek UZ Brussel.....	94
8.6 Bijlage 6: Waar gebeurde de agressie?	96
8.7 Bijlage 7: Hoe had volgens u dit incident voorkomen kunnen worden?	97
8.8 Bijlage 8: Welk alternatief stelt u voor om de zieke patiënt 's nachts te helpen?	105

ABSTRACT

Doel:

Geweld tegen artsen is een actueel, maar zeker geen nieuw probleem. Met dit onderzoek werd geprobeerd om voor België actuele informatie te bekomen over agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiëntrelatie.

Methode:

Een cross-sectioneel onderzoek werd uitgevoerd door middel van een elektronisch aangeboden vragenlijst, bestaande uit vijf delen, waarin gevraagd werd naar prevalentie, de ergst ervaren casus, preventie, algemene gegevens en een opiniepeiling. Iedere arts die de voorbije 12 maanden werkzaam was geweest in België kon deelnemen aan dit onderzoek. Een zo groot mogelijke respons werd beoogd.

Resultaten:

In totaal werden 3726 volledige en correct ingevulde vragenlijsten verwerkt. Uit de enquête bleek dat 84,4% (3144) van de artsen gedurende hun carrière en 36,8% (1372) de voorbije 12 maanden slachtoffer was van agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Specifieker was dit de voorbije 12 maanden voor verbaal geweld 33,1%, psychisch geweld 30,0%, fysiek geweld 14,4% en seksueel geweld 9,5%. Vrouwen en jonge artsen kregen significant vaker te maken met agressie en geweld. Psychiatrische instellingen waren het gevaarlijkst. In de ziekenhuizen was de spoedgevallendienst het gevaarlijkst. Artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis ondervonden vaker problemen als gevolg van agressie en geweld.

Besluit:

Door demografische veranderingen in de artsenpopulatie, waarbij het percentage vrouwelijke artsen toeneemt, is te verwachten dat agressie en geweld tegen artsen zal toenemen. Preventieve maatregelen zijn nodig, in eerste instantie gericht op de risicogroepen.

Trefwoorden: geweld, agressie, arts-patiëntrelatie

1 INLEIDING

1.1 ACHTERGROND

Voor Patrik Roelandt leek het een normale werkdag te worden¹. Het was op 1 december 2015 dat de 64-jarige huisarts, gevestigd met zijn solopraktijk te Izegem, aan zijn namiddagronde van de huisbezoeken begon. Hij werd opgeroepen naar een 55-jarige patiënt in Ingelmunster, die een week eerder nog bij hem op consultatie was geweest. Om drie uur viel alle communicatie weg. Later die avond werd bekend dat Patrik Roelandt door zijn patiënt vermoord was. De dader was een gekende bij de politie en had een crimineel verleden, waar zijn huisarts niet van op de hoogte was.

Patrik Roelandt was tien jaar voorzitter van de Unie van Huisartsenkringen (UHAK) tot hij in 2006 een van de grondleggers werd van Domus Medica, een fusie tussen de UHAK en de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH)². Na de fusie werd hij actief binnen de Orde der Artsen, waar hij eerst verkozen werd in de provinciale raad van West-Vlaanderen en later plaats nam in de nationale raad. Als huisarts zette hij zich onder andere in voor de erkenning en financiering van de huisartsenkringen en voor de veiligheid van artsen. Het was al in 1998 dat hij in samenwerking met Ralph Pacqueu (een collegahuisarts) en enkele Franstalige artsen het probleem van veiligheid aankaartte bij het ministerie van Binnenlandse zaken³.

Voor Sophie Roelandt (dochter van Patrik Roelandt) en Ralph Pacqueu was dit de aanleiding om de Patrik Roelandt anti-agressie groep (PRaag) op te richten¹. Een van de doelstellingen van deze werkgroep was het organiseren van een nieuwe enquête naar agressie tegen hulpverleners met tevens een online meldpunt voor individuele incidenten. Verder beloofde PRaag in de nabije toekomst een actiepakket aan te bieden aan de beroepswereld en een bewustmaking van de burgers door volksgezondheidscampagnes.

Op 21 mei 2016 lanceerde de nationale raad van de Orde der Artsen een meldpunt om agressie tegen artsen in kaart te brengen⁴. Bij de orde kwamen al langer met regelmaat meldingen binnen van individuele artsen. Doel van dit meldpunt was dan ook om concrete gegevens te verzamelen, zodat in samenwerking met bevoegde overheidsorganen een degelijk veiligheidsplan opgesteld zou kunnen worden⁵.

Om te beantwoorden aan de vraag naar een nieuwe nationale enquête onder artsen werd in een samenwerking tussen PRaag, de Orde der Artsen en de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) een werkgroep opgericht. Deze werkgroep bestond uit Prof. Dr. Dirk Devroey (VUB), Prof. Dr. Michel Deneyer (VUB, Orde der Artsen), Prof. Dr. Ronald Buyl (VUB), Sophie Roelandt (PRaag) en Ralph Pacqueu (PRaag). Een eerste verkennende vergadering vond plaats op 13 april 2016. Het was in samenspraak met Prof. Dr. Dirk Devroey dat op 9 augustus 2016 besloten werd om deze enquête verder te laten verlopen in de vorm van deze masterproef.

1.2 DEFINITIES

In de literatuur is geen universeel en eenduidig systeem terug te vinden om agressie en geweld in onder te verdelen. Afhankelijk van het doel worden verschillende classificaties gebruikt. De termen agressie (Engels: aggression) en geweld (Engels: violence) worden vaak met elkaar en door elkaar gebruikt, hoewel de twee geen synoniemen zijn. Bovendien zijn beide begrippen subjectief, tonen zij overlap in hun betekenis en kunnen zij door verschillende personen anders geïnterpreteerd worden.

De Van Dale definieert geweld onder andere als een “uiting van macht, van kracht,” een “kracht die met hevigheid, onstuimigheid wordt uitgeoefend” en “misbruik van macht, waarbij het recht van anderen op gewelddadige wijze wordt geschonden, m.n. gewelddadige handeling tegen personen of goederen⁶.” Agressie wordt gedefinieerd als een “bedreiging of aantasting met geweld” en “ben. voor verschillende daden waarbij sprake is van vijandigheid, die zowel gericht kan zijn op de eigen persoon als op anderen.” Omwille van de subjectiviteit, overlap en mogelijk foutieve interpretatie is gekozen de termen in dit onderzoek door elkaar te gebruiken, analoog aan zoals in eerdere en buitenlandse studies is gedaan.

Een onderverdeling van agressie en geweld in verschillende subtypes wordt in de literatuur vaak gemaakt op basis van de vorm, de gerichtheid, de oorzaak, de ernst en de setting (zie tabel 1)^{7,8}. De Van Dale meldt een aantal vormen van geweld waarbij in de arts-patiëntrelatie de fysieke, psychische, verbale en seksuele de belangrijkste zijn⁶. Agressie en geweld kunnen verder gericht zijn naar zichzelf, naar anderen en naar objecten. De oorzaken kunnen zeer divers zijn en afhankelijk van het gekozen model bimodaal onderverdeeld worden in proactieve en reactieve agressie, of gepremediteerde en impulsieve agressie⁹. De ernst kan variëren van licht naar zwaar (verschillende gradatiesystemen zijn mogelijk). De settings kunnen sterk uiteenlopen, afhankelijk van het specialisme en de hoofdactiviteit van de arts.

Tabel 1 Onderverdeling van agressie en geweld in verschillende subtypes

Vorm	Gerichtheid	Oorzaak	Ernst	Setting
Fysiek	Zichzelf	Proactief	Licht	In de praktijk
Verbaal	Anderen	Reactief	Zwaar	Buiten de praktijk
Psychisch	Objecten	Gepremediteerd		Tijdens de wachtdienst
Seksueel		Impulsief		

Voor deze masterproef zal wat de vorm, gerichtheid en ernst van agressie betreft de onderverdeling gehanteerd worden zoals terug te vinden in tabel 2. Voor de oorzaak van agressie wordt een reeks van aanleidingen gebruikt, zoals terug te vinden in vraag 12 van de vragenlijst in bijlage 3 en 4. De settings van agressie worden verder onderverdeeld in tabel 3. Deze onderverdelingen zijn niet exhaustief, maar wel zo opgesteld dat deze goed toepasbaar moeten zijn voor agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Een beperking van de meeste classificatiesystemen voor agressie en geweld is dat deze gevoelig kunnen zijn voor verschillende interpretaties en overlap kunnen vertonen. Geprobeerd is deze beperking hier tot een minimum te houden. Ondanks dat voorgaande onderzoeken niet consequent zijn in hun onderverdelingen is daar in de classificatie wel rekening mee gehouden om een vergelijking hiermee mogelijk te kunnen maken.

Tabel 2 Vormen van agressie en geweld

Fysiek	Verbaal	Psychisch	Seksueel
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	Dreigen met fysiek geweld	Vernederen	Seksuele opmerkingen
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	Schelden en/of beledigen	Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	Seksuele handelingen bij zichzelf
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier		Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	U vasthouden
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal		Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	Seksuele aanraking bij u
		Chantage	Verkrachting
		Laster en/of smaad	Stalking

Tabel 3 Settings voor agressie en geweld

In uw praktijk	Buiten uw praktijk	Tijdens de wachtdienst
In de raadpleging (eigen kabinet)	Op huisbezoek	Op de wachtpost
In een tehuis (WZC, instelling, etc.)	Op straat	
In een algemeen ziekenhuis	In de omgeving van uw woonst	
In een psychiatrisch ziekenhuis	Tijdens een controle	
Op de spoedgevallendienst	Telefonisch	
Kind en gezin	Per e-mail	
Ziekenfonds	Per brief	
Gevangenis	Sms, WhatsApp, e.d.	
	Sociale media	

1.3 DE BELGISCHE SITUATIE

Geweld tegen artsen is een actueel, maar zeker geen nieuw fenomeen. Om inzicht te krijgen in de Belgische situatie werd gekozen om te zoeken in medische kranten en tijdschriften. Via voetnoten en verwijzingen werden nog bijkomende artikels gevonden. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen cross-sectionele onderzoeken, waarbij een steekpunt ondervraagd werd, en meldpunten, waarbij enkel gevallen van agressie genoteerd werden.

De Artsenkrant lanceerde in 1995 een eerste enquête naar agressie tegen artsen waarvan de resultaten in de Artsenkrant van 5 maart 1996 gepubliceerd werden¹⁰. Vanuit heel België werden 579 geldige en volledig ingevulde vragenlijsten binnengebracht. Deze enquête maakte een onderscheid tussen verbale, fysieke en seksuele agressie. Daaruit kwam naar voren dat drie op de vier artsen tijdens hun carrière met verbale agressie te maken had gehad. Dit aantal was groter in de grote steden. Oorzaken van verbale agressie waren te vinden in de psychiatrische toestand van de patiënt (26,1%), weigering van voorschriften (20,9%), lange wachttijden (15,0%), communicatie (14,2%) en de prijs van de consultatie (6,9%). Wat fysieke agressie betrof lag het percentage op 17,1%. Van die

fysieke agressies werd 17,8% toegeschreven aan de psychiatrische toestand van de patiënt. Seksuele agressie kwam voor bij 49,6% van de vrouwelijke artsen tegenover 25,5% van hun mannelijke collega's (totaal 30,1% van de artsen).

Twee jaar later verscheen in de Intra Muros van november 1998 een enquête over veiligheid in ziekenhuizen¹¹. Dit naar aanleiding van een reeks verkrachtingen in Brusselse ziekenhuizen en de bijhorende media-aandacht. Zowel ziekenhuisartsen als ziekenhuisdirecties werden bevestigd. Doel was om te zien of zij de onveiligheid als een groot probleem beschouwden. Ziekenhuizen met een hoog aantal agressies waren de ziekenhuizen met een belangrijke psychiatrische afdeling. In de Waalse ziekenhuizen zou een grotere toename van onveiligheid zijn dan in de Vlaamse. Wat de agressie naar artsen betrof was 38,2% al eens slachtoffer van een diefstal, 13,1% van fysieke agressie en 70,1% van verbale agressie. De daders waren patiënt (30,8%), een familielid van een patiënt (46,8%), een onbekend iemand (10,3%) of anderen (13,1%). Oorzaken van agressie waren patiënten die niet akkoord gingen met de behandeling (23,5%), de psychische toestand van de patiënt (47,1%), patiënten aan wie iets geweigerd werd (37,3%), alcohol of drugs (56,9%), andere factoren (11,8%) of geen aanwijsbare factoren (7,8%). Nochtans zei 86% van de artsen dat zij zich niet onveilig voelden in het ziekenhuis. Het waren vooral vrouwelijke artsen die 's avonds een gevoel van onveiligheid hadden. De ziekenhuisartsen hadden een duidelijke vraag naar meer maatregelen, waaronder toegangscontroles, een interne bewakingsdienst, een speciale opleiding voor het personeel, bewakingscamera's, personeelsbadges, striktere bezoeken en een beter contact met de politie. Van de overheid werd gevraagd geld ter beschikking te stellen om deze maatregelen te kunnen realiseren.

In oktober 1998 hield de Artsenkrant in samenwerking met de UHAK een tweede enquête waarvan de resultaten in de editie van 9 februari 1999 gepubliceerd werden³. Doel van dit onderzoek was om, op vraag van de minister van Binnenlandse Zaken, de agressie tegen artsen in kaart te brengen. Een totaal van 661 enquêteformulieren werd binnen gebracht. Drie kwart van de respondenten was huisarts en een op de vijf was vrouw. Bijna de helft van de respondenten (47%) was in hun carrière al eens in aanraking gekomen met fysieke agressie van hun patiënt. Vrouwen werden hierbij vaker met seksueel geweld geconfronteerd. Een verschil op regionaal vlak werd niet gevonden. De percentages waren vergelijkbaar in de grootstad en op het platteland en tussen de verschillende gewesten. De agressor was meestal een man (82%), in 78% van de gevallen de patiënt zelf en in 20% een vriend of familielid van de patiënt. Het gevaar zou het grootst zijn bij dronken of geïntoxiceerde patiënten, psychiatrische patiënten en drugsverslaafden. De voornaamste oorzaken van geweld waren geweigerde voorschriften (23%), een suggestie of opmerking van de arts (19%), geweigerde attesten (18%), verschil van mening over de werkwijze (16%), lange wachttijden (8%), een geweigerd huisbezoek (7%) of een geschil over erelonen (3%). Ter bescherming van zichzelf had 56% van de artsen reeds voorzorgen genomen. Dit in de vorm van een alarmknop, een wapen (o.a. spuitbus), een zelfverdedigingscursus of een gsm. Wat verbale agressie betrof waren 89% van de artsen hier al mee geconfronteerd tijdens hun carrière. In deze enquête werd ook bevestigd naar psychisch geweld, waarvan 58% van de artsen aangaf dit reeds te verduren te hebben gehad.

Het was naar aanleiding van bovenstaande enquête dat Patrik Roelandt en Ralph Pacqueu, die die enquête samengesteld hadden, al met enkele voorstellen kwamen. Deze voorstellen waren een wettelijke erkenning van de huisartsenkringen, een wettelijk kader voor politiebegeleiding bij risico-oproepen, een inventarisatie van risicopatiënten in samenwerking met de politie, het uitwerken van alarmsystemen en verwittigingsmogelijkheden, en de registratie van geweldplegingen op artsen. Een voorstel van de politie om de huisarts uit het systeem van wachtdiensten te weren en patiënten

rechtstreeks naar spoed te sturen werd verworpen. Immers, zoals was gebleken uit het onderzoek, beperkte het probleem van agressie zich niet enkel tot de wachtdienst.

In juli 2004 diende senator Christine Defraigne (MR) een wetsvoorstel in om verbale of fysieke agressie tegen bepaalde beroepsgroepen, waaronder artsen, strenger te bestraffen. Op 12 februari 2007 werd deze wet in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd. Gehoopt werd dat deze wet afschrikwekkend zou werken¹². Niet veel eerder verscheen in de Artsenkrant van 30 januari 2007 het verhaal van een Brusselse huisarts die in amper twee weken tijd tweemaal het slachtoffer werd van agressie en overwoog om definitief te stoppen¹³. Dit na een carrière van 28 jaar waarin hij vijftien keer overvallen werd.

In 2009 lanceerden de Federale Overheidsdienst (FOD) Binnenlandse Zaken en de FOD Volksgezondheid een meldpunt voor misdrijven tegen huisartsen en een sensibiliseringscampagne met als slogan: "Respecteer de veiligheid van uw arts"¹⁴. Een website werd geopend met daarop een lijst aan preventiemaatregelen. Daarnaast werd deze informatie door middel van een brochure verspreid en werd aan de huisartsen een affiche gestuurd om in de wachtkamer op te hangen. Artsen werden aangemoedigd om aangifte te doen bij de politie wanneer zij slachtoffer werden van agressie.

In 2010 verscheen in het vakblad de Specialisten een onderzoek dat uitgevoerd werd onder 1400 specialisten¹⁵. Van de ziekenhuisartsen zou ongeveer 60% soms met agressie te maken hebben. Bij 13,5 procent kwam het zelfs vaak voor. Van de specialisten die buiten het ziekenhuis werkten kreeg slechts 24,9% te maken met agressie.

Onder de Nederlandstalige huisartsen in Brussel werd in 2010 door Nys in het kader van zijn masterproef een enquête gehouden¹⁶. Een totaal van 28 volledig ingevulde vragenlijsten werd verwerkt. Hieruit kwam naar voren dat meer dan de helft van de artsen (57%) de voorbije drie jaar met verbale agressie te maken had. Fysieke agressie was eerder uitzonderlijk. De praktijkruimte was de plaats waar agressie het meest voorkwam. Bijna 79% van de artsen had reeds maatregelen genomen in het omgaan met agressie in de praktijk. De meeste huisartsen waren voorstander van een zwarte lijst met agressieve patiënten en bijkomende opleiding rond conflictbeheersing.

In 2011 werd door onderzoeksbureau Dedicated Research, in opdracht van de ministers van volksgezondheid van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, een onderzoek gehouden naar agressie en geweld in de thuiszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest¹⁷. De vier doelgroepen waren huisartsen, thuisverpleegkundigen, gezins- en bejaardenhelpers en kinesitherapeuten. Verbale agressie of intimidatie was het meest voorkomend met 29,0% tijdens de verplaatsing naar de patiënt, 33,3% bij patiënten thuis en 30,8% in de praktijk of zaak. Verder werden lichamelijke agressie, diefstal, bedreigingen en moreel lastigvallen gerapporteerd. Als tendens werd door 85% van de huisartsen algemeen meer intolerantie van de mensen waargenomen, door 63% dat de opvoeding achteruitging en door 48% meer onveiligheid op straat.

Op 24 december 2012 publiceerde het ministerie van binnenlandse zaken in antwoord op een schriftelijke vraag van N-VA-senator Louis Ide de criminaliteitscijfers van 2009 tot en met 2011 wat criminaliteit ten aanzien van zorgverleners betrof¹⁸. Deze cijfers toonden het aantal door de politiediensten geregistreerde feiten waarbij als plaatsbestemming "apotheek", "dokterskabinet", "tandartskabinet" en "ziekenhuis of polykliniek" werd opgegeven. Opvallend was dat "diefstal en afpersing" van alle mogelijke delicten het vaakst geregistreerd werd. In tabel 4 en 5 staan de totale cijfers voor "dokterskabinet" en "ziekenhuis of polykliniek". Wat geweld tegen artsen betrof konden deze cijfers zowel een overschatting als een onderschatting van de werkelijkheid zijn. Doordat bij de registratie enkel van een plaatsbepaling werd uitgegaan stond enerzijds niet vast wie de agressor en

wie het slachtoffer was. Anderzijds zouden delicten gepleegd zonder interventie van de politie niet in deze resultaten terug te vinden zijn.

Tabel 4 Dokterskabinet

	2009	2010	2011
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	119	109	126
Vlaams Gewest	222	212	252
Waals Gewest	232	174	191

Tabel 5 Ziekenhuis of polykliniek

	2009	2010	2011
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	989	1095	1009
Vlaams Gewest	2405	2721	2411
Waals Gewest	1850	1793	1781

Sinds de oprichting van het meldpunt van de Orde der Artsen op 21 mei 2016 werden in iets minder dan een jaar tijd 69 meldingen van agressie gedaan, wat vermoedelijk een grote onderschatting van het aantal werkelijke incidenten was¹⁹. Het waren vooral de huisartsen die het onlineformulier invulden. De meeste meldingen werden gedaan van agressie in de consultatieruimte, met een kleinere bijdrage voor huisbezoeken. Ook zouden de meeste agressoren gekende patiënten zijn. De redenen voor agressie waren uiteenlopend. Bij een minderheid was sprake van een psychiatrisch verleden.

Op 7 juni 2016 stelden de minister van Justitie, Koen Geens en de minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken, Jan Jambon, de kadernota integrale veiligheid 2016-2019 voor²⁰. Aan geweld tegen veiligheidsberoepen en zorgverstrekkers werd in een aparte paragraaf aandacht besteed. Zij golden als kwetsbare beroepen, omdat zij verplicht zijn tussen te komen in mogelijke noodsituaties.

Uit een Gentse enquête, uitgevoerd in het najaar van 2016, die peilde naar het onveiligheidsgevoel bij huisartsen bleek dat 26% van de mannen zich ooit bedreigd voelde ten opzichte van 44% van de vrouwen²¹. Het gevoel van zich bedreigd te voelen daalde met de leeftijd, alsook met het aantal jaren beroepservaring. De praktijkvorm maakte daarin weinig verschil. Ook werden geen regionale verschillen teruggevonden.

Op 27 oktober 2016 werd de website Arts in Nood opgericht, met een daarbij horend telefoonnummer. Arts in Nood poogt een vertrouwensplatform te zijn voor artsen en artsen in opleiding die psychische gezondheidsproblemen ondervinden²².

De Artsenkrant publiceerde op 10 maart 2017 de resultaten van een grootschalige enquête over de werkomstandigheden van artsen en hoe die te verbeteren²³. In deze enquête, die liep van 3 tot 15 februari 2017, werd ook bevraagd naar ongewenst gedrag. Uit de resultaten zou blijken dat in de voorbije tien jaar verbaal geweld van patiënten door 86,3% van de artsen werd ondervonden, fysiek geweld door 27,6% en seksueel ongewenst gedrag door 38,2%. Vrouwen hadden vaker last van seksueel ongewenst gedrag. Bijna de helft zou hier de voorbije 10 jaar mee te maken hebben gehad. Mannen daarentegen hadden vaker last van verbaal en fysiek geweld. Huisartsen die in een groepspraktijk werkten waren minder vaak betrokken bij fysiek geweld. Slechts een op de tien artsen diende een klacht in na seksueel ongewenst gedrag van de patiënt.

1.4 DE SITUATIE IN HET BUITENLAND

Agressie en geweld tegen artsen en andere gezondheidswerkers is niet louter een Belgisch fenomeen. Ook in het buitenland zijn talrijke publicaties te vinden die aandacht schenken aan dit probleem. Voor het vinden van buitenlandse artikels in de database van MEDLINE werd gebruik gemaakt van de zoekmotor van PubMed. De MeSH-termen “Violence” en “Sexual Harassment” werden gebruikt in combinaties met “Health Personnel” en “Physician-Patient Relations”. Als zoekperiode werd gezocht vanaf 1990. Andere nuttig geachte publicaties werden gevonden in de referentielijsten van de gevonden artikels, op websites van buitenlandse equivalenten van de Orde der Artsen en in de medische pers. De zoektocht beperkte zich vooral tot westerse landen. Een selectie van de belangrijkste publicaties werd gemaakt om zo een globaal overzicht van de problematiek te geven per land.

1.4.1 Wereldgezondheidsorganisatie

De World Health Organization (WHO) had in samenwerking met de International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN) en de Public Services International (PSI) tussen 2000 en 2002 in een aantal landen onderzoek gedaan naar geweld op de werkvloer in de gezondheidssector²⁴. Voor dit onderzoek werd een onderzoeksinstrument ontworpen waarin naast artsen ook andere gezondheidswerkers geïnccludeerd waren²⁵. In 2002 werd door *Di Martino* van een aantal landelijke studies die dit instrument gebruikten een synthese gemaakt²⁶. Eén van zijn conclusies was dat om te beginnen meer aandacht voor dit wereldwijde probleem nodig was. Verder werd met de resultaten van deze onderzoeken een rapport met preventieve richtlijnen opgesteld²⁷.

1.4.2 Statements en manifesten

Verder waren ook verschillende statements en manifesten terug te vinden waarin artsen zich gezamenlijk uitspraken tegen geweld tegen gezondheidswerkers. Een voorbeeld hiervan was die van de orthopedisten in 2014 in Hyderabad (India), waarin de overheden opgeroepen werden te zorgen voor een beter registratiesysteem, bewustwording naar de bevolking, strengere straffen en bescherming van medische praktijken^{28,29}.

1.4.3 Noord-Amerika

In 2016 verscheen een review in de *New England Journal of Medicine* van *Phillips* over de huidige stand van zaken in de Verenigde Staten wat geweld tegen gezondheidswerkers betrof³⁰. Over geweld in de eerstelijns geneeskunde was nog weinig gekend. Over geweld in de ziekenhuizen schreef Phillips dat de spoedafdelingen en de psychiatrische afdelingen de gevaarlijkste en best bestudeerde omgevingen waren, niet alleen voor artsen, maar ook voor andere gezondheidswerkers. Verder was sprake van onderrapportage van de geweldsincidenten (slechts 26% bij de artsen) en heerste een cultuur waarin het probleem van agressie en geweld gezien werd als horende bij het beroep. In de conclusie haalde hij aan dat gezondheidswerkers, net als andere werkenden, het recht hebben om veilig hun werk te doen. Als oplossingen bracht hij aan om zwaardere straffen in te voeren voor plegers van geweld tegen gezondheidswerkers en gemakkelijke procedures te implementeren om incidenten te kunnen rapporteren.

Voor veel patiënten in de Verenigde Staten is de spoedafdeling de toegangspoort naar gezondheidszorg. Veel onderzoeken waren dan ook verricht naar agressie en geweld op de spoedgevallendiensten in de Verenigde Staten³¹⁻³⁹. Uit deze onderzoeken kwamen vergelijkbare resultaten naar voren. Ongeveer drie op de vier artsen op de spoedafdeling zou te maken hebben gehad met een of andere vorm van geweld³⁶. Een link werd gevonden met psychiatrische ziekte en middelenmisbruik³⁹. Een kwart van de medewerkers zou zich onveilig voelen³⁵. Vaak werden preventieve maatregelen gevraagd zoals bijkomende opleiding, training en bewustwording van dit

probleem³¹. Als aanvulling daarop werd een zelfverdedigingscursus nuttig geacht. Onderrapportage bleef een terugkerend probleem.

Seksuele agressie naar vrouwelijke artsen in de Verenigde Staten werd in 1998 uitgebreid onderzocht door *Frank et al.*⁴⁰. Uit een grote nationale studie bleek dat 47,7% van de vrouwelijke artsen in hun carrière te maken zou hebben gehad met 'gender-based' en 36,9% met seksuele intimidatie. Ook in Canada werd dit in de jaren '90 onderzocht door *Phillips et al.* in de vorm van twee kleine studies naar seksuele intimidatie tegen vrouwelijke huisartsen^{41,42}. In de conclusie werd vermoed dat sprake was van onderrapportage en het probleem wijdverspreid en ernstig was. Naast studies werden ook casusbesprekingen over seksuele intimidatie gepubliceerd, waaronder een door *Bird* in 2009 in Australië⁴³. Ook hier werd gewezen op de nood aan bewustwording voor dit probleem, zodat huisartsen de schuld niet bij zichzelf zouden leggen en bijkomende hulp zouden zoeken.

Verder werd in Canada in 2008 nog een kleine kwalitatieve studie gepubliceerd door *Magin et al.* waarin men op zoek ging naar de meningen van huisartsen over de oorzaken van beroepsgerelateerd geweld⁴⁴. Huisartsen zouden hun praktijkvoering aanpassen uit angst voor geweld of bedreigingen. Psychiatrische ziekte en drugsgebruik, sociale factoren, toegankelijkheid tot de zorg en kwetsbaarheid van de huisarts zouden factoren zijn die bijdroegen tot geweld op hun praktijk.

Een groter nationaal cross-sectioneel onderzoek werd in 2010 in Canada gepubliceerd door *Miedema et al.*⁴⁵. Van de 774 respondenten had 98% gedurende de carrière ten minste één geval van mineure agressie, 75% ten minste één geval van majeure agressie en 39% één geval van zeer ernstige agressie meegemaakt.

1.4.4 Australië

In Australië verscheen in 2010 een review van *Forrest et al.* over geweld van patiënten tegen huisartsen⁴⁶. Hier werden vier kleine regionale studies uit Australië⁴⁷⁻⁵⁰ en een grote nationale studie uit Nieuw-Zeeland⁵¹ met elkaar vergeleken. Trainingen om patiëntgeweld te kunnen de-escaleren werden voorgesteld, naast meer bewustwording en de noodzaak tot verder onderzoek naar prevalentie.

In 2011 verscheen van *Forrest et al.* een cross-sectioneel onderzoek naar de prevalentie van agressie tegen Australische huisartsen veroorzaakt door patiënten⁵². Van de 804 respondenten had 58% de voorbije 12 maanden te maken met verbale agressie, 18% met materiaalschade of diefstal, 6% met fysieke agressie, 4% met stalking, 6% met seksuele intimidatie en 0,1% met seksueel geweld. Huisartsen met minder ervaring kregen meer te maken met verbale agressie dan hun ervaren collega's. Vrouwen kregen vaker te maken met seksuele intimidatie dan mannen.

1.4.5 Verenigd Koninkrijk en Ierland

In het Verenigd Koninkrijk werden in het verleden naast kleine studies⁵³ ook enkele grote studies gepubliceerd. Een studie uit 1991 onder 1093 huisartsen door *Hobbs* toonde aan dat geweld tegen huisartsen gebruikelijk was en mogelijk toenam⁵⁴. In het voorbije jaar had 62,9% te maken gehad met agressie of geweld. In 1997 werd door *Ness et al.* onder 419 huisartsen een rondvraag gedaan⁵⁵. Het verbale geweld zou gelijk zijn gebleven en meldingen van ernstig fysiek geweld gedaald. Echter werd in het artikel wel op een zekere bias gewezen wat de onderzoeksgroepen betrof. *Elston et al.* trachtten in 2016 op kwantitatieve en kwalitatieve wijze een verband tussen gender en geweld aan te tonen⁵⁶. Vrouwelijke en jonge mannelijke huisartsen zouden zich meer zorgen maken om geweld en voorzorgen nemen. Verder werd nog gemeld dat het aantal vrouwelijke huisartsen toenam en mogelijk een invloed zou hebben op de evolutie van geweld tegen artsen.

Op 14 oktober 1999 lanceerde de National Health Service (NHS) een Zero Tolerance-campagne ten aanzien van geweld tegen zorgverleners met als slogan: “We don't have to take this”⁵⁷. Doel was een bewustwording te creëren bij mensen dat geweld binnen de NHS niet getolereerd zou worden. Ook werd een aantal lokale initiatieven gehouden om nultolerantie op kleine schaal te promoten. Praktijken die een nultolerantie toepasten hanteerden meestal als regel dat bij geweld de patiënt uit het patiëntenbestand geschrapt werd en dat eventueel de politie gebeld zou worden⁵⁸.

In Ierland werd in 1997 door *O'Connel et al.* melding gemaakt dat geweld tegen huisartsen in Dublin met een incidentie van 21% gebruikelijk was⁵⁹. Met name in de stedelijke gebieden zou een toename zijn. In Noord-Ierland werd in 1999 door *O'Reilly et al.* een enquête gehouden onder 1005 huisartsen waarin gevraagd werd naar redenen om patiënten uit het patiëntenbestand te schrappen⁶⁰. Daaruit kwam naar voren dat de voorbije twee jaar 46,5% van de respondenten een patiënt uit hun patiëntenbestand geschrapt had. Dit zou meer voorkomen in stedelijke gebieden. Geweld en bedreiging zouden de voornaamste reden hiertoe zijn.

1.4.6 Nederland

In Nederland verschenen in 2005 twee kleine publicaties in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. In een artikel van *van den Muijsenbergh et al.* werd melding gemaakt van seksuele intimidatie van coassistenten tijdens hun stage⁶¹. *Pernot et al.* schreef over agressie binnen de pediatrie⁶². Het zou met name gaan om verbale agressie tegen artsen met weinig werkervaring. Aandacht voor geweld en training tijdens de opleiding werden in beide artikels aangehaald als gewenst.

In 2012 lanceerde de Nederlandse overheid in samenwerking met andere organisaties een bewustwordingscampagne genaamd “wees duidelijk over agressie”, gericht op medewerkers in de zorg en jeugdzorg⁶³. De campagne was bedoeld om zorgverleners bij te staan die een anti-agressiebeleid wensten te implementeren. Deze campagne maakte deel uit van het actieplan “Veilig Werken in de Zorg” dat liep van 2012 tot 2016.

1.4.7 Duitsland

In Duitsland werd in 2015 door *Vorderwülbecke et al.* een grote landelijke studie naar de aard en frequentie van agressief gedrag binnen de eerstelijnsgezondheidszorg verricht onder 1500 eerstelijnsartsen⁶⁴. Van de 1408 aangeleverde vragenlijsten konden 831 verwerkt worden. Van de respondenten was 91% in hun carrière slachtoffer geweest van agressief gedrag en 73% in de voorbije 12 maanden. Ernstige vormen van geweld had 23% van de artsen gedurende hun carrière meegemaakt en 11% in de voorbije 12 maanden. Deze studie toonde aan dat de mate van agressie en geweld in Duitsland vergelijkbaar was met andere landen. De grote meerderheid van de artsen voelde zich veilig in hun praktijk, maar bij 66% van de vrouwelijke en 34% van de mannelijke respondenten heerste een gevoel van onveiligheid op huisbezoeken tijdens de wacht. Het alleen op pad sturen van huisartsen naar onbekende patiënten, zonder enige vorm van veiligheidsmaatregelen, was iets dat volgens deze studie kritisch bekeken moest worden. Dit ook met het oog op het toenemende aantal vrouwelijke huisartsen. Medisch geschoolde bestuurders die een huisbezoek vergezellen werden als een oplossing naar voren gebracht, al zou dit vaak financieel een belemmering vormen.

1.4.8 Frankrijk

De Franse Orde der Artsen (Conseil National de l'Ordre des Médecins) richtte in 2002 een observatorium op om het aantal agressiegevallen tegen artsen in kaart te brengen (L'observatoire pour la sécurité des médecins)⁶⁵. Jaarlijks brengt zij een persbericht uit met de resultaten van het afgelopen jaar. In 2016 kwamen 968 meldingen binnen, wat een lichte stijging was van 4,8% ten

opzichte van 2015. De agressor was met 51% vooral de patiënt zelf en in 15% van de gevallen een begeleidend persoon. De meest frequente vorm van agressie was verbaal (61%), gevolgd door diefstal (19%), vandalisme (10%) en fysieke agressie (7%).

1.4.9 Spanje

In Spanje bestaat sinds 2009 ook een meldpunt voor geweld tegen artsen. Het Observatorio de Agresiones, opgericht door de Organización Médica Colegial (OMC), bracht in 2009 een manifest uit waarin het zich uitsprak over agressie tegen artsen. Jaarlijks in maart presenteert het OMC uitgebreide statistieken en organiseert het een dag (Día Nacional contra las Agresiones) waarop geprobeerd wordt het publiek met campagnes bewust te maken van deze problematiek⁶⁶. Tot nu toe wordt jaarlijks een stijging van het aantal meldingen van agressie tegen artsen waargenomen. In 2016 kwamen 495 meldingen binnen, wat een stijging van 37,1% was ten opzichte van 2015. De agressoren waren vooral patiënten (71,5%) en hun familieleden (26,6%). De meest frequente vormen van agressie waren beledigingen en bedreigingen, waarbij 13,4% met letsels afliep. Meer vrouwen dan mannen waren slachtoffer. Het risico was het grootst in gezondheidscentra en spoedafdelingen.

1.4.10 Andere landen

In China is geweld tegen artsen een zeer groot probleem, met als gevolg dat hier veel publicaties over te vinden waren⁶⁷. De oorzaken voor dit geweld zouden terug te vinden zijn in de organisatie van de gezondheidszorg in China. Veel onderzoeken hiernaar waren nog lopende. Een Japanse studie uit 2011 van *Saeki et al.* onder 1148 artsen vond een verband tussen geweld tegen artsen en posttraumatische stressstoornis en maakte melding van een geweldsincidentie van $0,20 \times 10^{-3}$ per praktijkuur⁶⁸.

1.5 DOEL VAN HET ONDERZOEK

Het doel van dit onderzoek is om voor België actuele informatie te bekomen over agressie en geweld tegen artsen. Hierbij zal het onderzoek zich beperken tot geweld en agressie binnen de arts-patiëntrelatie. Daarbij wordt ook getracht om voor de voorbije 12 maanden concrete cijfers te bekomen voor de verschillende vormen van geweld. Op die manier kan onderzocht worden of een verband bestaat tussen bepaalde vormen van agressie en profielen van artsen en of agressie vaker voorkomt binnen of buiten de praktijk of tijdens de wachtdienst. Verder wordt dieper onderzocht welke casus artsen de voorbije 12 maanden als ergst ervaren hebben. Met die gegevens zal geprobeerd worden om profielen van daders op te stellen, gevaarlijke locaties op te sporen en oorzaken van geweld op te sporen. Tevens zal onderzocht worden wat de gevolgen voor de verdere beroepsuitoefening waren. Dit onderzoek hoopt inzichten te geven in de maatregelen die artsen reeds genomen hebben op individueel en op praktijkniveau. Een eventuele nood aan bijkomende maatregelen en de rapportage van geweldsincidenten zal ook onderzocht worden. In dit onderzoek zullen vergelijkingen met elementen uit voorgaande onderzoeken gemaakt worden, om te zien of een evolutie merkbaar is en of duidelijke verschillen of overeenkomsten bestaan. Gehoopt wordt dat met de uitkomsten van dit onderzoek maatregelen voorgesteld kunnen worden om agressie en geweld tegen artsen te verminderen.

2 METHODOLOGIE

2.1 OPBOUW VAN DE STUDIE

Het onderzoek vond plaats van 28 maart 2017 tot en met 25 april 2017. Gekozen werd om een cross-sectioneel onderzoek uit te voeren met behulp van een vragenlijst. Voor het opstellen van de vragenlijst werden enkele bijeenkomsten georganiseerd met de in de inleiding reeds beschreven werkgroep bestaande uit leden van PRAAG, de Orde der Artsen en de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de VUB. Een werkplan werd reeds na de verkennende vergadering van 13 april 2016 opgesteld door Ralph Pacqueu. Vanuit dit werkplan werd verder gewerkt om tot een eerste conceptvragenlijst te komen. Voor dit concept werd onder andere gekeken naar de eerdere vergelijkbare onderzoeken zoals beschreven in de inleiding. Na de vergadering van 19 oktober 2016 werden gezamenlijk wijzigingen aangebracht, de onderzoeksdoelen aangescherpt en de inclusiecriteria besproken. Op 21 december werd de definitieve versie doorgestuurd naar de Orde der Artsen voor de vertaling in het Frans, welke op 23 januari gereed was. De Nederlandstalige en Franstalige versie zijn terug te vinden in bijlagen 3 en 4.

Op 2 februari 2017 werd een eerste aanvraag gedaan voor toestemming van de commissie medische ethiek (CME) van het Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel). Op 28 februari 2017 werden op verzoek van het CME enkele modificaties gedaan aan het studieprotocol waarna op de vergadering van 8 maart 2017 een gunstig advies gegeven werd (zie bijlage 5).

Bij het opstellen van de vragenlijst werd getracht om te beantwoorden aan de eerder opgestelde doelen van dit onderzoek. Het uiteindelijke onderzoek werd uitgevoerd door middel van een elektronisch aangeboden vragenlijst. Hiervoor werd Limesurvey (Versie 2.05+ Build 141229) gebruikt dat gehost werd op de servers van de faculteit Geneeskunde en Farmacie van de VUB. Papieren vragenlijsten werden niet voorzien. Gekozen werd om de enquête in vijf delen op te splitsen. Bij veel vragen werd de optie gegeven om een niet gepredefinieerd antwoord op te geven in de vorm van een tekstveld. Om deel te nemen moest eerst akkoord gegaan worden met een Informed Consent (zie bijlagen 1 en 2).

In het eerste deel werd bevraagd met welke vormen van de vier grote groepen van geweld de arts in aanraking was gekomen gedurende zijn of haar carrière. Daarna werd veel uitgebreider naar de prevalentie van geweld in de voorbij 12 maanden gevraagd. Dit zowel voor binnen de praktijk, buiten de praktijk als op de wachtdienst. Gekozen werd voor het invullen door middel van een array, zodat het voor de arts gemakkelijk in te vullen zou zijn (keuze van 0 tot 10, waarbij 10 gelijk stond aan 10 of vaker). Een overzicht van de in de enquête gebruikte classificatie van geweld (zie tabel 2 en 3) werd meegegeven aan de invuller in de vorm van bijkomende informatie bij de vragen.

In het tweede deel werd de door de arts ergst bevonden casus van het afgelopen jaar dieper ondervraagd. De reden om enkel de ergst bevonden casus te bevragen was om de duur van de enquête voor de invuller beperkt te houden. In de Duitse studie uit 2015 van *Vorderwülbecke et al*⁶⁴ werd een vergelijkbare keuze gemaakt. Voor de artsen die in het eerste deel aangaven de voorbije 12 maanden niet in contact te zijn gekomen met geweld werd dit deel van de enquête overgeslagen. In de vergadering van 19 oktober 2016 werd besloten geweld door (externe) collega's niet te bevragen. Voor de gevolgen van de agressie werd nog informatie gehaald uit een Amerikaanse studie uit 2015 van *Hanson et al.* onder vrouwelijke medewerkers in de thuiszorg⁶⁹ en de Ierse studie uit 2001 van *O'Reilly et al*⁶⁰. Pijnpatiënten werden toegevoegd als risicogroep op basis van een studie uit 2009 van

Fishbain et al waarin een positieve correlatie gevonden werd voor revaliderende patiënten met chronische pijn en gewelddadige gedachten tegenover hun artsen⁷⁰.

In het derde deel werd naar preventieve maatregelen gevraagd. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen verdediging van de persoon zelf en bescherming van de praktijkomgeving. De artsen die in deel 1 aangaven de voorbije 12 maanden met agressie te maken te hebben gehad kregen ook de vraag wat deze incidenten gezamenlijk als gevolg op hem of haar gehad hadden.

In het vierde deel werden de algemene persoonsgegevens bevroegd. Om privacyredenen moest hier een keuze gemaakt worden naar wat het belangrijkste bevonden werd om te weten. De vragen werden dus beperkt tot geslacht, geboortjaar, jaren praktijk, de hoofdactiviteit en medewerkers in de praktijk. Op basis van deze gegevens zou het niet mogelijk moeten zijn om te achterhalen wie de enquête ingevuld had. Uiteraard ontstonden zo wel beperkingen aan dit onderzoek.

De vragenlijst werd afgesloten met een opiniepeiling over bijkomende maatregelen. Omdat de vragen niet voor iedere arts even relevant werden bevonden en de achterliggende materie mogelijk niet voor iedereen gekend zou zijn werd besloten om dit deel facultatief te houden.

Een volledig en correct ingevulde vragenlijst leverde een accrediteringspunt op in de rubriek ethiek en economie. Hiervoor moesten de deelnemers na afloop van de enquête hun naam, voornaam, RIZIV-nummer en e-mailadres achterlaten in een gescheiden databank, waarmee het onmogelijk was deze te koppelen met de antwoorden gegeven voor dit onderzoek. Deze databank werd in de dagen na het afsluiten van de enquête overgemaakt naar het RIZIV voor verdere verwerking.

2.2 DEELNEMERS

Als inclusiecriteria gold dat iedereen die de voorbije 12 maanden als arts werkzaam was geweest in België kon deelnemen. Er waren geen exclusiecriteria. Deels ingevulde of niet opgeslagen vragenlijsten werden niet verwerkt. Een zo groot mogelijke respons werd beoogd.

Om deze doelgroep te bereiken werd in eerste instantie beroep gedaan op de Orde der Artsen, die een link naar het onderzoek verstuurd naar de e-mailadressen die op dat moment in hun adressenbestand stonden. Het zou hier om ongeveer 30.000 adressen gaan. Een eerste e-mail werd verstuurd op 28 maart 2017 en een herinneringsmail op 13 april 2017. Verder was aandacht voor de enquête op onder meer de websites van de Artsenkrant, de Specialist, de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, Domus Medica, MediQuality en de FOD Volksgezondheid. In de eerste twee weken van het onderzoek werden problemen ondervonden bij het invullen van de enquête op Internet Explorer. Ook zou niet iedereen de eerste e-mail van de Orde der Artsen ontvangen hebben. Bij het verzenden van de herinneringsmail waren alle problemen opgelost en kon toch iedereen bereikt worden.

2.3 STATISTISCHE WERKWIJZE

Statistische analyse werd gedaan met behulp van LimeSurvey (Versie 2.05+ Build 141229), Microsoft Excel 2016 en IBM SPSS Statistics 24. Onvolledig ingevulde vragenlijsten werden geëxcludeerd van de analyses.

Voor dit onderzoek werd voor de analyse een indeling gemaakt in onafhankelijke (=independent, explanatory, input) en afhankelijke (=dependent, outcome, target) variabelen. Deze werden nog verder onderverdeeld in categorische (nominale of ordinale) en continue (=scale) variabelen. Als hulpmiddel voor het indelen in variabelen en als leidraad voor de statistische analyse werd veel

gebruik gemaakt van het boek “Medical Statistics - A Guide to SPSS, Data Analysis and Critical Appraisal” van *Barton en Peat*⁷¹.

De onafhankelijke variabelen zijn terug te vinden in deel 4 van de enquête waarbij ook de begintaal van de enquête (Nederlands of Frans) als variabele toegevoegd werd. De afhankelijke variabelen zijn terug te vinden in deel 1, 2, 3 en 5 van de enquête.

Een aantal variabelen werd getransformeerd of gedichotomiseerd in nieuwe variabelen. Dit werd gedaan voor de prevalenties van de voorbije 12 maanden in deel 1 van de enquête om totaalcijfers te bekomen voor de verschillende hoofdcategorieën (bijvoorbeeld: totaal fysiek, totaal in de praktijk, etc.). Voor elke respondent werden de cijfers per categorie bij elkaar opgeteld, waarbij telkens twee variabelen gecreëerd werden met zowel 1 (beschouwd als in contact gekomen de voorbije 12 maanden, ongeacht hoe vaak) als 10 (aantal keer contact in de voorbije 12 maanden met 10 als maximum) als hoogste waarde. Het waren de variabelen uit de tabel van deel 1 die gebruikt werden om te bepalen of iemand de voorbije 12 maanden slachtoffer was geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie. In deel 2 werd de variabele voor de datum en tijd van de agressie omgezet in de maand, de weekdag en het uur waarop de agressie plaats vond. De locatie van de agressie werd omgezet van postcode naar provincie. Voor de setting van agressie werden de resultaten voor “op de spoedgevallendienst” opgeteld bij die van “spoedgevallen in een algemeen ziekenhuis”. De continue variabelen geboortejaar en jaren praktijk in deel 4 werden in SPSS ingedeeld in categorieën door middel van visual binning: “Transform → Visual Binning”. De hoofdactiviteiten in deel 4 werden voor verdere analyse nog opgedeeld in “binnen het ziekenhuis” (ziekenhuis en psychiatrische instelling) en “buiten het ziekenhuis” (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, wijkgezondheidscentrum, tehuis, ziekenfonds, controlearts, kind en gezin, gevangenis en anders).

Variabelen met een open veld als antwoordmogelijkheid (kwalitatieve data) werden gebruikt om eventuele veel voorkomende afwijkende antwoorden op te sporen en waar mogelijk deze te coderen. Deze gegevens werden ook gebruikt om nieuwe hypotheses te formuleren voor verder onderzoek.

Voor de beschrijvende statistiek werd in SPSS gebruik gemaakt van de functie: “Analyze → Descriptive Statistics → Frequencies”. Voor het bepalen of een continue variabele normaal verdeeld was werd in SPSS gebruik gemaakt van de functie: “Analyze → Descriptive Statistics → Explore” met “Normality plots with tests” geselecteerd onder “Plots”. Het opmaken van de tabellen gebeurde in Microsoft Word 2016. Voor de analyse van de ergst ervaren casus van deel 2 werden eerst als subgroep de respondenten geselecteerd die in de tabel van prevalenties in deel 1 aangaven de voorbije 12 maanden met geweld in contact te zijn geweest. Dit werd gedaan met de functie: “Data → Select Cases → If”.

Voor het vergelijken van subgroepen met categorische variabelen werd in SPSS gebruik gemaakt van de functie: “Analyze → Descriptive Statistics → Crosstabs” met “Chi-square” geselecteerd onder “Statistics”. Voor de statistische significantie werd een $\alpha=0,05$ gehanteerd. De p -waarden werden berekend door middel van de Pearson chi-kwadraattoets, tenzij er cellen waren met een verwachte waarde lager dan 5 waarbij Fishers exacte toets gebruikt werd. Voor ordinale variabelen werd bovendien ook een p -waarde berekend door middel van de Linear-by-Linear Association. De 95% betrouwbaarheidsinterval (CI) werd berekend door middel van een werkblad in Microsoft Excel. Hiervoor werd eerst de standard error (SE) berekend met de formule $\sqrt{p(1-p)/n}$ waar p stond voor het percentage in decimalen en n voor het aantal waarop het percentage was berekend⁷¹. De CI werd dan berekend met $p \pm (SE \times 1.96)$.

Voor grote kruistabellen met verwachte waarden lager dan 5 werd voor de analyse in subgroepen gebruik gemaakt van Fishers exacte toets met de Monte Carlo-methode (95% betrouwbaarheidsinterval en 10.000 samples) om de p -waarde te berekenen. Dit kon in SPSS door een chi-kwadraattoets uit te voeren met daarbij "Monte Carlo" geselecteerd onder "Exact".

3 RESULTATEN

3.1 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKSPOPULATIE

In totaal werden 3726 volledige en correct ingevulde vragenlijsten verwerkt ($N=3726$). De demografische gegevens van deze respondenten zijn weergegeven in tabel 6. Van de respondenten was 51,8% (1930) man en 48,2% (1796) vrouw. Verder had 66,5% (2477) de enquête in het Nederlands ingevuld en 33,5% (1249) in het Frans. Het geboortjaar had een mediaan van 1975,50 (IQR=22) en het aantal jaren praktijk een mediaan van 13 (IQR=21). Beide continue variabelen waren niet normaal verdeeld (zie figuur 1 en 2) met een p -waarde van $<0,0001$ voor zowel de Kolmogorov-Smirnova als de Shapiro-Wilk test.

De grootste respons kwam van artsen werkzaam in ziekenhuizen die 41,5% (1545) van de onderzoekspopulatie uitmaakten, gevolgd door de artsen met een solopraktijk met 22,1% (822) en een groepspraktijk met 17,5% (653). Uit de resultaten voor “anders” werd uit de vrije tekstvelden nog een aantal bijkomende hoofdactiviteiten gecodeerd.

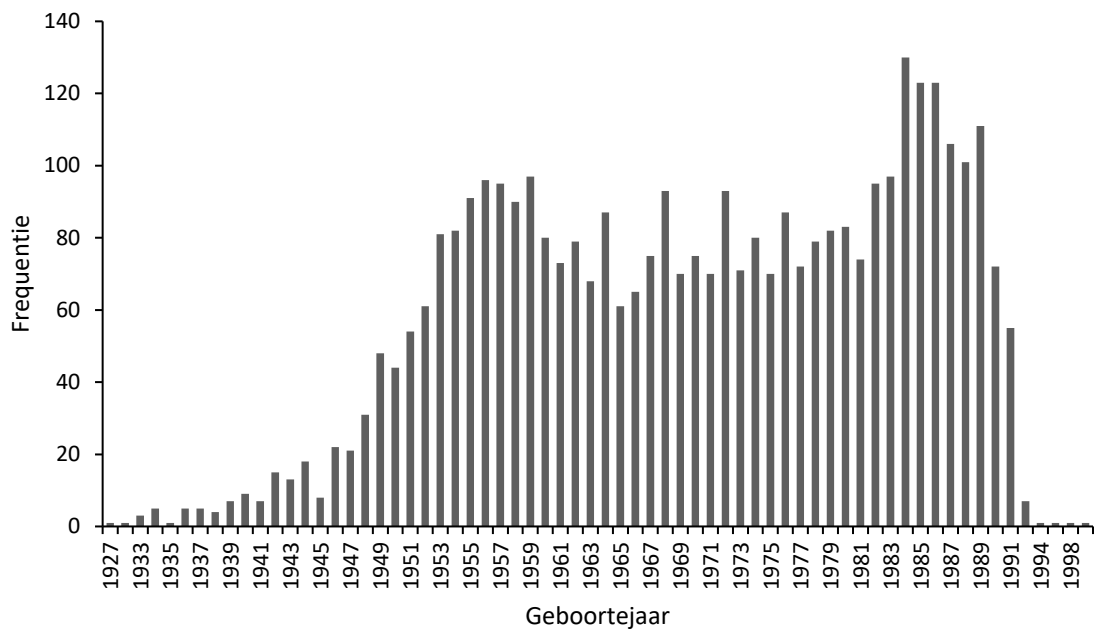
Tabel 6 Demografische gegevens van de onderzoekspopulatie ($N=3726$)

Kenmerk	Percentage (n)
Geslacht	
Man	51,8% (1930)
Vrouw	48,2% (1796)
Begintaal	
Nederlands	66,5% (2477)
Frans	33,5% (1249)
Geboortjaar	1975,50 (22) ^a
Aantal jaren praktijk	13 (21) ^a
Hoofdactiviteit	
Solopraktijk	22,1% (822)
Duopraktijk	7,8% (290)
Groepspraktijk	17,5% (653)
Wijkgezondheidscentrum	2,1% (79)
Ziekenhuis ^b	41,5% (1545)
Psychiatrische instelling	2,5% (94)
Tehuis	0,5% (19)
Ziekenfonds	1,0% (39)
Controlearts	0,5% (20)
Kind en Gezin	0,1% (4)
Gevangenis	0,1% (5)
Bedrijfsarts ^c	0,8% (28)
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg ^c	0,4% (14)
Schoolarts ^c	0,3% (10)
Medische expertise ^c	0,2% (7)
Anders	2,6% (97)
Medewerkers in de praktijk	
0	27,9% (1039)
1-5	36,2% (1348)
≥ 5	35,9% (1339)

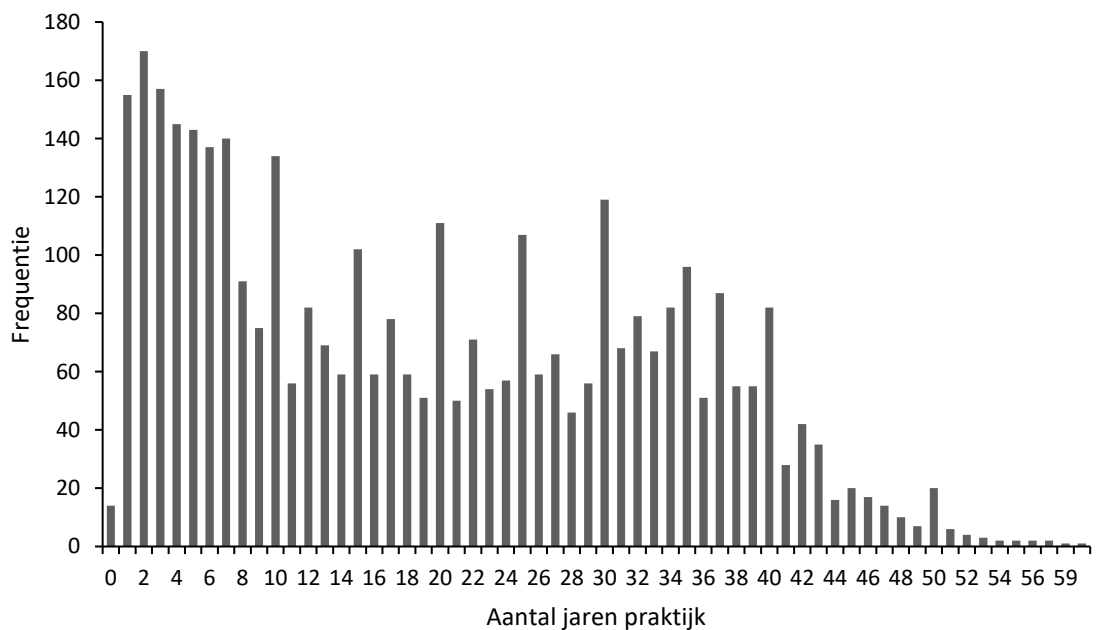
^a Mdn (IQR)

^b Zie tabel 7

^c Gecodeerd uit de resultaten onder “anders”



Figuur 1 Geboortejaar



Figuur 2 Aantal jaren praktijk

In tabel 7 worden de respondenten van de verschillende ziekenhuisafdelingen weergegeven als percentage van het totale aantal ziekenhuisrespondenten. Hiervan was 10,6% (164) afkomstig van de dienst anesthesiologie, 8,7% (134) van radiologie, 6,6% (102) van pediatrie en 5,8% (89) van spoed.

Tabel 7 Verdeling ziekenhuisafdelingen (N=1545)

Kenmerk	Percentage (n)
Abdominale heekunde	1,7% (26)
Algemene heekunde	1,2% (19)
Anatomo-Pathologie	0,5% (7)
Anesthesiologie	10,6% (164)
Cardiologie	3,3% (54)
Dermatologie	0,8% (12)
Diabeteskliniek	0,3% (5)
Digestieve heekunde	0,6% (10)
Endocrinologie	1,3% (20)
Fysische geneeskunde en revalidatie	3,5% (54)
Geriatric	2,5% (38)
Gynaecologie	4,1% (63)
Hartheekunde	0,6% (10)
Hematologie	0,3% (4)
Hemato-oncologie	1,0% (15)
Immuno-allergologie	0,1% (2)
Infectieziekten	0,5% (7)
Intensieve zorgen	2,5% (39)
Interne geneeskunde	2,8% (44)
Keel, neus, oor	3,3% (51)
Kinder en jeugdpsychiatrie ^a	0,2% (3)
Klinische biologie	1,3% (20)
Maag- en darmziekten	2,5% (39)
Medische Genetica	0,1% (1)
Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie	1,1% (17)
Neonatologie	0,5% (8)
Neurochirurgie	1,2% (18)
Neurologie	4,3% (66)
Nierziekten	1,6% (24)
Nucleaire Geneeskunde	1,7% (26)
Oncologie	1,0% (16)
Oogheekunde	1,7% (26)
Orthopedie - Traumatologie	6,2% (96)
Pediatrie	6,6% (102)
Pijnkliniek ^a	0,3% (4)
Plastische heekunde	0,8% (13)
Pneumologie	3,1% (48)
Psychiatrie	3,0% (47)
Radiologie	8,7% (134)
Radiotherapie	1,0% (16)
Reproductieve Geneeskunde	0,2% (3)
Reumatologie	0,4% (6)
Slaaplaboratorium	0,1% (1)
Spoedgevallen	5,8% (89)
Supportieve en palliatieve zorg	0,1% (1)
Thoracale heekunde	0,3% (4)
Urologie	1,9% (30)
Vaatheekunde	1,7% (26)
Verloskunde en prenatale geneeskunde	0,8% (12)
Anders	0,5% (8)

^a Gecodeerd uit de resultaten onder “anders”

3.2 PREVALENTIE

In tabel 8 zijn de percentages terug te vinden van de artsen die bevestigend antwoordden op de vraag naar welke types van geweld zij binnen de arts-patiëntrelatie meegemaakt hadden, zowel in hun carrière als in de voorbije 12 maanden. De artsen die niet met geweld in contact waren gekomen konden “geen” als antwoordmogelijkheid selecteren. Vanuit deze waarden kon dan berekend worden hoeveel artsen met geweld en agressie te maken hadden, ongeacht het type geweld. Hierbij werd rekening gehouden met het feit dat meerdere antwoorden mogelijk waren op deze vragen en de percentages in de tabel dus niet zomaar opgeteld mochten worden. Uiteindelijk was 84,4% (3144) van de artsen gedurende hun carrière en 36,8% (1372) de voorbije 12 maanden slachtoffer van een of andere vorm van agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie.

Tabel 8 Welke vormen van agressie of geweld heeft u meegemaakt, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Carrière Percentage (n)	Voorbije 12 maanden Percentage (n)
Totaal	84,4% (3144)	36,8% (1372)
Fysiek	24,2% (903)	14,4% (538)
Verbaal	77,2% (2877)	33,1% (1235)
Psychisch	41,7% (1552)	30,0% (1116)
Seksueel	10,1% (378)	9,5% (353)
Anders	1,5% (55)	1,4% (51)
Geen	15,6% (582)	63,2% (2354)

In tabel 9 is terug te vinden in welke settings de artsen de voorbije 12 maanden aangaven geconfronteerd te zijn geweest met agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Ook hier waren meerdere antwoorden mogelijk. Artsen hadden met 33,7% (1255) voornamelijk in hun praktijk te maken met agressie.

Tabel 9 In welke settings bent u de voorbije 12 maanden slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Percentage (n)
Totaal	36,8% (1372)
In uw praktijk	33,7% (1255)
Buiten uw praktijk	12,4% (463)
Tijdens de wachtdienst	14,4% (535)
Geen	63,2% (2354)

Aan de respondenten werd gedetailleerd bevraagd hoe vaak zij de voorbije 12 maanden met een bepaald subtype van geweld in aanraking kwamen en in welke setting dit gebeurde. Deze resultaten werden onderworpen aan testen voor normaalverdeling. Geen van de variabelen was normaal verdeeld en zij hadden allen een p -waarde van $<0,0001$ voor zowel de Kolmogorov-Smirnova als de Shapiro-Wilk test. Vanuit deze variabelen werden nieuwe totaalvariabelen berekend voor de verschillende hoofdcategorieën van geweld en settings. Deze totaalvariabelen hadden ook geen van allen een normaalverdeling met dezelfde p -waarden voor beide testen.

In tabel 10 staan de cumulatieve waarden en percentages voor hoe vaak de artsen aangaven de voorbije 12 maanden slachtoffer te zijn geweest van fysieke, verbale, psychische, seksuele of andere vormen van geweld en agressie. In tabel 11 is hetzelfde gedaan voor ongeacht het type geweld of setting (“totaal”) en voor de verschillende settings.

Tabel 10 Hoe vaak bent u de voorbije 12 maanden slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

≥ Aantal	Fysiek Cumulatief Percentage (n)	Verbaal Cumulatief Percentage (n)	Psychisch Cumulatief Percentage (n)	Seksueel Cumulatief Percentage (n)	Anders Cumulatief Percentage (n)
0	100% (3726)	100% (3726)	100% (3726)	100% (3726)	100% (3726)
1	14,4% (538)	33,1% (1235)	30,0% (1116)	9,5% (353)	1,4% (51)
2	9,4% (352)	25,9% (964)	26,0% (970)	6,5% (243)	0,7% (26)
3	6,5% (244)	18,5% (689)	21,4% (799)	4,9% (181)	0,4% (16)
4	4,6% (172)	14,2% (529)	18,9% (703)	3,4% (127)	0,3% (11)
5	3,8% (140)	11,5% (430)	16,5% (614)	2,5% (95)	0,3% (11)
6	2,8% (104)	9,5% (353)	14,4% (536)	2,0% (73)	0,2% (9)
7	2,3% (85)	7,8% (291)	12,8% (477)	1,6% (58)	0,2% (8)
8	1,8% (66)	6,6% (246)	11,7% (435)	1,3% (47)	0,2% (7)
9	1,5% (56)	5,6% (210)	10,3% (385)	1,1% (40)	0,2% (7)
10	1,4% (52)	4,8% (177)	9,4% (350)	0,9% (34)	0,2% (6)

Tabel 11 Hoe vaak bent u de voorbije 12 maanden slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

≥ Aantal	Totaal Cumulatief Percentage (n)	In uw praktijk Cumulatief Percentage (n)	Buiten uw praktijk Cumulatief Percentage (n)	Tijdens de wachtdienst Cumulatief Percentage (n)
0	100% (3726)	100% (3726)	100% (3726)	100% (3726)
1	36,8% (1372)	33,7% (1255)	12,4% (463)	14,4% (535)
2	34,5% (1285)	30,7% (1145)	9,9% (369)	11,5% (429)
3	30,6% (1140)	26,7% (993)	7,5% (281)	9,4% (349)
4	27,9% (1038)	23,9% (890)	6,1% (226)	7,9% (293)
5	24,9% (929)	21,0% (783)	5,0% (187)	6,6% (246)
6	22,8% (848)	18,5% (691)	4,1% (154)	6,0% (224)
7	20,8% (776)	16,3% (607)	3,6% (135)	5,4% (203)
8	19,1% (713)	14,6% (544)	3,1% (116)	4,8% (180)
9	17,8% (663)	13,3% (494)	2,7% (102)	4,5% (168)
10	16,4% (610)	11,9% (444)	2,5% (92)	4,1% (154)

Om een gedetailleerder inzicht te krijgen in de prevalenties van de verschillende subtypes van geweld worden cumulatieve resultaten van de oorspronkelijk variabelen weergegeven in tabel 12, 13 en 14, samen met de berekende variabelen die een totaalcijfer weergeven. In tabel 12 staan de resultaten voor artsen die aangaven die vorm van geweld één keer of vaker meegemaakt te hebben. In tabel 13 staan deze voor twee keer of vaker en in tabel 14 voor drie keer of vaker.

Tabel 12 Eén keer of vaker (N=3726)

Kenmerk	Totaal	Setting		
		In uw praktijk	Buiten uw praktijk	Tijdens de wachtdienst
Totaal	36,8% (1372)	33,7% (1255)	12,4% (463)	14,4% (535)
Fysiek	14,4% (538)	11,2% (416)	3,7% (137)	5,0% (185)
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	10,3% (382)	7,3% (271)	2,2% (83)	4,2% (157)
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	3,8% (140)	2,3% (85)	0,8% (28)	1,4% (51)
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	1,7% (65)	0,8% (28)	0,7% (26)	0,6% (21)
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	7,2% (269)	5,9% (220)	1,5% (55)	1,4% (54)
Verbaal	33,1% (1235)	29,0% (1079)	8,1% (302)	11,4% (424)
Dreigen met fysiek geweld	15,5% (576)	12,2% (454)	3,2% (119)	5,6% (209)
Schelden en/of beledigen	31,8% (1184)	27,7% (1031)	7,3% (273)	10,5% (391)
Psychisch	30,0% (1116)	27,2% (1014)	9,0% (335)	10,0% (371)
Vernederen	10,7% (397)	8,6% (320)	2,8% (103)	3,3% (123)
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	24,8% (925)	22,0% (819)	5,9% (220)	7,1% (266)
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	12,5% (466)	10,7% (397)	2,4% (88)	3,9% (144)
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	14,9% (556)	13,6% (505)	3,3% (103)	4,3% (160)
Chantage	8,6% (322)	7,1% (266)	1,8% (68)	2,5% (95)
Laster en/of smaad	10,8% (404)	8,7% (326)	3,0% (113)	2,4% (88)
Seksueel	9,5% (353)	8,3% (310)	2,4% (90)	2,3% (85)
Seksuele opmerkingen	7,8% (289)	6,8% (253)	1,6% (58)	1,8% (66)
Seksuele handelingen bij zichzelf	1,0% (39)	0,9% (35)	0,1% (3)	0,1% (3)
U vasthouden	2,4% (88)	2,0% (75)	0,4% (16)	0,4% (15)
Seksuele aanraking bij u	0,9% (34)	0,6% (21)	0,3% (13)	0,2% (7)
Verkrachting	0,1% (4)	0,1% (2)	0,0% (1)	0,0% (1)
Stalking	2,2% (81)	1,7% (62)	0,9% (34)	0,4% (14)
Anders	1,4% (51)	1,0% (38)	0,5% (17)	0,4% (14)

Tabel 13 Twee keer of vaker (N=3726)

Kenmerk	Totaal	Setting		
		In uw praktijk	Buiten uw praktijk	Tijdens de wachtdienst
Totaal	34,5% (1285)	30,7% (1145)	9,9% (369)	11,5% (429)
Fysiek	9,4% (352)	6,3% (235)	1,4% (51)	2,8% (104)
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	6,1% (226)	3,5% (129)	0,7% (26)	2,1% (41)
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	1,4% (53)	0,7% (26)	0,2% (9)	0,6% (22)
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	0,5% (19)	0,2% (9)	0,1% (3)	0,1% (4)
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	3,6% (133)	2,5% (94)	0,2% (8)	0,8% (28)
Verbaal	25,9% (964)	20,5% (763)	4,6% (171)	7,4% (276)
Dreigen met fysiek geweld	9,1% (338)	6,1% (226)	1,3% (47)	3,1% (116)
Schelden en/of beledigen	22,4% (834)	17,1% (638)	3,3% (123)	5,7% (214)
Psychisch	26,0% (970)	23,1% (861)	6,6% (245)	7,7% (288)
Vernederen	6,3% (235)	4,5% (167)	1,2% (45)	1,9% (71)
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	16,8% (626)	13,3% (495)	2,7% (100)	4,3% (160)
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	7,6% (285)	5,6% (210)	0,9% (35)	2,3% (84)
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	10,3% (385)	8,5% (317)	1,9% (71)	2,5% (95)
Chantage	5,2% (194)	4,0% (149)	0,9% (33)	1,5% (55)
Laster en/of smaad	6,0% (223)	3,9% (145)	1,5% (55)	1,3% (49)
Seksueel	6,5% (243)	5,3% (198)	1,3% (50)	0,9% (34)
Seksuele opmerkingen	4,9% (181)	3,8% (143)	0,8% (28)	0,8% (28)
Seksuele handelingen bij zichzelf	0,2% (9)	0,2% (8)	0,0% (1)	0,0% (0)
U vasthouden	1,3% (47)	0,9% (34)	0,3% (10)	0,2% (6)
Seksuele aanraking bij u	0,4% (14)	0,2% (9)	0,1% (2)	0,0% (1)
Verkrachting	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
Stalking	1,0% (39)	0,7% (27)	0,4% (16)	0,2% (6)
Anders	0,7% (26)	0,4% (14)	0,2% (7)	0,2% (7)

Tabel 14 Drie keer of vaker (N=3726)

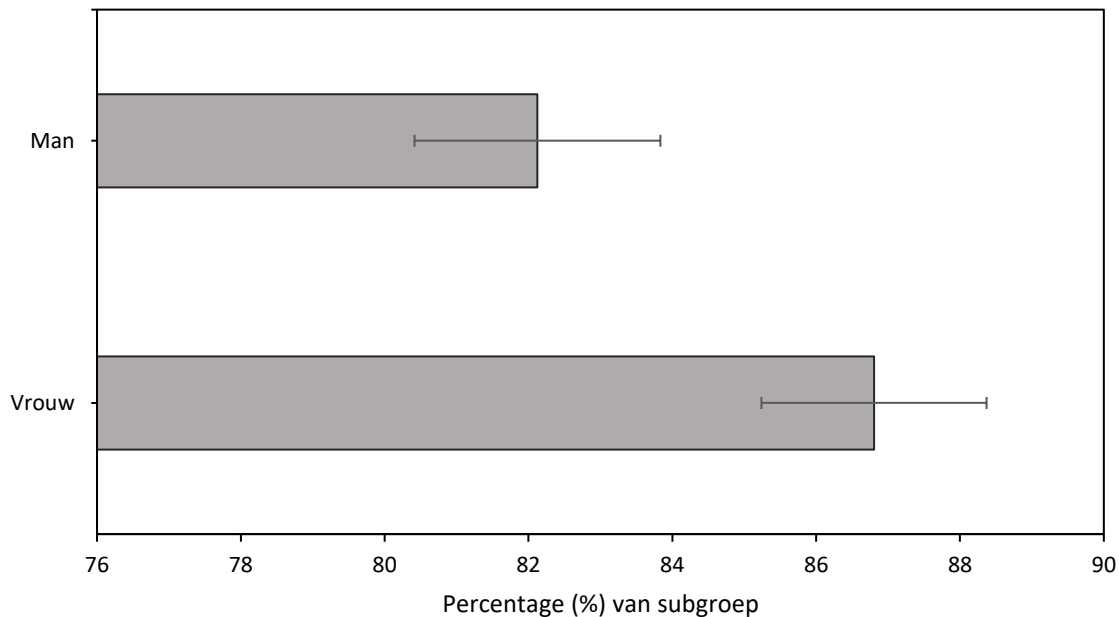
Kenmerk	Totaal	Setting		
		In uw praktijk	Buiten uw praktijk	Tijdens de wachtdienst
Totaal	30,6% (1140)	26,7% (993)	7,5% (281)	9,4% (349)
Fysiek	6,5% (244)	3,9% (146)	0,8% (28)	2,0% (73)
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	3,6% (133)	1,6% (61)	0,3% (13)	1,1% (41)
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	0,7% (27)	0,3% (10)	0,1% (2)	0,3% (11)
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	0,2% (6)	0,1% (3)	0,0% (0)	0,1% (2)
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	1,9% (71)	1,2% (45)	0,1% (5)	0,4% (15)
Verbaal	18,5% (689)	13% (485)	2,5% (92)	4,9% (183)
Dreigen met fysiek geweld	5,9% (219)	3,2% (120)	0,6% (23)	1,8% (67)
Schelden en/of beledigen	15,3% (570)	9,8% (367)	1,7% (65)	3,6% (133)
Psychisch	21,4% (799)	18,3% (683)	4,6% (171)	5,8% (215)
Vernederen	4,2% (156)	2,5% (92)	0,6% (22)	1,2% (45)
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	11,7% (435)	7,8% (289)	1,5% (57)	2,9% (109)
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	5,2% (192)	3,5% (130)	0,5% (17)	1,5% (55)
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	7,5% (281)	5,5% (204)	1,0% (39)	1,7% (63)
Chantage	3,4% (126)	2,3% (85)	0,6% (22)	0,9% (35)
Laster en/of smaad	3,7% (139)	2,1% (79)	0,7% (26)	0,9% (33)
Seksueel	4,9% (181)	3,5% (130)	0,8% (28)	0,7% (25)
Seksuele opmerkingen	3,4% (125)	2,4% (90)	0,3% (13)	0,5% (20)
Seksuele handelingen bij zichzelf	0,1% (4)	0,1% (4)	0,0% (1)	0,0% (0)
U vasthouden	0,7% (25)	0,4% (16)	0,1% (4)	0,1% (3)
Seksuele aanraking bij u	0,2% (6)	0,1% (4)	0,0% (1)	0,0% (1)
Verkrachting	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
Stalking	0,7% (26)	0,3% (12)	0,2% (9)	0,1% (5)
Anders	0,4% (16)	0,2% (8)	0,1% (4)	0,1% (5)

3.2.1 Analyse van subgroepen

3.2.1.1 Vergelijking op basis van geslacht

3.2.1.1.1 Carrière

Van de 3726 respondenten waren 1559 van de 1796 vrouwen (86,8% met 95% CI [85,2;88,4]) en 1585 van de 1930 mannen (82,1% met 95% CI [80,4;83,8]) tijdens hun carrière slachtoffer geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie (zie figuur 3). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=15,46$, $p<0,0001$).



Figuur 3 Vergelijking op basis van geslacht voor agressie of geweld gedurende de carrière

In tabel 15 zijn de vergelijkingen terug te vinden voor de verschillende vormen van agressie en geweld. Statistisch significante verschillen werden gevonden voor fysiek (26,8% van de mannen tegenover 21,4% van de vrouwen), psychisch (48,6% van de vrouwen tegenover 35,2% van de mannen) en seksueel geweld (16,9% van de vrouwen tegenover 3,9% van de mannen).

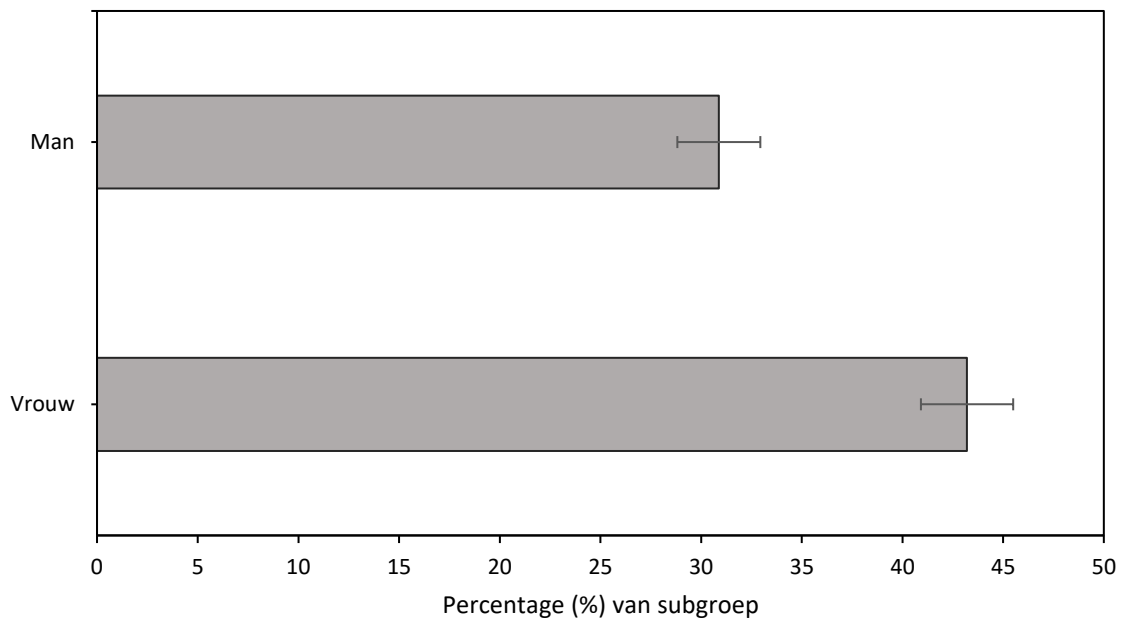
Tabel 15 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt tijdens uw carrière, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Man (n=1930) Percentage en 95% CI	Vrouw (n=1796) Percentage en 95% CI	p-waarde ^a
Totaal	82,1% [80,4;83,8]	86,8% [85,2;88,4]	<0,0001
Fysiek	26,8% [24,9;28,8]	21,4% [19,5;23,3]	<0,0001
Verbaal	76,3% [74,4;78,2]	78,2% [76,3;80,1]	0,15
Psychisch	35,2% [33,1;37,4]	48,6% [46,2;50,9]	<0,0001
Seksueel	3,9% [3,0;4,7]	16,9% [15,1;18,6]	<0,0001
Anders	1,7% [1,1;2,3]	1,2% [0,7;1,7]	0,22
Geen	17,9% [16,2;19,6]	13,2% [11,6;14,8]	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.2.1.1.2 Voorbije 12 maanden

Van de 3726 respondenten waren 776 van de 1796 vrouwen (43,2% met 95% CI [40,9;45,5]) en 596 van de 1930 mannen (30,9% met 95% CI [28,8;32,9]) de voorbije 12 maanden slachtoffer geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie (zie figuur 4). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=60,76$, $p<0,0001$).



Figuur 4 Vergelijking op basis van geslacht voor agressie of geweld gedurende de voorbije 12 maanden

In tabel 16 zijn de vergelijkingen terug te vinden voor de verschillende vormen van agressie en geweld. Statistisch significante verschillen werden gevonden voor verbaal (38,4% van de vrouwen tegenover 28,3% van de mannen), psychisch (36,2% van de vrouwen tegenover 24,1% van de mannen) en seksueel geweld (14,6% van de vrouwen tegenover 4,7% van de mannen).

In tabel 17 staan de waarden voor de verschillende settings. Statistisch significante verschillen werden gevonden voor agressie en geweld in de praktijk (40,1% van de vrouwen tegenover 27,7% van de mannen) en tijdens de wachtdienst (16,8% van de vrouwen tegenover 12,1% van de mannen).

Tabel 16 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt de voorbije 12 maanden, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Man (n=1930) Percentage en 95% CI	Vrouw (n=1796) Percentage en 95% CI	p- waarde ^a
Totaal	30,9% [28,8;32,9]	43,2% [40,9;45,5]	<0,0001
Fysiek	13,7% [12,1;15,2]	15,3% [13,6;16,9]	0,17
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	10,2% [8,9;11,6]	10,3% [8,9;11,7]	0,93
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	4,1% [3,2;5,0]	3,4% [2,6;4,2]	0,27
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	1,5% [0,9;2,0]	2,1% [1,4;2,7]	0,16
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	6,6% [5,5;7,7]	7,9% [6,6;9,1]	0,15
Verbaal	28,3% [26,3;30,3]	38,4% [36,1;40,6]	<0,0001
Dreigen met fysiek geweld	15,4% [13,8;17,1]	15,5% [13,8;17,2]	0,97
Schelden en/of beledigen	27,0% [25,0;29,0]	36,9% [34,7;39,1]	<0,0001
Psychisch	24,1% [22,2;26,0]	36,2% [34,0;38,5]	<0,0001
Vernederen	7,6% [6,4;8,7]	14,0% [12,4;15,6]	<0,0001
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	18,9% [17,2;20,7]	31,2% [29,0;33,3]	<0,0001
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	10,0% [8,7;11,3]	15,2% [13,5;16,9]	<0,0001
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	13,0% [11,5;14,5]	17,0% [15,2;18,7]	0,001
Chantage	6,9% [5,8;8,1]	10,5% [9,1;11,9]	<0,0001
Laster en/of smaad	11,2% [9,8;12,7]	10,4% [9,0;11,8]	0,42
Seksueel	4,7% [3,8;5,7]	14,6% [13,0;16,2]	<0,0001
Seksuele opmerkingen	2,8% [2,1;3,6]	13,0% [11,5;14,6]	<0,0001
Seksuele handelingen bij zichzelf	0,2% [0,0;0,3]	2,0% [1,4;2,7]	<0,0001
U vasthouden	1,9% [1,3;2,5]	2,9% [2,1;3,7]	0,039
Seksuele aanraking bij u	0,6% [0,2;0,9]	1,3% [0,8;1,8]	0,023
Verkrachting	0,1% [0,0;0,2]	0,1% [0,0;0,3]	1,00 ^b
Stalking	1,9% [1,3;2,5]	2,4% [1,7;3,2]	0,27
Anders	1,2% [0,7;1,7]	1,6% [1,0;2,1]	0,34
Geen	69,1% [67,1;71,2]	56,8% [54,5;59,1]	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

^b Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig)

Tabel 17 In welke settings bent u de voorbije 12 maanden slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

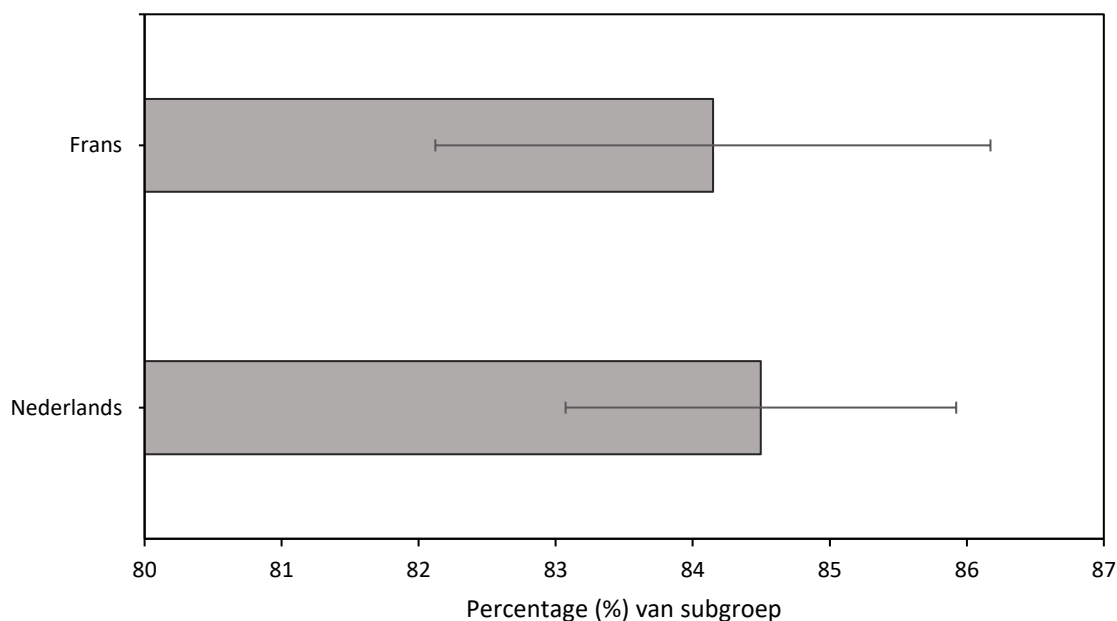
Kenmerk	Man (n=1930) Percentage en 95% CI	Vrouw (n=1796) Percentage en 95% CI	p- waarde ^a
Totaal	30,9% [28,8;32,9]	43,2% [40,9;45,5]	<0,0001
In uw praktijk	27,7% [25,7;29,7]	40,1% [37,8;42,4]	<0,0001
Buiten uw praktijk	12,0% [10,5;13,4]	12,9% [11,4;14,5]	0,38
Tijdens de wachtdienst	12,1% [10,6;13,5]	16,8% [15,1;18,5]	<0,0001
Geen	69,1% [67,1;71,2]	56,8% [54,5;59,1]	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.2.1.2 Vergelijking op basis van begintaal

3.2.1.2.1 Carrière

Van de 3726 respondenten waren 2093 van de 2477 Nederlandstaligen (84,5% met 95% CI [83,1;85,9]) en 1051 van de 1249 Franstaligen (84,1% met 95% CI [82,1;86,2]) tijdens hun carrière slachtoffer geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie (zie figuur 5). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde geen statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=0,77$, $p=0,781$).



Figuur 5 Vergelijking op basis van begintaal voor agressie of geweld gedurende de carrière

In tabel 18 zijn de vergelijkingen terug te vinden voor de verschillende vormen van agressie en geweld. Statistisch significante verschillen werden gevonden voor verbaal (78,6% van de Nederlandstaligen tegenover 74,5% van de Franstaligen) en seksueel geweld (11,6% van de Nederlandstaligen tegenover 7,3% van de Franstaligen).

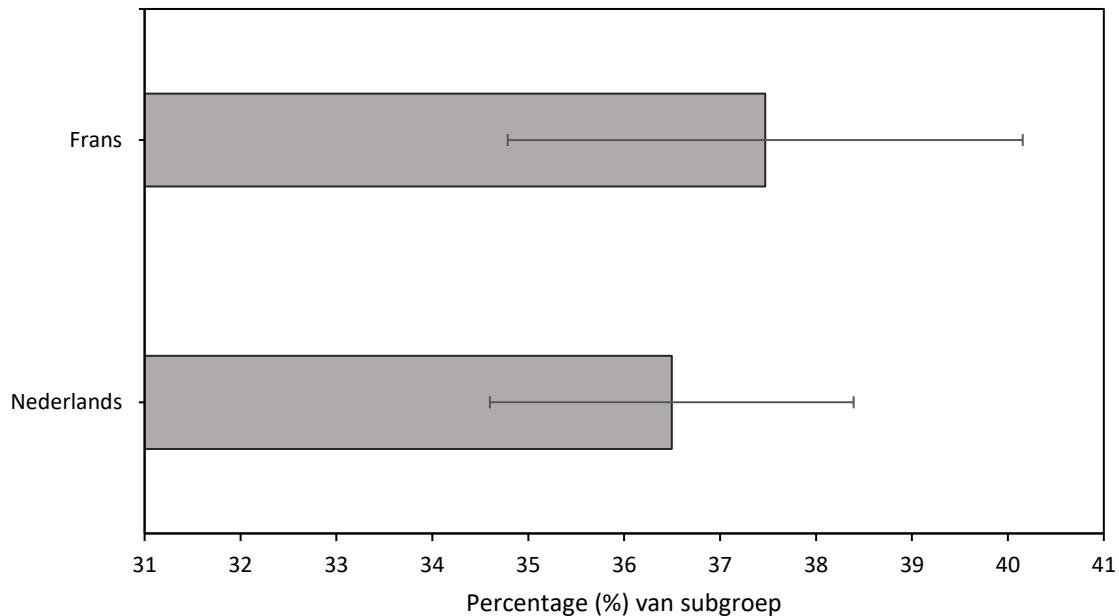
Tabel 18 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt tijdens uw carrière, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Nederlands (n=2477) Percentage en 95% CI	Frans (n=1249) Percentage en 95% CI	p-waarde ^a
Totaal	84,5% [83,1;85,9]	84,1% [82,1;86,2]	0,78
Fysiek	23,5% [21,8;25,2]	25,7% [23,3;28,1]	0,14
Verbaal	78,6% [77,0;80,2]	74,5% [72,0;76,9]	0,004
Psychisch	41,0% [39,0;42,9]	43,0% [40,2;45,7]	0,24
Seksueel	11,6% [10,3;12,8]	7,3% [5,8;8,7]	<0,0001
Anders	1,0% [0,6;1,4]	2,5% [1,6;3,3]	<0,0001
Geen	15,5% [14,1;16,9]	15,9% [13,8;17,9]	0,78

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.2.1.2.2 Voorbije 12 maanden

Van de 3726 respondenten waren 904 van de 2477 Nederlandstalige (36,5% met 95% CI [34,6;38,4]) en 468 van de 1249 Franstaligen (37,5% met 95% CI [34,8;40,2]) de voorbije 12 maanden slachtoffer geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie (zie figuur 6). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde geen statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=0,339$, $p=0,561$).



Figuur 6 Vergelijking op basis van begintaal voor agressie of geweld gedurende de voorbije 12 maanden

In tabel 19 zijn de vergelijkingen terug te vinden voor de verschillende vormen van agressie en geweld. Globaal gezien werden geen statistisch significante verschillen gevonden. Binnen de subgroepen kwamen wel verschillen voor en met name chantage kwam vaker voor bij Franstaligen (13,1%) dan Nederlandstaligen (6,4%).

In tabel 20 staan de waarden voor de verschillende settings. Een statistisch significant verschil werd gevonden voor agressie en geweld buiten de praktijk (15,1% van de Franstaligen tegenover 11,1% van de Nederlandstaligen).

Tabel 19 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt de voorbije 12 maanden, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Nederlands (n=2477) Percentage en 95% CI	Frans (n=1249) Percentage en 95% CI	p- waarde ^a
Totaal	36,5% [34,6;38,4]	37,5% [34,8;40,2]	0,56
Fysiek	13,9% [12,6;15,3]	15,5% [13,4;17,5]	0,21
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	9,9% [8,7;11,1]	11,0% [9,2;12,7]	0,31
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	3,1% [2,5;3,8]	5,0% [3,8;6,2]	0,006
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	1,5% [1,0;1,9]	2,3% [1,5;3,2]	0,06
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	6,5% [5,5;7,4]	8,7% [7,2;10,3]	0,012
Verbaal	33,3% [31,4;35,1]	32,9% [30,3;35,5]	0,83
Dreigen met fysiek geweld	14,5% [13,1;15,9]	17,4% [15,3;19,5]	0,022
Schelden en/of beledigen	31,9% [30,1;33,7]	31,5% [29,0;34,1]	0,83
Psychisch	29,5% [27,7;31,3]	30,8% [28,3;33,4]	0,41
Vernederen	11,0% [9,7;12,2]	10,0% [8,3;11,7]	0,36
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	23,6% [21,9;25,2]	27,3% [24,8;29,8]	0,013
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	12,9% [11,6;14,2]	11,8% [10,0;13,6]	0,33
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	15,4% [14,0;16,8]	13,9% [12,0;15,9]	0,23
Chantage	6,4% [5,4;7,3]	13,1% [11,3;15,0]	<0,0001
Laster en/of smaad	10,7% [9,5;12,0]	11,0% [9,3;12,8]	0,77
Seksueel	9,9% [8,7;11,0]	8,7% [7,2;10,3]	0,27
Seksuele opmerkingen	8,0% [6,9;9,1]	7,3% [5,8;8,7]	0,47
Seksuele handelingen bij zichzelf	1,4% [0,9;1,8]	0,4% [0,1;0,8]	0,006
U vasthouden	2,5% [1,9;3,1]	2,2% [1,4;3,0]	0,57
Seksuele aanraking bij u	0,7% [0,4;1,0]	1,4% [0,7;2,0]	0,041
Verkrachting	0,1% [0,0;0,3]	0,1% [-0,1;0,2]	1,00 ^b
Stalking	2,0% [1,5;2,6]	2,5% [1,6;3,3]	0,36
Anders	0,9% [0,6;1,3]	2,2% [1,4;3,1]	0,001
Geen	63,5% [61,6;65,4]	62,5% [59,8;65,2]	0,56

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

^b Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig)

Tabel 20 In welke settings bent u de voorbije 12 maanden slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Nederlands (n=2477) Percentage en 95% CI	Frans (n=1249) Percentage en 95% CI	p- waarde ^a
Totaal	36,5% [34,6;38,4]	37,5% [34,8;40,2]	0,56
In uw praktijk	34,2% [32,3;36,0]	32,7% [30,1;35,3]	0,39
Buiten uw praktijk	11,1% [9,9;12,3]	15,1% [13,1;17,0]	0,001
Tijdens de wachtdienst	14,5% [13,1;15,9]	14,0% [12,1;15,9]	0,67
Geen	63,5% [61,6;65,4]	62,5% [59,8;65,2]	0,56

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.2.1.3 Vergelijking op basis van geboortejaar

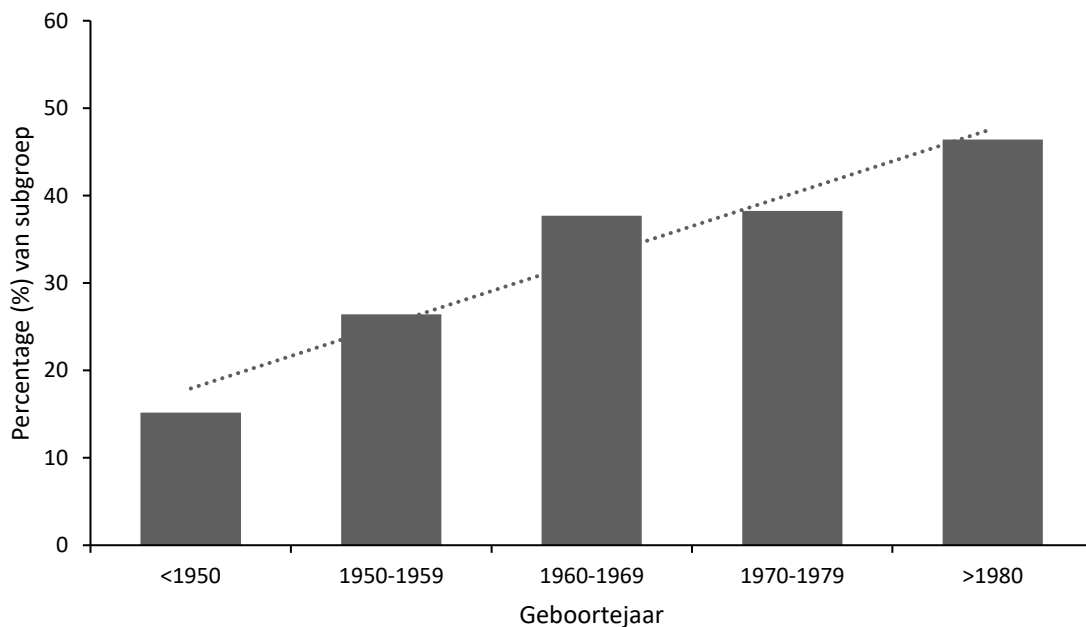
Voor de vergelijking op basis van geboortejaar werd de variabele voor geboortejaar eerst gecategoriseerd. De gecategoriseerde variabele is terug te vinden in tabel 21 met daaronder de percentages voor geweld en agressie gedurende de voorbije 12 maanden. Figuur 7 toont de trend ongeacht het type geweld, de setting of het aantal keer. Een stijging van de prevalentie werd waargenomen bij jongere respondenten.

Tabel 21 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt de voorbije 12 maanden, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Geboortejaar categorie	<1950	1950-1959	1960-1969	1970-1979	≥1980	p-waarde ^a	p-waarde voor trend ^b
<i>n</i>	224	791	751	779	1181		
Totaal	15,2%	26,4%	37,7%	38,3%	46,4%	<0,0001	<0,0001
Fysiek	5,8%	11,3%	15,2%	14,4%	17,8%	<0,0001	<0,0001
Verbaal	12,9%	23,8%	34,2%	33,0%	42,7%	<0,0001	<0,0001
Psychisch	10,7%	19,8%	31,2%	31,1%	38,9%	<0,0001	<0,0001
Seksueel	0,4%	4,3%	8,9%	9,8%	14,8%	<0,0001	<0,0001
Anders	0,9%	1,0%	2,3%	1,5%	1,0%	0,15	0,82
Geen	84,8%	73,6%	62,3%	61,7%	53,6%	<0,0001	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=4

^b Berekend met de Linear-by-Linear Association met df=1



Figuur 7 Vergelijking op basis van geboortejaar voor agressie of geweld gedurende de voorbije 12 maanden

3.2.1.4 Vergelijking op basis van aantal jaren praktijk

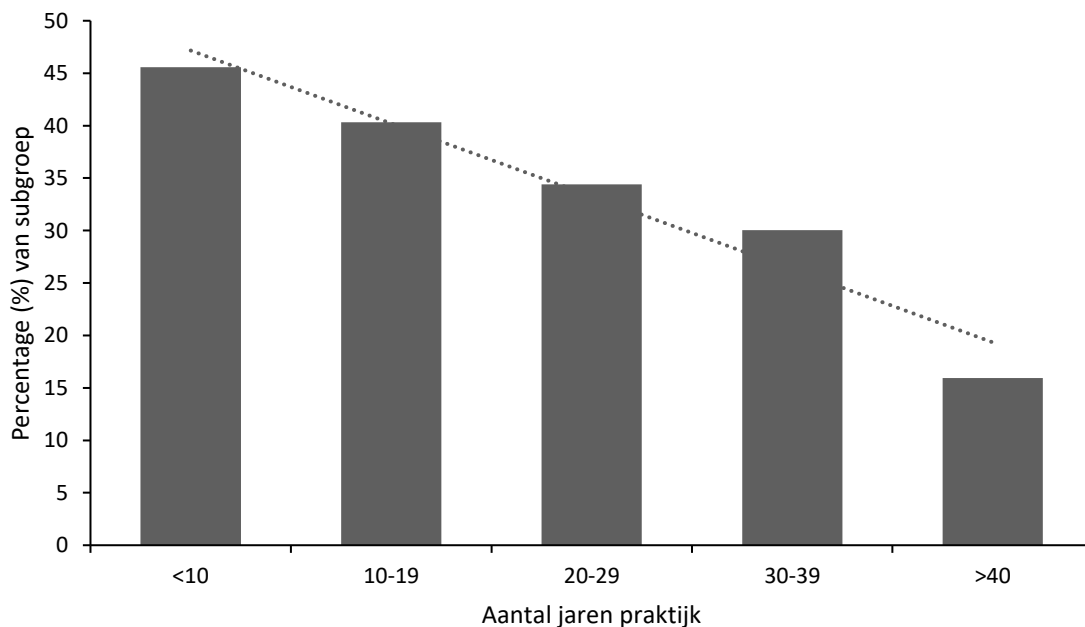
Voor de vergelijking op basis van aantal jaren praktijk werd de variabele voor aantal jaren praktijk eerst gecategoriseerd. De gecategoriseerde variabele is terug te vinden in tabel 22 met daaronder de percentages voor geweld en agressie gedurende de voorbije 12 maanden. Figuur 8 toont de trend ongeacht het type geweld, de setting of het aantal. Een daling van de prevalentie werd waargenomen bij toename van het aantal jaren praktijk.

Tabel 22 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt de voorbije 12 maanden, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Jaren praktijk categorie	<10	10-19	20-29	30-39	≥40	p-waarde ^a	p-waarde voor trend ^b
<i>n</i>	1227	749	677	759	314		
Totaal	45,6%	40,3%	34,4%	30,0%	15,9%	<0,0001	<0,0001
Fysiek	16,6%	16,3%	14,9%	11,9%	6,7%	<0,0001	<0,0001
Verbaal	42,1%	35,1%	30,9%	27,0%	13,4%	<0,0001	<0,0001
Psychisch	37,9%	33,1%	28,1%	23,6%	10,8%	<0,0001	<0,0001
Seksueel	14,2%	10,5%	8,0%	5,4%	1,6%	<0,0001	<0,0001
Anders	1,0%	1,9%	1,9%	1,2%	1,0%	0,30	0,85
Geen	54,4%	59,7%	65,6%	70,0%	84,1%	<0,0001	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=4

^b Berekend met de Linear-by-Linear Association met df=1



Figuur 8 Vergelijking op basis van aantal jaren praktijk voor agressie of geweld gedurende de voorbije 12 maanden

3.2.1.5 Vergelijking op basis van aantal medewerkers in de praktijk

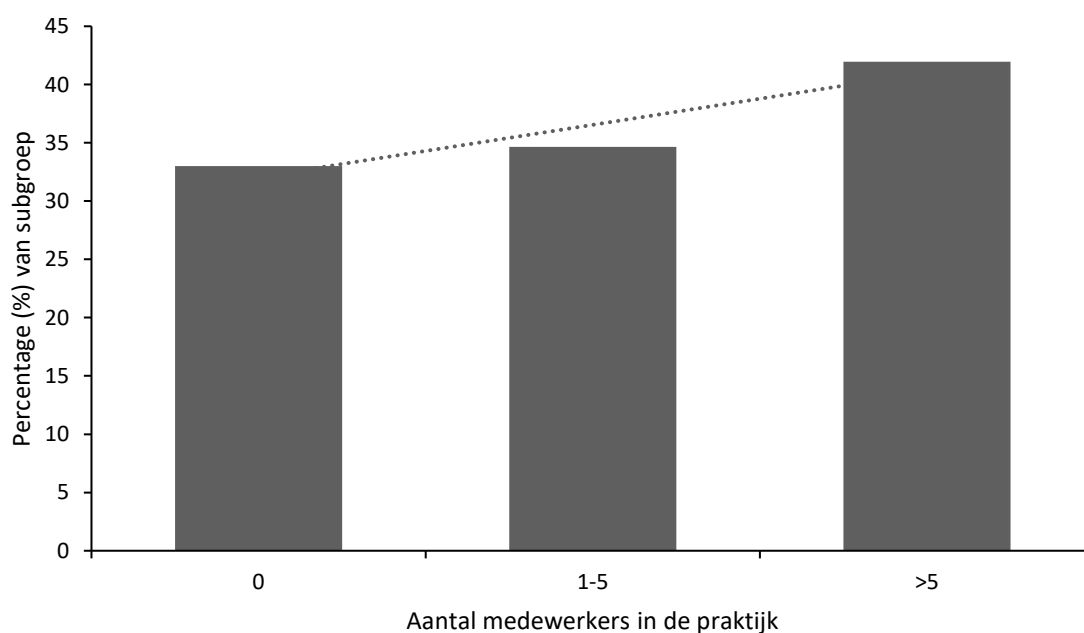
De vergelijking op basis van aantal medewerkers in de praktijk wordt weergegeven in tabel 23, met daaronder de percentages voor geweld en agressie gedurende de voorbije 12 maanden. Figuur 9 toont de trend ongeacht het type geweld, de setting of het aantal. Een stijging van de prevalentie werd waargenomen bij toename van het aantal medewerkers in de praktijk.

Tabel 23 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt de voorbije 12 maanden, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Medewerkers in uw praktijk	0	1-5	>5	p-waarde ^a	p-waarde voor trend ^b
<i>n</i>	1039	1348	1339		
Totaal	33,0%	34,6%	42,0%	<0,0001	<0,0001
Fysiek	13,4%	11,6%	18,1%	<0,0001	<0,0001
Verbaal	29,1%	30,3%	39,1%	<0,0001	<0,0001
Psychisch	26,5%	28,6%	34,1%	<0,0001	<0,0001
Seksueel	7,6%	9,8%	10,6%	0.041	0.015
Anders	1,9%	1,0%	1,3%	0.17	0.21
Geen	67,0%	65,4%	58,0%	<0,0001	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=4

^b Berekend met de Linear-by-Linear Association met df=1



Figuur 9 Vergelijking op basis van aantal medewerkers in de praktijk voor agressie of geweld gedurende de voorbije 12 maanden

3.2.1.6 Vergelijking op basis van hoofdactiviteit

De hoofdactiviteit is een categorische (nominale) variabele met meer dan twee mogelijke uitkomsten. De uitkomsten staan vermeld als hoofdactiviteit in tabel 24, met voor elke uitkomst het percentage personen binnen die hoofdactiviteit dat aangaf met eender welke vorm van geweld binnen eender welke setting geconfronteerd te zijn geweest. Dit gedurende de carrière en gedurende de voorbije 12 maanden. Een *p*-waarde werd berekend zowel voor alle hoofdactiviteiten samen, als voor enkele hoofdactiviteiten onderling (zie tabel 25).

Tabel 24 Bent u slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Hoofdactiviteit	<i>n</i>	Carrière Percentage en 95% CI	Vorbije 12 maanden Percentage en 95% CI
Solopraktijk	822	83,1% [80,5;85,7]	30,0% [26,9;33,2]
Duopraktijk	290	87,2% [83,4;91,1]	34,8% [29,3;40,3]
Groepspraktijk	653	87,9% [85,4;90,4]	39,1% [35,3;42,8]
Wijkgezondheidscentrum	79	92,4% [86,6;98,2]	51,9% [40,9;62,9]
Ziekenhuis ^a	1545	82,2% [80,3;84,1]	36,1% [33,7;38,5]
Psychiatrische instelling	94	96,8% [93,3;100,4]	73,4% [64,5;82,3]
Tehuis	19	68,4% [47,5;89,3]	31,6% [10,7;52,5]
Ziekenfonds	39	89,7% [80,2;99,3]	66,7% [51,9;81,5]
Controlearts	20	80,0% [62,5;97,5]	45,0% [23,2;66,8]
Kind en Gezin	4	100% [100;100]	75,0% [32,6;117,4]
Gevangenis	5	100% [100;100]	20,0% [-15,1;55,1]
Bedrijfsarts	28	67,9% [50,6;85,2]	25,0% [9,0;41,0]
Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	14	92,9% [79,4;106,3]	71,4% [47,8;95,1]
Schoolarts	10	60,0% [29,6;90,4]	20,0% [-4,8;44,8]
Medische expertise	7	85,7% [59,8;111,6]	28,6% [-4,9;62,0]
Anders	97	85,6% [78,6;92,6]	36,1% [26,5;45,6]
<i>p</i> -waarde		<0,0001 ^b	<0,0001 ^b

^a Zie tabel 26

^b Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig) met de Monte Carlo-methode (95% CI, 10.000 samples)

Tabel 25 Onderlinge *p*-waardes van tabel 24

Hoofdactiviteit	vs	Hoofdactiviteit	Carrière <i>p</i> -waarde ^a	Vorbije 12 maanden <i>p</i> -waarde ^a
Solopraktijk	vs	Duopraktijk	0,11	0,14
Solopraktijk	vs	Groepspraktijk	0,010	<0,0001
Solopraktijk	vs	Wijkgezondheidscentrum	0,036	<0,0001
Solopraktijk	vs	Ziekenhuis	0,61	0,003
Ziekenhuis	vs	Psychiatrische instelling	<0,0001	<0,0001

^a Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig)

Hetzelfde werd gedaan voor de vergelijking tussen de verschillende ziekenhuisafdelingen. De resultaten daarvan zijn terug te vinden in tabel 26.

Tabel 26 Bent u slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=1545)

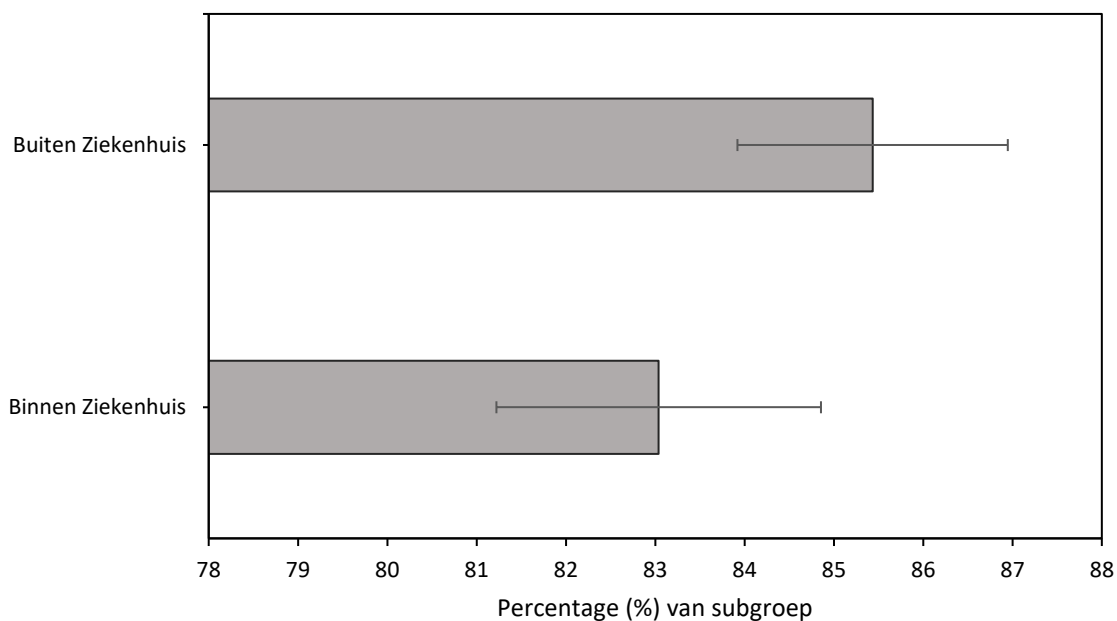
Ziekenhuisafdeling	n	Carrière Percentage en 95% CI	Voorbije 12 maanden Percentage en 95% CI
Abdominale heelkunde	26	92,3% [82,1;102,6]	19,2% [4,1;34,4]
Algemene heelkunde	19	73,7% [53,9;93,5]	42,1% [19,9;64,3]
Anatomo-Pathologie	7	14,3% [-11,6;40,2]	0,0% [0,0;0,0]
Anesthesiologie	164	79,9% [73,7;86,0]	29,3% [22,3;36,2]
Cardiologie	51	72,5% [60,3;84,8]	21,6% [10,3;32,9]
Dermatologie	12	75,0% [50,5;99,5]	33,3% [6,7;60,0]
Diabeteskliniek	5	80,0% [44,9;115,1]	20,0% [-15,1;55,1]
Digestieve heelkunde	10	80,0% [55,2;104,8]	40,0% [9,6;70,4]
Endocrinologie	20	80,0% [62,5;97,5]	35,0% [14,1;55,9]
Fysische geneeskunde en revalidatie	54	81,5% [71,1;91,8]	44,4% [31,2;57,7]
Geriatric	38	89,5% [79,7;99,2]	52,6% [36,8;68,5]
Gynaecologie	63	87,3% [79,1;95,5]	31,7% [20,3;43,2]
Hartheelkunde	10	80,0% [55,2;104,8]	10,0% [-8,6;28,6]
Hematologie	4	100% [100;100]	25,0% [-17,4;67,4]
Hemato-oncologie	15	80,0% [59,8;100,2]	26,7% [4,3;49,0]
Immuno-allergologie	2	100% [100;100]	0,0% [0,0;0,0]
Infectieziekten	7	85,7% [59,8;111,6]	14,3% [-11,6;40,2]
Intensieve zorgen	39	82,1% [70,0;94,1]	35,9% [20,8;51,0]
Interne geneeskunde	44	93,2% [85,7;100,6]	52,3% [37,5;67,0]
Keel, neus, oor	51	72,5% [60,3;84,8]	35,3% [22,2;48,4]
Klinische biologie	20	50,0% [28,1;71,9]	20,0% [2,5;37,5]
Maag- en darmziekten	39	92,3% [83,9;100,7]	20,5% [7,8;33,2]
Medische Genetica	1	100% [100;100]	0,0% [0,0;0,0]
Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie	17	88,2% [72,9;103,6]	23,5% [3,4;43,7]
Neonatologie	8	100% [100;100]	0,0% [0,0;0,0]
Neurochirurgie	18	66,7% [44,9;88,4]	16,7% [-0,6;33,9]
Neurologie	66	89,4% [82,0;96,8]	57,6% [45,7;69,5]
Nierziekten	24	87,5% [74,3;100,7]	37,5% [18,1;56,9]
Nucleaire Geneeskunde	26	76,9% [60,7;93,1]	26,9% [9,9;44,0]
Oncologie	16	93,8% [81,9;105,6]	25,0% [3,8;46,2]
Oogheelkunde	26	73,1% [56,0;90,1]	26,9% [9,9;44,0]
Orthopedie - Traumatologie	96	82,3% [74,7;89,9]	38,5% [28,8;48,3]
Pediatrie	102	87,3% [80,8;93,7]	38,2% [28,8;47,7]
Plastische heelkunde	13	76,9% [54,0;99,8]	23,1% [0,2;46,0]
Pneumologie	48	72,9% [60,3;85,5]	33,3% [20,0;46,7]
Psychiatrie	47	100% [100;100]	63,8% [50,1;77,6]
Radiologie	134	69,4% [61,6;77,2]	20,9% [14,0;27,8]
Radiotherapie	16	81,3% [62,1;100,4]	18,8% [-0,4;37,9]
Reproductieve Geneeskunde	3	100% [100;100]	33,3% [-20;86,7]
Reumatologie	6	100% [100;100]	33,3% [-4,4;71,1]
Slaaplaboratorium	1	100% [100;100]	0,0% [0,0;0,0]
Spoedgevallen	89	100% [100;100]	82,0% [74,0;90,0]
Supportieve en palliatieve zorg	1	100% [100;100]	100% [100;100]
Thoracale heelkunde	4	100% [100;100]	0,0% [0,0;0,0]
Urologie	30	76,7% [61,5;91,8]	20,0% [5,7;34,3]
Vaatheelkunde	26	84,6% [70,7;98,5]	26,9% [9,9;44,0]
Verloskunde en prenatale geneeskunde	12	75,0% [50,5;99,5]	41,7% [13,8;69,6]
Pijnkliniek	4	100% [100;100]	50,0% [1,0;99,0]
Kinder en jeugdpsychiatrie	3	100% [100;100]	100% [100;100]
Anders	8	50,0% [15,4;84,6]	50,0% [15,4;84,6]
p-waarde		<0,0001 ^a	<0,0001 ^a

^a Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig) met de Monte Carlo-methode (95% CI, 10.000 samples)

Voor verdere analyse werd de hoofdactiviteit onderverdeeld in “binnen het ziekenhuis” (ziekenhuis en psychiatrische instelling) en “buiten het ziekenhuis” (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, wijkgezondheidscentrum, tehuis, ziekenfonds, controlearts, kind en gezin, gevangenis, bedrijfsarts, centrum geestelijke gezondheidszorg, schoolarts, medische expertise en anders).

3.2.1.6.1 Carrière

Van de 3726 respondenten waren 1361 van de 1639 artsen met hoofdactiviteit binnen een ziekenhuis (83,0% met 95% CI [81,2;84,9]) en 1783 van de 2087 artsen met hoofdactiviteit buiten een ziekenhuis (85,4% met 95% CI [83,9;86,9]) tijdens hun carrière slachtoffer geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie (zie figuur 10). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=3,996$, $p=0,046$).



Figuur 10 Vergelijking op basis van hoofactiviteit binnen of buiten het ziekenhuis voor agressie of geweld gedurende de carrière

In tabel 27 zijn de vergelijkingen terug te vinden voor de verschillende vormen van agressie en geweld. Statistisch significante verschillen werden gevonden voor psychisch (45,1% van de artsen buiten tegenover 37,3% van de artsen binnen het ziekenhuis) en seksueel geweld (12,2% van de artsen buiten tegenover 7,5% van de artsen binnen het ziekenhuis).

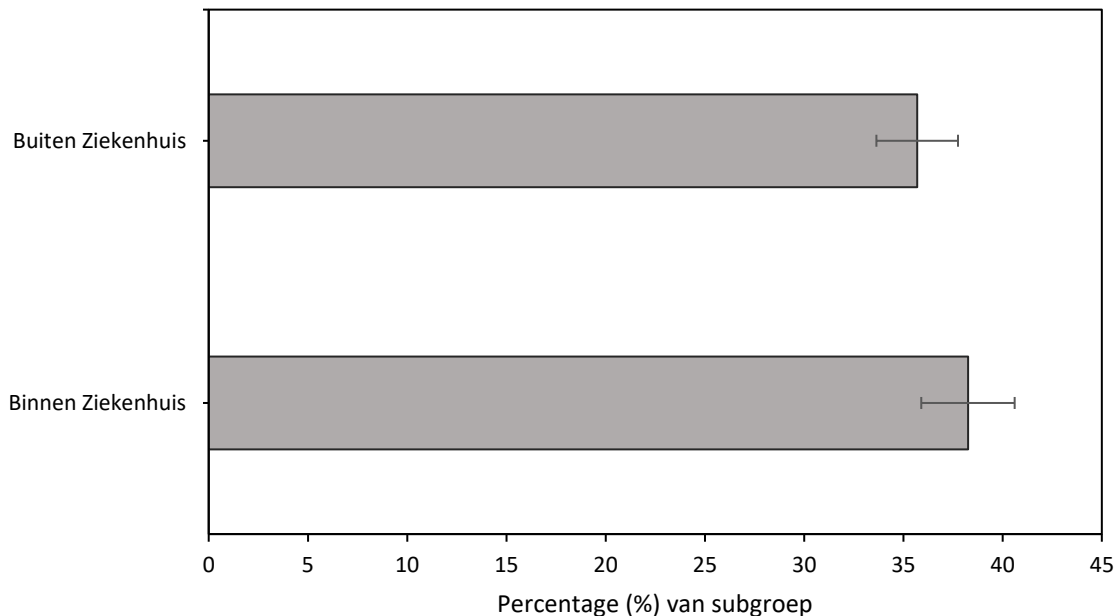
Tabel 27 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt tijdens uw carrière, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Binnen Ziekenhuis (n=1639) Percentage en 95% CI	Buiten Ziekenhuis (n=2087) Percentage en 95% CI	p-waarde ^a
Totaal	83,0% [81,2;84,9]	85,4% [83,9;86,9]	0,046
Fysiek	25,7% [23,6;27,9]	23,0% [21,2;24,9]	0,06
Verbaal	78,2% [76,2;80,2]	76,5% [74,7;78,3]	0,22
Psychisch	37,3% [34,9;39,6]	45,1% [43,0;47,2]	<0,0001
Seksueel	7,5% [6,2;8,8]	12,2% [10,8;13,6]	<0,0001
Anders	0,9% [0,4;1,3]	2,0% [1,4;2,6]	0,005
Geen	17,0% [15,1;18,8]	14,6% [13,1;16,1]	0,046

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.2.1.6.2 Voorbije 12 maanden

Van de 3726 respondenten waren 627 van de 1639 artsen met hoofdactiviteit binnen een ziekenhuis (38,3% met 95% CI [35,9;40,6]) en 745 van de 2087 artsen met hoofdactiviteit buiten een ziekenhuis (35,7% met 95% CI [33,6;37,8]) de voorbije 12 maanden slachtoffer geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie (zie figuur 11). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde geen statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=2,582$, $p=0,108$).



Figuur 11 Vergelijking op basis van hoofdactiviteit binnen of buiten het ziekenhuis voor agressie of geweld gedurende de voorbije 12 maanden

In tabel 28 zijn de vergelijkingen terug te vinden voor de verschillende vormen van agressie en geweld. Statistisch significante verschillen werden gevonden voor fysiek (16,5% van de artsen binnen tegenover 12,8% van de artsen buiten het ziekenhuis), verbaal (35,8% van de artsen binnen tegenover 31,0% van de artsen buiten het ziekenhuis) en seksueel geweld (10,4% van de artsen buiten tegenover 8,3% van de artsen binnen het ziekenhuis). Binnen de subgroepen kwamen ook significante verschillen voor, waarbij manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen vaker voorkwam buiten het ziekenhuis (17,7%) dan binnen het ziekenhuis (11,4%).

In tabel 29 staan de waarden voor de verschillende settings. Statistisch significante verschillen werden gevonden voor buiten de praktijk (16,6% van de artsen buiten tegenover 7,1% van de artsen binnen het ziekenhuis) en tijdens de wachtdienst (16,4% van de artsen binnen tegenover 12,7% van de artsen buiten het ziekenhuis).

Tabel 28 Welke types van agressie of geweld heeft u meegemaakt de voorbije 12 maanden, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Binnen Ziekenhuis (n=1639) Percentage en 95% CI	Buiten Ziekenhuis (n=2087) Percentage en 95% CI	p- waarde ^a
Totaal	38,3% [35,9;40,6]	35,7% [33,6;37,8]	0,11
Fysiek	16,5% [14,7;18,3]	12,8% [11,4;14,3]	0,002
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	14,0% [12,4;15,7]	7,3% [6,2;8,4]	<0,0001
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	6,0% [4,8;7,1]	2,0% [1,4;2,6]	<0,0001
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	1,6% [1,0;2,3]	1,8% [1,2;2,4]	0,69
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	6,7% [5,4;7,9]	7,7% [6,5;8,8]	0,23
Verbaal	35,8% [33,5;38,1]	31,0% [29,1;33,0]	0,002
Dreigen met fysiek geweld	19,5% [17,5;21,4]	12,3% [10,9;13,7]	<0,0001
Schelden en/of beledigen	34,5% [32,2;36,8]	29,6% [27,7;31,6]	0,001
Psychisch	30,1% [27,9;32,3]	29,9% [27,9;31,8]	0,88
Vernederen	10,9% [9,4;12,4]	10,4% [9,1;11,8]	0,64
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	25,6% [23,5;27,7]	24,2% [22,4;26,0]	0,32
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	13,3% [11,7;14,9]	11,9% [10,5;13,3]	0,19
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	11,4% [9,9;12,9]	17,7% [16,0;19,3]	<0,0001
Chantage	8,7% [7,4;10,1]	8,6% [7,4;9,8]	0,87
Laster en/of smaad	11,8% [10,2;13,3]	10,1% [8,8;11,4]	0,11
Seksueel	8,3% [7,0;9,6]	10,4% [9,1;11,7]	0,030
Seksuele opmerkingen	7,1% [5,8;8,3]	8,3% [7,1;9,5]	0,17
Seksuele handelingen bij zichzelf	0,6% [0,2;1,0]	1,4% [0,9;1,9]	0,020
U vasthouden	2,3% [1,5;3,0]	2,4% [1,8;3,1]	0,71
Seksuele aanraking bij u	0,6% [0,2;1,0]	1,1% [0,7;1,6]	0,09
Verkrachting	0,0% [0,0;0,0]	0,2% [0,0;0,4]	0,14 ^b
Stalking	1,9% [1,2;2,6]	2,4% [1,7;3,1]	0,30
Anders	0,9% [0,5;1,4]	1,7% [1,2;2,3]	0,035
Geen	61,7% [59,4;64,1]	64,3% [62,2;66,4]	0,11

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

^b Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig)

Tabel 29 In welke settings bent u de voorbije 12 maanden slachtoffer geworden van agressie of geweld, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (N=3726)

Kenmerk	Binnen Ziekenhuis (n=1639) Percentage en 95% CI	Buiten Ziekenhuis (n=2087) Percentage en 95% CI	p- waarde ^a
Totaal	38,3% [35,9;40,6]	35,7% [33,6;37,8]	0,11
In uw praktijk	34,9% [32,6;37,2]	32,7% [30,7;34,7]	0,16
Buiten uw praktijk	7,1% [5,9;8,4]	16,6% [15,0;18,2]	<0,0001
Tijdens de wachtdienst	16,4% [14,6;18,2]	12,7% [11,3;14,2]	0,002
Geen	61,7% [59,4;64,1]	64,3% [62,2;66,4]	0,11

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.3 KENMERKEN VAN DE ERGST ERVAREN CASUS VAN DE VOORBIJE 12 MAANDEN

Aan de 1372 respondenten die in het eerste deel van de enquête aangaven de voorbije 12 maanden slachtoffer te zijn geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie werd gevraagd welke casus zij daarvan als ergst ervaren hadden. In tabel 30 is terug te vinden welke vormen van geweld deze casussen betroffen. Het was mogelijk om voor eenzelfde casus meerdere vormen van geweld te selecteren, aangezien casussen meerdere vormen van geweld konden omvatten. Schelden en/of beledigen werd met 56,3% (773) het vaakst gerapporteerd, gevolgd door verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen met 47,1% (646). Dreigen met fysiek geweld stond op de derde plaats met 22,4% (308).

Tabel 30 Welke vorm van geweld (of poging daartoe) werd gebruikt? (N=1372)

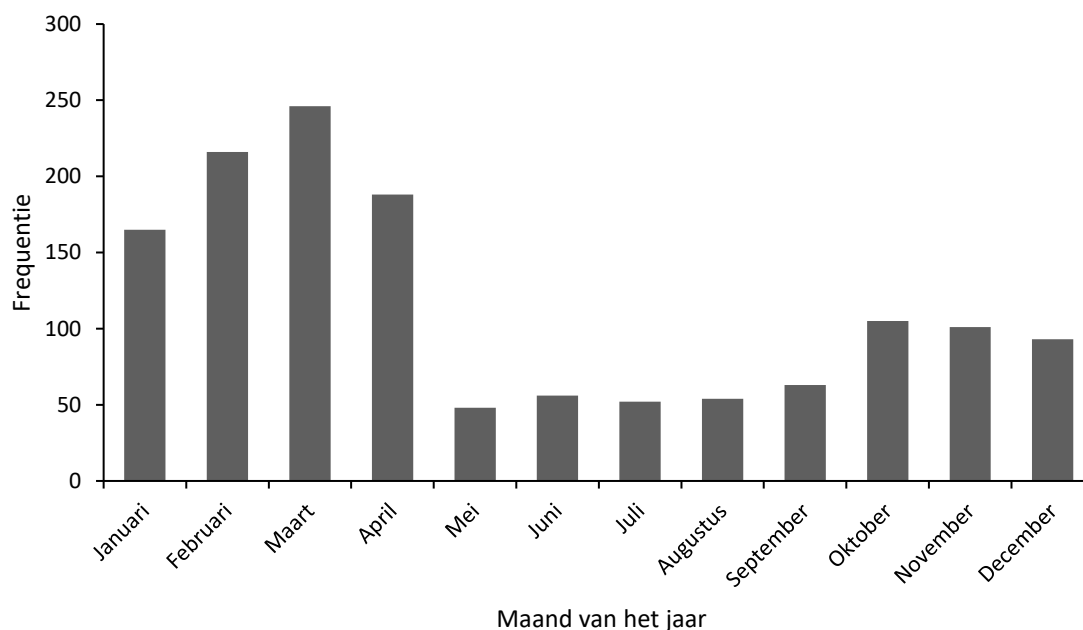
Kenmerk	Percentage (n)
Fysiek	
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	13,5% (185)
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	6,0% (82)
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	2,8% (38)
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	8,5% (117)
Verbaal	
Dreigen met fysiek geweld	22,4% (308)
Schelden en/of beledigen	56,3% (773)
Psychisch	
Vernederen	18,7% (257)
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	47,1% (646)
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	14,4% (198)
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	14,8% (203)
Chantage	10,7% (147)
Laster en/of smaad	12,5% (172)
Seksueel	
Seksuele opmerkingen	5,0% (68)
Seksuele handelingen bij zichzelf	1,2% (16)
U vasthouden	1,9% (26)
Seksuele aanraking bij u	0,9% (13)
Verkrachting	0,1% (2)
Stalking	2,4% (33)
Anders	2,2% (30)

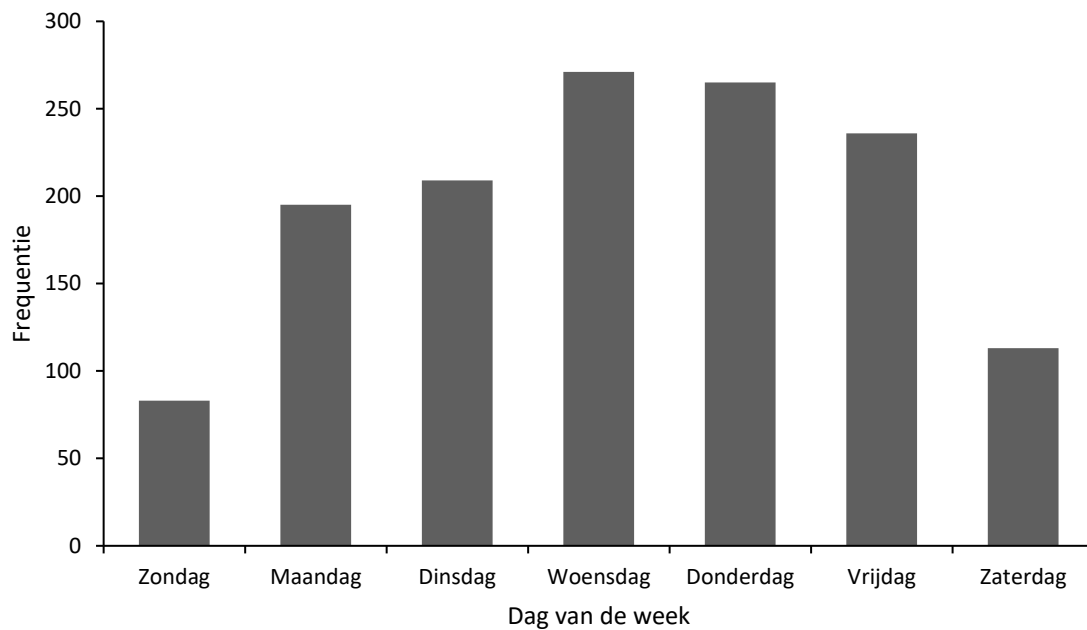
Met behulp van de postcode kon achterhaald worden in welke provincie de agressie zich had voorgedaan. De meeste meldingen van agressie kwamen uit de provincie Antwerpen (20,7%), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (16,3%) en Oost-Vlaanderen (12,3%). In tabel 31 is een overzicht gegeven van de provincies met daarnaast het aantal meldingen van agressie. In bijlage 6 bevindt zich een geografische weergave van de geweldsincidenten op basis van de postcode.

Tabel 31 Waar gebeurde de agressie? (N=1372)

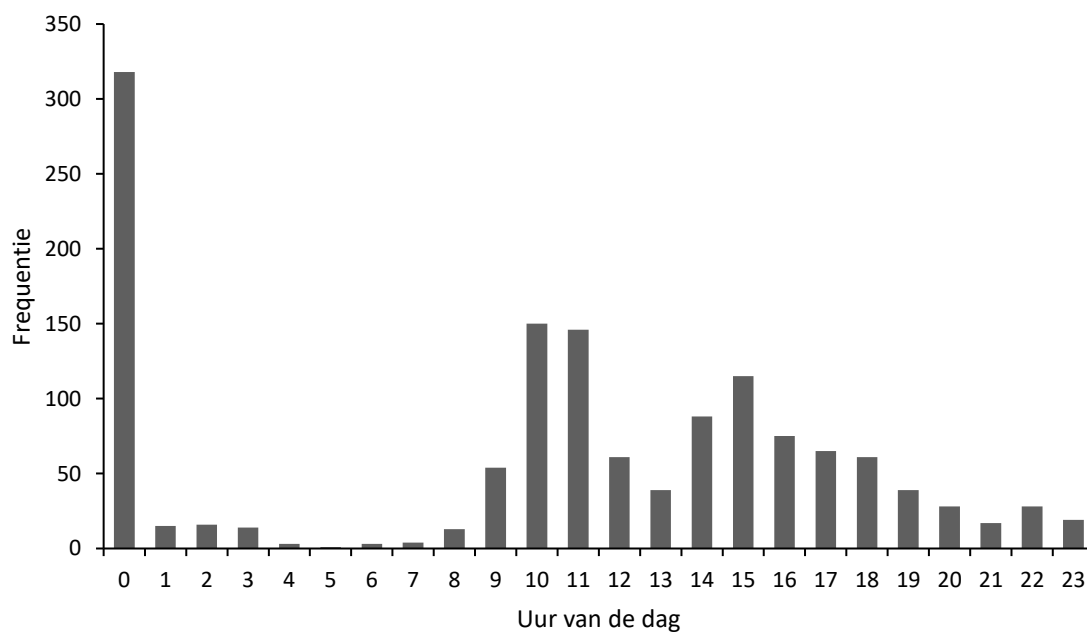
Provincie	Percentage (n)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	16,3% (223)
Waals-Brabant	2,4% (33)
Vlaams-Brabant	11,7% (160)
Antwerpen	20,7% (284)
Limburg	8,3% (114)
Luik	5,8% (79)
Namen	3,6% (49)
Henegouwen	8,9% (122)
Luxemburg	1,8% (25)
West-Vlaanderen	8,3% (114)
Oost-Vlaanderen	12,3% (169)

Met behulp van de datum waarop de agressie zich voordeed konden de maand van het jaar (figuur 12), de dag van de week (figuur 13) en het uur van de dag (figuur 14) achterhaald worden. Te zien was dat vooral meldingen gedaan werden van de maanden januari tot en met april. Voor de weekenden werden minder meldingen gedaan dan voor de weekdays. Voor het uur van de dag waren piekuren te zien rond 10 en rond 15 uur. Door problemen bij het invullen van het uur in de enquêtesoftware waren veel meldingen foutief opgegeven als 0 uur, waardoor deze oververtegenwoordigd was in de resultaten.

**Figuur 12** Maand van het jaar



Figuur 13 Dag van de week



Figuur 14 Uur van de dag

Aan de artsen werd gevraagd in welke setting de agressie plaats vond (zie tabel 32). Deze setting hoefde niet noodzakelijk dezelfde te zijn als de hoofdactiviteit. De resultaten voor de in de enquête terug te vinden setting “op de spoedgevallendienst” werden opgeteld bij die van “spoedgevallen in een algemeen ziekenhuis”. De meeste meldingen kwamen binnen van in de raadpleging (eigen kabinet) (33,3%), gevolgd door het ziekenhuis (32,0%), op huisbezoek (7,7%) en telefonisch (7,5%). Vanuit de open tekstvelden onder de categorie “anders” werden nog bijkomende settings gecodeerd.

Tabel 32 In welke setting gebeurde de agressie? (N=1372)

Kenmerk	Percentage (n)
In de raadpleging (eigen kabinet)	33,3% (457)
Op huisbezoek	7,7% (106)
In een tehuis (WZC, instelling, ...)	3,1% (43)
Op straat	1,4% (19)
Op de wachtpost	2,0% (28)
In een algemeen ziekenhuis ^a	32,0% (439)
In een psychiatrisch ziekenhuis	3,6% (50)
In de omgeving van uw woonst	0,4% (5)
Tijdens een controle	0,9% (12)
Kind en gezin	0,2% (3)
Ziekenfonds	1,5% (20)
Gevangenis	0,4% (5)
Telefonisch	7,5% (103)
Per e-mail	1,6% (22)
Per brief	0,8% (11)
Sms, WhatsApp, e.d.	0,7% (9)
Sociale media	0,3% (4)
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg ^b	0,3% (4)
MUG ^b	0,3% (4)
Anders	2,0% (28)

^a Zie tabel 33

^b Gecodeerd uit de resultaten onder “anders”

In tabel 33 is voor het algemeen ziekenhuis terug te vinden op welke afdeling het geweldsincident zich voordeed. De percentages werden berekend op het totale aantal meldingen voor het algemeen ziekenhuis. Hier was te zien dat de meeste meldingen van de spoedgevallendienst kwamen (30,5%).

Tabel 33 Ziekenhuisafdelingen (N=439)

Kenmerk	Percentage (n)
Abdominale heekunde	1,1% (5)
Algemene heekunde	0,7% (3)
Anesthesiologie	5,0% (22)
Cardiologie	1,4% (6)
Dermatologie	1,4% (6)
Diabeteskliniek	0,7% (3)
Digestieve heekunde	0,2% (1)
Endocrinologie	0,9% (4)
Fysische geneeskunde en revalidatie	3,2% (14)
Geriatric	3,9% (17)
Gynaecologie	2,7% (12)
Hartheekunde	0,2% (1)
Hematologie	0,2% (1)
Hemato-oncologie	0,5% (2)
Intensieve zorgen	3,0% (13)
Interne geneeskunde	1,4% (6)
Keel, neus, oor	2,5% (11)
Klinische biologie	0,2% (1)
Maag- en darmziekten	2,3% (10)
Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie	0,5% (2)
Neonatologie	0,2% (1)
Neurochirurgie	0,9% (4)
Neurologie	4,6% (20)
Nierziekten	1,1% (5)
Nucleaire Geneeskunde	1,6% (7)
Oncologie	0,9% (4)
Oogheekunde	0,7% (3)
Orthopedie - Traumatologie	4,8% (21)
Pediatric	6,2% (27)
Plastische heekunde	0,2% (1)
Pneumologie	2,7% (12)
Psychiatric	2,7% (12)
Radiologie	4,6% (20)
Radiotherapie	0,5% (2)
Reumatologie	0,2% (1)
Spoedgevallen ^a	30,5% (134)
Supportieve en palliatieve zorg	0,2% (1)
Urologie	0,7% (3)
Vaatheekunde	0,7% (3)
Verloskunde en prenatale geneeskunde	1,4% (6)
Anders	2,7% (12)

^a Samenvoeging van de settingen “spoedgevallen in een algemeen ziekenhuis” en “op de spoedgevallendienst”

In tabel 34 staan de demografische gegevens van de agressors. Indien de agressie door meerdere personen gepleegd was werd aan de artsen gevraagd om de belangrijkste agressor te beschrijven. De agressor was vaak een eigen patiënt (50,2%), vaker een man (68,1%), tussen de 20 en 59 jaar oud (83,1%), vaak samenwonend (42,7%) en kon gekend zijn met een psychiatrisch verleden (29,2%), ethylisme (15,9%), drugabusus (14,1%) en toxicomanie (11,4%).

Tabel 34 Demografische gegevens van de belangrijkste agressor (N=1372)

Kenmerk	Percentage (n)
Aard	
Gekende patiënt	50,2% (689)
Niet gekende patiënt	23,1% (317)
Familie van de patiënt	23,1% (317)
Een derde persoon	1,9% (26)
Anonieme of onbekende agressor	1,7% (23)
Geslacht	
Man	68,1% (934)
Vrouw	30,5% (419)
Onbekend	1,4% (19)
Leeftijdscategorie	
0-19	2,9% (40)
20-39	41,3% (566)
40-59	41,8% (573)
60-79	10,0% (137)
>80	1,8% (25)
Onbekend	2,3% (31)
Leefsituatie	
Alleenwonend	22,8% (313)
Samenwonend	42,7% (586)
Onbekend	34,5% (473)
Gekend met	
Psychiatrisch verleden	29,2% (400)
Ethylisme	15,9% (218)
Drugabusus	14,1% (194)
Toxicomanie	11,4% (157)
Crimineel verleden	7,1% (97)
Geweld tegen hulpverleners	7,8% (107)
Chronische pijn	7,1% (98)
Geen van bovenstaande	14,4% (197)
Onbekend	38,8% (533)

In tabel 35 zijn de aanleidingen voor agressie terug te vinden. De medische aanpak van de artsen werd met 33,2% het vaakst als aanleiding opgegeven, gevolgd met 20,8% door de organisatie (bijvoorbeeld wachttijden). Geweigerde voorschriften was bij 17,3% van de casussen de aanleiding, gevolgd door het ongeschiktheidsattest (12,1%) en een uiting van ziekte (organisch of psychiatrisch) (12,0%). Het was voor artsen mogelijk om een combinatie van aanleidingen te selecteren, aangezien agressie niet altijd tot één oorzaak te herleiden was. Uit de tekstvelden van de resultaten onder “anders” werden nog bijkomende aanleidingen gecodeerd.

Tabel 35 Aanleiding van de agressie (N=1372)

Kenmerk	Percentage (n)
Geweigerde voorschriften	17,3% (238)
Ongeschiktheidsattest	12,1% (166)
Ander attest	7,9% (108)
Geld en/of erelonen	4,0% (55)
Diefstal geld en/of goederen	1,9% (26)
Uw attitude	10,5% (144)
Uw medische aanpak	33,2% (456)
Organisatie (bijvoorbeeld wachttijden)	20,8% (286)
Miscommunicatie	10,6% (145)
Uiting van ziekte (organisch of psychiatrisch)	12,0% (165)
Niet de gewenste arts (o.a. wegens geslacht, ervaring) ^a	0,7% (10)
Vraag naar schending beroepsgeheim ^a	0,2% (3)
Weigering behandeling of opname door patiënt ^a	2,6% (35)
Intoxicatie (alcohol of drugs) ^a	1,4% (19)
Avances door patiënt ^a	0,7% (10)
Aangeven kindermishandeling ^a	0,9% (12)
Onbekend	5,1% (70)
Anders	8,4% (115)

^a Gecodeerd uit de resultaten onder “anders”

Tussen de verschillende regio's en geslachten werden geen significante verschillen gevonden voor aanleidingen van agressie. Wel tussen de verschillende landstalen. De attitude van de arts was van de 1372 respondenten die een incident rapporteerden bij 66 van de 468 Franstaligen (14,1% met 95% CI [10,9;17,3]) een aanleiding voor agressie tegenover 78 van de 904 Nederlandstaligen (8,6% met 95% CI [6,8;10,5]). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=9,837$, $p=0,002$). De organisatie (bijvoorbeeld wachttijden) was bij 123 van de 468 Franstaligen (26,3% met 95% CI [22,3;30,3]) aanleiding tot agressie tegenover en 163 van de 904 Nederlandstaligen (18,0% met 95% CI [15,5;20,5]). Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=12,723$, $p<0,0001$).

In tabel 36 staan de gevolgen van de agressie. Het was voor de respondenten mogelijk om meerdere antwoorden te selecteren. De meeste artsen (73,7%) reageerden bij agressie met een verbale respons. Een kleinere groep (20,2%) sloeg alarm. Tot echte vechtpartijen resulteerde het slechts zeer uitzonderlijk (0,3%). Als laattijdig gevolg van het geweldsincident gaf 26,7% van de artsen aan een onveiligheidsgevoel over te hebben gehouden. Voor 21,4% van de artsen had de agressiedaad een invloed op de manier van werken. Een verandering van attitude was een gevolg voor 16,3%. Slechts een zeer kleine groep ondervond een periode van arbeidsongeschiktheid. Een groot deel van de respondenten (42,0%) gaf aan geen laattijdige gevolgen van de daad te ondervinden.

De meerderheid van de artsen (77,6%) deed geen melding van het incident, noch bij politie, de orde der artsen, de huisartsenkring, intern of elders. Wanneer er toch een melding gedaan werd was dit meestal door middel van een aangifte bij de politie (10,2%).

Voor een meerderheid van de agressors (53,6%) had hun daad van agressie geen gevolgen. Een minderheid (11,2%) bood achteraf excuses aan. Ook werd een minderheid ten gevolge van hun daad geschrapt uit het patiëntenbestand (10,1%).

Tabel 36 Gevolgen van de agressie (N=1372)

Kenmerk	Percentage (n)
Uw directe reactie	
Verbale respons (zoals persoon tot kalmte manen, vragen aan persoon om te stoppen, in verweer gaan)	73,7% (1011)
Uzelf fysiek verdedigen	3,3% (45)
Toegeven aan eisen van de patiënt	3,9% (53)
Scheldpartij met u	2,3% (31)
Vechtpartij met u	0,3% (4)
Vluchten door u	4,2% (58)
Alarm slaan (zoals collega roepen, politie bellen)	20,2% (277)
Geen directe reactie	11,3% (155)
Anders	12,8% (175)
Laattijdig gevolg voor u	
Lichamelijke letsels	2,1% (29)
Materiaalschade	5,5% (75)
Psychische problemen	7,7% (105)
Verandering van attitude	16,3% (224)
Invloed op manier van werken	21,4% (294)
Angst en/of onveiligheidsgevoel	26,7% (367)
Aantasting van uw persoonlijke integriteit	15,5% (212)
Arbeidsongeschiktheid	0,4% (6)
Aantal dagen	7,5 (11) ^a
Geen gevolgen	42,0% (576)
Anders	8,8% (121)
Aangifte	
Politie	10,2% (140)
Huisartsenkring	2,0% (27)
Meldpunt agressie orde der artsen	2,1% (29)
Intern meldingssysteem ^b	3,4% (47)
Geen	77,6% (1064)
Andere	8,7% (120)
Laattijdig gevolg voor agressor	
Waarschuwing	10,5% (144)
Arrestatie	2,4% (33)
Vervolging	1,1% (15)
Schrappen uit patiëntenbestand	10,1% (138)
Verwezen naar een collega	11,5% (158)
Heeft excuses aangeboden	11,2% (154)
Opname (al dan niet gedwongen) ^b	1,8% (25)
Geen	53,6% (735)
Anders	7,1% (98)

^a Mdn (IQR)

^b Gecodeerd uit de resultaten onder “anders”

Van de respondenten gaf slechts een kleine minderheid (12,0%) aan dat het incident voorkomen had kunnen worden (zie tabel 37). Aan die artsen werd door middel van een open tekstveld gevraagd hoe (zie bijlage 7).

Tabel 37 Denkt u dat dit incident voorkomen had kunnen worden? (N=1372)

Kenmerk	Percentage (n)
Ja	12,0% (164)
Nee	52,3% (717)
Weet niet	35,8% (491)

3.4 PREVENTIEVE MAATREGELEN

Aan alle respondenten (3726) werd gevraagd naar preventieve maatregelen (zie tabel 38). Hierop konden meerdere antwoorden aangekruist worden. De grote meerderheid van de artsen (78,2%) nam geen persoonlijke beschermingsmaatregelen. Preventie was voornamelijk terug te vinden op niveau van de praktijk. Camerabewaking was terug te vinden bij 19,3% van de respondenten, gevolgd door alarminstallaties (19,2%) en een secretariaat (17,4%). Ondanks dat waren bij de helft van de artsen (50,3%) ook geen preventieve maatregelen in de praktijk te vinden.

Tabel 38 Preventieve maatregelen (N=3726)

Kenmerk	Percentage (n)
Ter verdediging van uzelf	
Wapens	0,8% (31)
Hond	2,1% (79)
Spuitbussen (zoals pepperspray)	3,2% (121)
Begeleiding door andere persoon (zoals student, politie, leger, privaat bedrijf, chauffeur)	4,0% (149)
Elektronische traceringsystemen (zoals gps)	1,5% (55)
Terugbelsysteem (in geval van opsluiting bij patiënt thuis)	1,3% (50)
Cursussen zelfverdediging	3,3% (123)
Cursussen conflictbeheersing	4,9% (184)
Geen van bovenstaande	78,2% (2913)
Andere	6,6% (245)
Ter verdediging van uw praktijk	
Camerabewaking	19,3% (718)
Beveiligde kassa en/of betaalterminal	10,7% (398)
Alarminstallaties	19,2% (714)
Alarmknop op gsm of bureau	8,6% (319)
Lijst met risicopatiënten (persoonlijk, in groepspraktijk, aantekening in dossier)	7,3% (271)
Wachtposten	8,7% (323)
Secretariaat	17,4% (648)
Geen van bovenstaande	50,3% (1873)
Andere	5,7% (213)

Specifiek aan de artsen die aangaven de voorbije 12 maanden slachtoffer te zijn geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie (N=1372) werd gevraagd welke invloed die geweldsincidenten samen op hen gehad hadden (zie tabel 39). Van die mensen hield 31,0% daar stress aan over, gevolgd door een onveiligheidsgevoel (23,8%), angst (16,8%), slaapproblemen (12,8%) en een laag zelfvertrouwen (10,9%). Toch gaf 44,1% van de respondenten aan geen klachten te ondervinden.

Tabel 39 Hebben alle geweldsincidenten van de afgelopen 12 maanden samen bij u geleid tot volgende problemen? (N=1372)

Kenmerk	Percentage (n)
Angst	16,8% (231)
Burn-out	6,0% (82)
Stress	31,0% (426)
Depressie	2,5% (34)
Slaapproblemen	12,8% (176)
Laag zelfvertrouwen	10,9% (150)
Zelfmoordgedachten	1,2% (16)
Onveiligheidsgevoel	23,8% (326)
Veranderen van praktijk	2,0% (27)
Stopzetten van uw praktijk	1,1% (15)
Belemmering van goede medische zorg	9,3% (128)
Geen klachten	44,1% (605)
Andere	5,7% (78)

Slechts een op de vijf artsen was gekend met het nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen, opgericht in mei 2016 door de orde der artsen.

Tabel 40 Kent u het nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen, opgericht in mei 2016 door de orde der artsen? (N=3726)

Kenmerk	Percentage (n)
Ja	20,9% (777)
Nee	79,1% (2949)

3.4.1 Analyse van subgroepen

3.4.1.1 *Vergelijking op basis van geslacht*

In tabel 41 zijn de preventieve maatregelen vergeleken tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Van de 3726 respondenten gaven 1368 van de 1796 vrouwen (76,2% met 95% CI [74,2;78,1]) en 1545 van de 1930 mannen (80,1% met 95% CI [78,3;81,8]) aan geen persoonlijke preventieve maatregelen te hebben genomen. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=8,221$, $p=0,004$). Verder werden nog significante verschillen gevonden voor het in bezit hebben van een wapen (1,4% van de mannen ten opzichte van 0,2% van de vrouwen) en het zich laten begeleiden door een andere persoon (5,6% van de vrouwen ten opzichte van 2,5% van de mannen).

Wat de verdediging van de praktijk betrof gaven van de 3726 respondenten 910 van de 1796 vrouwen (50,7% met 95% CI [48,4;53,0]) en 963 van de 1930 mannen (49,9% met 95% CI [47,7;52,1]) aan geen preventieve maatregelen te hebben genomen. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde geen statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=0,222$, $p=0,638$). Vrouwen hielden significant vaker lijsten met risicopatiënten bij (9,2% van de vrouwen ten opzichte van 5,5% van de mannen) en hadden vaker een secretariaat (19,5% van de vrouwen ten opzichte van 15,4% van de mannen). Alarminstallaties werden vaker teruggevonden bij mannelijke artsen (21,6% van de mannen ten opzichte van 16,5% van de vrouwen), net als camerabewaking (21,3% van de mannen ten opzichte van 17,0% van de vrouwen).

Tabel 41 Preventieve maatregelen (N=3726)

Kenmerk	Man (n=1930) Percentage en 95% CI	Vrouw (n=1796) Percentage en 95% CI	p-waarde ^a
Ter verdediging van uzelf			
Wapens	1,4% [0,9;1,9]	0,2% [0,0;0,4]	<0,0001
Hond	2,3% [1,7;3,0]	1,9% [1,3;2,5]	0,35
Spuitbussen (zoals pepperspray)	3,2% [2,4;3,9]	3,3% [2,5;4,2]	0,76
Begeleiding door andere persoon (zoals student, politie, leger, privaat bedrijf, chauffeur)	2,5% [1,8;3,2]	5,6% [4,5;6,6]	<0,0001
Elektronische traceringsystemen (zoals gps)	1,6% [1,0;2,2]	1,3% [0,8;1,9]	0,50
Terugbelsysteem (in geval van opsluiting bij patiënt thuis)	1,1% [0,7;1,6]	1,6% [1,0;2,1]	0,27
Cursussen zelfverdediging	3,0% [2,2;3,7]	3,7% [2,8;4,5]	0,22
Cursussen conflictbeheersing	4,6% [3,6;5,5]	5,3% [4,3;6,4]	0,27
Geen van bovenstaande	80,1% [78,3;81,8]	76,2% [74,2;78,1]	0,004
Ter verdediging van uw praktijk			
Camerabewaking	21,3% [19,5;23,2]	17,0% [15,3;18,8]	0,001
Beveiligde kassa en/of betaalterminal	10,6% [9,2;12]	10,7% [9,3;12,2]	0,90
Alarminstallaties	21,6% [19,8;23,4]	16,5% [14,8;18,3]	<0,0001
Alarmknop op gsm of bureau	8,3% [7,1;9,6]	8,8% [7,5;10,1]	0,62
Lijst met risicopatiënten (persoonlijk, in groepspraktijk, aantekening in dossier)	5,5% [4,5;6,5]	9,2% [7,9;10,5]	<0,0001
Wachtposten	7,8% [6,6;9,0]	9,6% [8,2;10,9]	0,06
Secretariaat	15,4% [13,8;17,1]	19,5% [17,7;21,3]	0,001
Geen van bovenstaande	49,9% [47,7;52,1]	50,7% [48,4;53,0]	0,64

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

De problemen die de artsen ondervonden van alle geweldsincidenten van de voorbije 12 maanden samen zijn in tabel 42 vergeleken tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Van de 1372 artsen die aangaven het voorbije jaar met agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie te maken te hebben gehad, bleken 324 van de 776 vrouwen (41,8% met 95% CI [38,3;45,2]) en 281 van de 596 mannen (47,1% met 95% CI [43,1;51,2]) geen klachten te ondervinden. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=3,980$, $p=0,046$).

Verder bleek dat vrouwen significant vaker stress ondervonden (33,8%) dan hun mannelijke collega's (27,5%). Mannen kwamen vaker in een depressie terecht (3,5%) dan hun vrouwelijke collega's (1,7%). Een belemmering van goede medische zorg was vaker terug te vinden bij mannen (11,7%) dan bij vrouwen (7,5%).

Tabel 42 Hebben alle geweldsincidenten van de afgelopen 12 maanden samen bij u geleid tot volgende problemen? (N=1372)

Kenmerk	Man (n=596) Percentage en 95% CI	Vrouw (n=776) Percentage en 95% CI	p-waarde ^a
Angst	15,9% [13,0;18,9]	17,5% [14,9;20,2]	0,44
Burn-out	7,0% [5,0;9,1]	5,2% [3,6;6,7]	0,14
Stress	27,5% [23,9;31,1]	33,8% [30,4;37,1]	0,013
Depressie	3,5% [2,0;5,0]	1,7% [0,8;2,6]	0,029
Slaapproblemen	13,8% [11,0;16,5]	12,1% [9,8;14,4]	0,37
Laag zelfvertrouwen	9,6% [7,2;11,9]	12,0% [9,7;14,3]	0,15
Zelfmoordgedachten	1,7% [0,6;2,7]	0,8% [0,2;1,4]	0,12
Onveiligheidsgevoel	21,3% [18,0;24,6]	25,6% [22,6;28,7]	0,06
Veranderen van praktijk	2,0% [0,9;3,1]	1,9% [1,0;2,9]	0,92
Stopzetten van uw praktijk	0,7% [0,0;1,3]	1,4% [0,6;2,2]	0,19
Belemmering van goede medische zorg	11,7% [9,2;14,3]	7,5% [5,6;9,3]	0,007
Geen klachten	47,1% [43,1;51,2]	41,8% [38,3;45,2]	0,046

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.4.1.2 Vergelijking op basis van begintaal

In tabel 43 zijn de preventieve maatregelen vergeleken tussen de Nederlandstalige en Franstalige respondenten. Van de 3726 respondenten gaven 1975 van de 2477 Nederlandstaligen (79,7% met 95% CI [78,2;81,3]) en 938 van de 1249 Franstaligen (75,1% met 95% CI [72,7;77,5]) aan geen persoonlijke preventieve maatregelen te hebben genomen. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=10,450$, $p=0,001$). Verder werden nog significante verschillen gevonden voor het in bezit hebben van spuitbussen (4,4% van de Franstaligen ten opzichte van 2,7% van de Nederlandstaligen), een terugbelsysteem (1,9% van de Franstaligen ten opzichte van 1,0% van de Nederlandstaligen), cursussen zelfverdediging (4,6% van de Franstaligen ten opzichte van 2,7% van de Nederlandstaligen) en cursussen conflictbeheersing (6,9% van de Franstaligen ten opzichte van 4,0% van de Nederlandstaligen).

Wat de verdediging van de praktijk betrof gaven van de 3726 respondenten 1201 van de 2477 Nederlandstaligen (48,5% met 95% CI [46,5;50,5]) en 672 van de 1249 Franstaligen (53,8% met 95% CI [51,0;56,6]) aan geen preventieve maatregelen te hebben genomen. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=9,390$, $p=0,002$).

Nederlandstaligen hadden vaker een alarmknop op hun gsm of bureau (9,8% van de Nederlandstaligen ten opzichte van 6,2% van de Franstaligen). Het gebruik van wachtposten werd vaker teruggevonden bij Nederlandstaligen (9,8%) dan bij Franstaligen (6,4%), net als het hebben van een secretariaat (19,9% van de Nederlandstaligen ten opzichte van 12,5% van de Franstaligen).

Tabel 43 Preventieve maatregelen (N=3726)

Kenmerk	Nederlands (n=2477) Percentage en 95% CI	Frans (n=1249) Percentage en 95% CI	p-waarde ^a
Ter verdediging van uzelf			
Wapens	0,6% [0,3;1,0]	1,2% [0,6;1,8]	0,08
Hond	2,1% [1,5;2,7]	2,2% [1,4;3,0]	0,90
Spuitbussen (zoals pepperspray)	2,7% [2,0;3,3]	4,4% [3,3;5,5]	0,005
Begeleiding door andere persoon (zoals student, politie, leger, privaat bedrijf, chauffeur)	3,8% [3,1;4,6]	4,3% [3,2;5,5]	0,47
Elektronische traceringsystemen (zoals gps)	1,6% [1,1;2,1]	1,3% [0,7;1,9]	0,48
Terugbelsysteem (in geval van opsluiting bij patiënt thuis)	1,0% [0,6;1,5]	1,9% [1,2;2,7]	0,029
Cursussen zelfverdediging	2,7% [2,0;3,3]	4,6% [3,4;5,7]	0,002
Cursussen conflictbeheersing	4,0% [3,2;4,7]	6,9% [5,5;8,3]	<0,0001
Geen van bovenstaande	79,7% [78,2;81,3]	75,1% [72,7;77,5]	0,001
Ter verdediging van uw praktijk			
Camerabewaking	18,7% [17,2;20,2]	20,4% [18,2;22,7]	0,21
Beveiligde kassa en/of betaalterminal	11,0% [9,8;12,3]	10,0% [8,3;11,7]	0,34
Alarminstallaties	19,3% [17,7;20,9]	18,9% [16,7;21,1]	0,77
Alarmknop op gsm of bureau	9,8% [8,6;10,9]	6,2% [4,8;7,5]	<0,0001
Lijst met risicopatiënten (persoonlijk, in groepspraktijk, aantekening in dossier)	7,8% [6,8;8,9]	6,2% [4,8;7,5]	0,06
Wachtposten	9,8% [8,6;11,0]	6,4% [5,0;7,8]	<0,0001
Secretariaat	19,9% [18,3;21,4]	12,5% [10,7;14,3]	<0,0001
Geen van bovenstaande	48,5% [46,5;50,5]	53,8% [51,0;56,6]	0,002

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

De problemen die de artsen ondervonden van alle geweldsincidenten van de afgelopen 12 maanden samen zijn in tabel 44 vergeleken tussen de Nederlandstalige en Franstalige respondenten. Van de 1372 artsen die aangaven het voorbije jaar met agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie te maken te hebben gehad, bleken 447 van de 904 Nederlandstaligen (49,4% met 95% CI [46,2;52,7]) en 158 van de 468 Franstaligen (33,8% met 95% CI [29,5;38,0]) geen klachten te ondervinden. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=30,779$, $p<0,0001$).

Verder bleek dat Franstaligen significant vaker angst ondervonden (25,0%) dan hun Nederlandstalige collega's (12,6%) en vaker stress (38,7% van de Franstaligen ten opzichte van 27,1% van de Nederlandstaligen). Franstaligen kwamen ook vaker in een burn-out terecht (8,8%) dan hun Nederlandstalige collega's (4,5%). Een belemmering van goede medische zorg was ook vaker terug te vinden bij Franstaligen (12,6%) dan bij Nederlandstaligen (7,6%).

Tabel 44 Hebben alle geweldsincidenten van de afgelopen 12 maanden samen bij u geleid tot volgende problemen? (N=1372)

Kenmerk	Nederlands (n=904) Percentage en 95% CI	Frans (n=468) Percentage en 95% CI	p-waarde^a
Angst	12,6% [10,4;14,8]	25,0% [21,1;28,9]	<0,0001
Burn-out	4,5% [3,2;5,9]	8,8% [6,2;11,3]	0,002
Stress	27,1% [24,2;30,0]	38,7% [34,3;43,1]	<0,0001
Depressie	2,1% [1,2;3,0]	3,2% [1,6;4,8]	0,21
Slaapproblemen	11,2% [9,1;13,2]	16,0% [12,7;19,3]	0,11
Laag zelfvertrouwen	10,5% [8,5;12,5]	11,8% [8,8;14,7]	0,48
Zelfmoordgedachten	0,9% [0,3;1,5]	1,7% [0,5;2,9]	0,18
Onveiligheidsgevoel	22,8% [20,1;25,5]	25,6% [21,7;29,6]	0,24
Veranderen van praktijk	2,0% [1,1;2,9]	1,9% [0,7;3,2]	0,93
Stopzetten van uw praktijk	1,4% [0,7;2,2]	0,4% [-0,2;1,0]	0,09
Belemmering van goede medische zorg	7,6% [5,9;9,4]	12,6% [9,6;15,6]	0,003
Geen klachten	49,4% [46,2;52,7]	33,8% [29,5;38,0]	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.4.1.3 *Vergelijking op basis van geboortejaar*

Voor de vergelijking op basis van geboortejaar werd de variabele voor geboortejaar eerst gecategoriseerd. De gecategoriseerde variabele is terug te vinden in tabel 45 met daaronder de percentages voor de gevolgen die alle geweldsincidenten van de voorbije 12 maanden samen gehad hadden. Voor velden met kleine waarden werden aangepaste toetsen gebruikt.

Bij oudere artsen kwamen vaker dan bij hun jongere collega's burn-out, depressie en slaapproblemen voor. Jongere artsen hielden vaker een laag zelfvertrouwen over.

Tabel 45 Hebben alle geweldsincidenten van de afgelopen 12 maanden samen bij u geleid tot volgende problemen? (N=1372)

Geboortejaar categorie	<1960	1960-1969	1970-1979	>1980	p-waarde ^a	p-waarde voor trend ^b
<i>n</i>	243	283	298	548		
Angst	19,8%	13,1%	15,1%	18,4%	0,11	0,74
Burn-out	7,0%	10,2%	3,7%	4,6%	0,002	0,013
Stress	31,3%	35,0%	32,2%	28,3%	0,24	0,16
Depressie	5,3%	2,5%	1,3%	1,8%	0,013	0,007
Slaapproblemen	15,2%	18,7%	11,7%	9,3%	0,001	0,001
Laag zelfvertrouwen	6,6%	10,6%	9,7%	13,7%	0,024	0,005
Zelfmoordgedachten	2,1%	1,4%	1,0%	0,7%	0,37 ^c	0,12 ^d
Onveiligheidsgevoel	22,2%	22,3%	25,8%	24,1%	0,70	0,45
Veranderen van praktijk	2,1%	2,5%	2,7%	1,3%	0,40 ^c	0,35 ^d
Stopzetten van uw praktijk	0,4%	1,1%	2,0%	0,9%	0,36 ^c	0,65 ^d
Belemmering van goede medische zorg	10,3%	7,1%	11,1%	9,1%	0,38	0,96
Geen klachten	43,6%	39,9%	42,6%	47,3%	0,21	0,13

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=4

^b Berekend met de Linear-by-Linear Association met df=1

^c Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig) met de Monte Carlo-methode (95% CI, 10.000 samples)

^d Berekend met de Linear-by-Linear Association met df=1 met de Monte Carlo-methode (95% CI, 10.000 samples)

3.4.1.4 Vergelijking op basis van hoofdactiviteit

Voor de vergelijking op basis van de hoofdactiviteit werd deze onderverdeeld in “binnen het ziekenhuis” (ziekenhuis en psychiatrische instelling) en “buiten het ziekenhuis” (solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk, wijkgezondheidscentrum, tehuis, ziekenfonds, controlearts, kind en gezin, gevangenis, bedrijfsarts, centrum geestelijke gezondheidszorg, schoolarts, medische expertise en anders).

In tabel 46 zijn de preventieve maatregelen vergeleken tussen de respondenten met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis en de respondenten met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis. Van de 3726 respondenten gaven 1437 van de 1639 artsen met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis (87,7% met 95% CI [86,1;89,3]) en 1476 van de 2087 artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis (70,7% met 95% CI [68,8;72,7]) aan geen persoonlijke preventieve maatregelen te hebben genomen. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=154,650$, $p<0,0001$). Op cursussen conflictbeheersing na waren alle persoonlijke preventieve maatregelen significant vaker genomen door artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis.

Wat de verdediging van de praktijk betrof gaven van de 3726 respondenten 1171 van de 1639 artsen met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis (71,4% met 95% CI [69,3;73,6]) en 702 van de 2087 artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis (33,6% met 95% CI [31,6;35,7]) aan geen preventieve maatregelen te hebben genomen. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=524,960$, $p<0,0001$). Voor alle vormen van verdediging van de praktijk gold dat deze significant vaker voorkwamen bij artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis.

Tabel 46 Preventieve maatregelen (N=3726)

Kenmerk	Binnen Ziekenhuis (n=1639) Percentage en 95% CI	Buiten Ziekenhuis (n=2087) Percentage en 95% CI	p-waarde^a
Ter verdediging van uzelf			
Wapens	0,1% [0,0;0,3]	1,4% [0,9;1,9]	<0,0001
Hond	0,6% [0,2;1,0]	3,3% [2,5;4,1]	<0,0001
Spuitbussen (zoals pepperspray)	1,1% [0,6;1,6]	4,9% [4,0;5,9]	<0,0001
Begeleiding door andere persoon (zoals student, politie, leger, privaat bedrijf, chauffeur)	2,6% [1,8;3,4]	5,1% [4,1;6,0]	<0,0001
Elektronische traceringsystemen (zoals gps)	0,4% [0,1;0,7]	2,3% [1,7;3,0]	<0,0001
Terugbelsysteem (in geval van opsluiting bij patiënt thuis)	0,3% [0,0;0,6]	2,2% [1,5;2,8]	<0,0001
Cursussen zelfverdediging	2,0% [1,3;2,7]	4,3% [3,4;5,2]	<0,0001
Cursussen conflictbeheersing	4,8% [3,7;5,8]	5,1% [4,1;6,0]	0,65
Geen van bovenstaande	87,7% [86,1;89,3]	70,7% [68,8;72,7]	<0,0001
Ter verdediging van uw praktijk			
Camerabewaking	7,9% [6,6;9,2]	28,2% [26,2;30,1]	<0,0001
Beveiligde kassa en/of betaalterminal	4,5% [3,5;5,5]	15,6% [14,0;17,1]	<0,0001
Alarminstallaties	7,3% [6,1;8,6]	28,5% [26,5;30,4]	<0,0001
Alarmknop op gsm of bureau	3,2% [2,4;4,1]	12,7% [11,3;14,2]	<0,0001
Lijst met risicopatiënten (persoonlijk, in groepspraktijk, aantekening in dossier)	4,9% [3,9;6,0]	9,1% [7,9;10,3]	<0,0001
Wachtposten	0,9% [0,4;1,3]	14,8% [13,3;16,3]	<0,0001
Secretariaat	10,1% [8,6;11,5]	23,1% [21,3;25,0]	<0,0001
Geen van bovenstaande	71,4% [69,3;73,6]	33,6% [31,6;35,7]	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

De problemen die de artsen ondervonden van alle geweldsincidenten van de voorbije 12 maanden samen zijn in tabel 47 vergeleken tussen de artsen met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis en artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis. Van de 1372 artsen die aangaven het voorbije jaar met agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie te maken te hebben gehad, bleken 312 van de 627 artsen met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis (49,8% met 95% CI [45,8;53,7]) en 293 van de 745 artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis (39,3% met 95% CI [35,8;42,8]) geen klachten te ondervinden. Een Pearson chi-kwadraattoets toonde een statistisch significant verschil aan ($\chi^2(1)=15,030$, $p<0,0001$).

Verder bleek nog dat bij artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis angst (20,9% tegenover 12,0%), burn-out (7,2% tegenover 4,5%), stress (33,8% tegenover 27,8%), slaapproblemen (14,5% tegenover 10,8%), een onveiligheidsgevoel (28,5% tegenover 18,2%) en veranderen van praktijk (2,7% tegenover 1,1%) significant vaker voorkwamen.

Tabel 47 Hebben alle geweldsincidenten van de afgelopen 12 maanden samen bij u geleid tot volgende problemen? (N=1372)

Kenmerk	Binnen Ziekenhuis (n=627) Percentage en 95% CI	Buiten Ziekenhuis (n=745) Percentage en 95% CI	p-waarde ^a
Angst	12,0% [9,4;14,5]	20,9% [18,0;23,9]	<0,0001
Burn-out	4,5% [2,8;6,1]	7,2% [5,4;9,1]	0,030
Stress	27,8% [24,2;31,3]	33,8% [30,4;37,2]	0,015
Depressie	1,9% [0,8;3,0]	3,0% [1,7;4,2]	0,22
Slaapproblemen	10,8% [8,4;13,3]	14,5% [12,0;17,0]	0,044
Laag zelfvertrouwen	10,2% [7,8;12,6]	11,5% [9,2;13,8]	0,43
Zelfmoordgedachten	1,1% [0,3;1,9]	1,2% [0,4;2,0]	0,88
Onveiligheidsgevoel	18,2% [15,2;21,2]	28,5% [25,2;31,7]	<0,0001
Veranderen van praktijk	1,1% [0,3;1,9]	2,7% [1,5;3,8]	0,037
Stopzetten van uw praktijk	0,6% [0,0;1,3]	1,5% [0,6;2,3]	0,14
Belemmering van goede medische zorg	9,3% [7,0;11,5]	9,4% [7,3;11,5]	0,93
Geen klachten	49,8% [45,8;53,7]	39,3% [35,8;42,8]	<0,0001

^a Berekend met de Pearson chi-kwadraattoets met df=1

3.5 OPINIEPEILING

De antwoorden op de optionele opiniepeiling zijn terug te vinden in tabel 48. Aan de artsen die van mening waren dat omwille van de grote onveiligheid overwogen moest worden om geen nachtelijke bezoeken meer af te leggen werd door middel van een tekstveld gevraagd naar een alternatief om de zieke patiënt 's nachts te helpen. Die antwoorden zijn terug te vinden in bijlage 8.

Tabel 48 Opiniepeiling (N=3726)

Vraag	Ja	Nee	Geen antwoord
Moet er een preventieve begeleiding door politie bij risico-oproep mogelijk zijn?	71,2% (2654)	7,1% (265)	21,7% (807)
Vindt u dat er noodzaak is aan een proactieve melding van risicoadressen aan de huisarts door collega's?	76,6% (2854)	5,2% (195)	18,2% (677)
Vindt u dat er noodzaak is aan een proactieve melding van risicoadressen aan de huisarts door politie?	65,3% (2432)	13,7% (510)	21% (784)
Moet het beroepsgeheim kunnen gedeeld worden onder artsen in het belang van uw veiligheid?	86,6% (3226)	2,5% (95)	10,9% (405)
Moet het beroepsgeheim kunnen gedeeld worden met de politie in het belang van uw veiligheid?	52,5% (1956)	29,7% (1107)	17,8% (663)
Moet er een red flag komen in het GMD of EMD of sumehr?	67,1% (2500)	10,2% (381)	22,7% (845)
Moeten er lijsten van risicoadressen beschikbaar zijn voor de wachtdienst?	75,8% (2825)	5,8% (215)	18,4% (686)
Vindt u dat er noodzaak is aan een code van tolerantie en een bewustzijns campagne naar de bevolking toe?	66,9% (2492)	14,8% (550)	18,4% (684)
Moet er zero tolerantie t.o.v. agressie tegen hulpverleners komen (zoals in Engeland en Nederland)?	78% (2908)	8,1% (302)	13,8% (516)
Heeft u nood aan vorming tot omgaan met agressie?	38,3% (1427)	43,6% (1623)	18,1% (676)
Moet er slachtofferopvang door collega's komen?	54,5% (2030)	18,7% (695)	26,9% (1001)
Is er nood aan een zelfhulpgroep voor artsen?	34,3% (1279)	33,3% (1240)	32,4% (1207)
Bent u van mening dat de onveiligheid nu zo groot is dat we moeten overwegen om geen nachtelijke bezoeken meer af te leggen?	16,1% (601)	55,4% (2064)	28,5% (1061)

4 DISCUSSIE

4.1 BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Met dit onderzoek werd geprobeerd om voor België actuele informatie te bekomen over agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiëntrelatie. Vastgesteld werd dat 84,4% van alle artsen die deze enquête invulden in hun carrière ooit het slachtoffer werd van eender welke vorm van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Voor verbaal geweld was dit 77,2%, psychisch geweld 41,7%, fysiek geweld 24,2% en seksueel geweld 10,1%. De resultaten voor verbaal, psychisch en fysiek geweld waren analoog aan eerdere Belgische en buitenlandse onderzoeken^{3,10,11,23,45,64}. De resultaten voor seksueel geweld waren aanzienlijk lager dan eerdere Belgische en buitenlandse onderzoeken^{10,23,40}. Vrouwen kwamen tijdens hun carrière significant vaker in aanraking met agressie (86,8% tegenover 82,1%). Fysiek geweld kwam meer voor bij mannen (26,8% tegenover 21,4%). Psychisch geweld kwam veel vaker voor bij vrouwen (48,6% tegenover 35,2%), net als seksueel geweld (16,9% tegenover 3,9%). Dat seksueel geweld vaker voorkwam bij vrouwen bleek al uit eerdere nationale onderzoeken en werd met dit onderzoek terug bevestigd^{3,10,23}. Het percentage seksueel geweld bij vrouwen gedurende de carrière lag wel lager dan bij andere onderzoeken (waaronder die van de Artsenkrant in 2017)^{10,23,40}. Globaal gezien waren geen significante verschillen voor agressie en geweld tussen de verschillende landstalen waar te nemen, hoewel seksueel geweld iets vaker voorkwam bij Nederlandstalige artsen (11,6% tegenover 7,3%). Uit de resultaten bleek dat in solopraktijken gedurende de carrière minder agressie voorkwam dan in wijkgezondheidscentra en in groepspraktijken. Dit stond in contrast met het onderzoek van de Artsenkrant van 2017²³. Psychiatrische instellingen waren significant gevaarlijker dan algemene ziekenhuizen. In het algemeen ziekenhuis was de spoedgevallenafdeling het gevaarlijkst, waarbij alle respondenten aangaven in hun carrière slachtoffer te zijn geweest. Dat de psychiatrie en de urgentiegeneeskunde risicovol waren bleek ook uit eerdere onderzoeken^{11,30}. Globaal gezien kwamen artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis in hun carrière iets vaker in aanraking met geweld (85,4%) dan artsen met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis (83,0%). Specifieker kwamen artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis vaker in aanraking met psychisch (45,1% tegenover 37,3%) en seksueel geweld (12,2% tegenover 7,5%) dan artsen met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis.

In dit onderzoek werd ook getracht om voor de voorbije 12 maanden concrete cijfers te bekomen voor de verschillende vormen van geweld. Uit dit onderzoek bleek dat de voorbije 12 maanden 36,8% van de artsen eender welke vorm van agressie of geweld had meegemaakt binnen de arts-patiëntrelatie. Voor verbaal geweld was dit 33,1%, psychisch geweld 30,0%, fysiek geweld 14,4% en seksueel geweld 9,5%. De percentages waren lager dan vergelijkbare studies in het buitenland^{52,64}. Artsen gaven vooral aan in hun praktijk slachtoffer te zijn geworden, wat te verklaren kon zijn doordat artsen het merendeel van hun werktijd besteedden in hun praktijk. Uit de resultaten bleek dat geweld zich vaak niet tot een enkel incident beperkte. Met name psychisch en verbaal geweld kwamen vaker voor bij een en dezelfde arts. Vrouwen kregen de voorbije 12 maanden significant vaker te maken met agressie (43,2% tegenover 30,9%). Ook kregen vrouwen vaker te maken met verbaal (38,4% tegenover 28,3%), psychisch (36,2% tegenover 24,1%) en seksueel (14,6% tegenover 4,7%) geweld. Dit was vergelijkbaar met buitenlandse studies⁵². Vrouwen waren ook vaker slachtoffer van agressie binnen de praktijk (40,1% tegenover 27,7%) en tijdens de wachtdienst (16,8% tegenover 12,1%). Tussen Nederlandstaligen en Franstaligen werden weinig significante verschillen gevonden, hoewel zwaar fysiek geweld iets vaker voorkwam bij Franstaligen (5,0% tegenover 3,1%) en met name chantage veel vaker gerapporteerd werd (13,1% tegenover 6,4%). Verder werd aangetoond dat agressie en geweld de voorbije 12 maanden meer voorkwam bij

jongere artsen en artsen met weinig praktijkervaring. Dit was terug te vinden voor alle vormen van geweld. Dat jonge artsen meer risico liepen op agressief gedrag van patiënten was ook in buitenlandse publicaties terug te vinden^{52,62}. Het hebben van medewerkers in de praktijk bleek niet beschermend te werken. Integendeel, voor alle vormen van geweld hadden artsen in praktijken met meer medewerkers vaker agressie te verduren. Solopraktijken bleken ook de voorbije 12 maanden minder vaak met agressie te maken te hebben dan groepspraktijken en wijkgezondheidscentra. Psychiatrische instellingen waren het gevaarlijkst. In de ziekenhuizen was de spoedgevallendienst het gevaarlijkst. Globaal gezien werden voor de voorbije 12 maanden geen verschillen gevonden tussen artsen met hoofdactiviteit binnen en artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis. Fysiek geweld (met name licht en zwaar fysiek geweld) kwam wel vaker voor bij artsen met hoofdactiviteit binnen het ziekenhuis (16,5% tegenover 12,8%), net als verbaal geweld (35,8% tegenover 31,0%). Seksueel geweld kwam iets vaker voor bij de artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis (10,4% tegenover 8,3%). Een duidelijk verschil werd nog gevonden voor agressie buiten de praktijk, waar artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis vaker mee in aanraking kwamen. Dit was waarschijnlijk omdat de meeste van deze artsen werkzaam waren als huisarts en daarmee ook huisbezoeken aflegden.

Aan de artsen die de voorbije 12 maanden in aanraking waren gekomen met agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie werd gevraagd welke casus zij daarvan als ergst ervaren hadden. De ergste casus was vooral (een combinatie van) schelden en beledigen (56,3%), verwijten en opzettelijk schuldgevoel bezorgen (47,1%) en dreigen met fysiek geweld (22,4%).

Geprobeerd werd om hiermee profielen van daders op te stellen. De agressor was vaak een eigen patiënt (50,2%), vaker een man (68,1%), tussen de 20 en 59 jaar oud (83,1%), vaak samenwonend (42,7%) en kon gekend zijn met een psychiatrisch verleden (29,2%), ethylisme (15,9%), drugabusus (14,1%) en toxicomanie (11,4%). Deze resultaten waren analoog aan in eerdere studies gevonden resultaten^{3,10,11,19,30,39}.

Ook had dit onderzoek als doel om gevaarlijke locaties op te sporen. De meeste gevallen van agressie werden gerapporteerd in de provincie Antwerpen (20,7%), gevolgd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (16,3%) en Oost-Vlaanderen (12,3%). Deze percentages zouden verklaard kunnen worden doordat in die provincies meer artsen werkten. Veel van de casussen betroffen de maanden januari tot en met april. Dit zou verklaard kunnen worden door een recall bias, wat inhield dat de respondenten zich recentere geweldsincidenten (die van de voorbije vier maanden) beter herinnerden dan die van langer geleden (meer dan vier maanden geleden). Verder deed agressie zich vooral voor in het midden van de week en rond 10 en 15 uur, wat te verklaren kon zijn doordat artsen rond die tijdstippen hun piekuren draaiden. Agressie vond meestal plaats in de raadpleging (eigen kabinet) (33%), gevolgd door het ziekenhuis (32,0%), op huisbezoek (7,7%) en telefonisch (7,5%).

In deze studie werd gezocht naar oorzaken en gevolgen van een daad van agressie. De aanleidingen waren divers. De medische aanpak van de artsen werd met 33,2% het vaakst als aanleiding opgegeven, gevolgd met 20,8% door de organisatie (bijvoorbeeld wachttijden). Geweigerde voorschriften was bij 17,3% van de casussen de aanleiding, gevolgd door het ongeschiktheidsattest (12,1%) en een uiting van ziekte (organisch of psychiatrisch) (12,0%). Verder waren miscommunicatie (10,6%) en de attitude van de arts (10,5%) nog belangrijke aanleidingen. De attitude van de arts was vaker bij Franstaligen (14,1%) dan bij Nederlandstaligen (8,6%) een aanleiding voor agressie. Ook de organisatie (bijvoorbeeld wachttijden) was bij Franstaligen (26,3%) vaker aanleiding tot agressie dan bij Nederlandstaligen (18,0%). De meeste artsen (73,7%) reageerden op agressie met een verbale respons. Een kleinere groep (20,2%) sloeg alarm. Tot echte vechtpartijen resulteerde het slechts zeer

uitzonderlijk. Wel hield 26,7% van de artsen aan het geweldsincident een onveiligheidsgevoel over. Voor 21,4% van de artsen had de daad van agressie een invloed op de manier van werken. Een verandering van attitude was een gevolg voor 16,3%. Slechts een zeer kleine groep ondervond een periode van arbeidsongeschiktheid. Een groot deel van de respondenten (42,0%) gaf aan geen laattijdige gevolgen van de daad te ondervinden.

Voor een meerderheid van de agressors (53,6%) had hun daad van agressie geen gevolgen. Een minderheid (11,2%) bood achteraf excuses aan. Ook werd een minderheid ten gevolge van hun daad geschrapt uit het patiëntenbestand (10,1%). Van de respondenten gaf slechts een kleine minderheid (12,0%) aan dat het incident voorkomen had kunnen worden.

Verder werd onderzocht wat de gevolgen van alle geweldsincidenten van de voorbije 12 maanden samen voor de verdere beroepsuitoefening waren. Bij de artsen die de voorbije 12 maanden slachtoffer werden van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie hadden de geweldsincidenten vooral stress (31,0%), een onveiligheidsgevoel (23,8%), angst (16,8%), slaapproblemen (12,8%) en een laag zelfvertrouwen (10,9%) als gevolg. Toch gaf 44,1% van de respondenten aan geen klachten te ondervinden. Vrouwen ondervonden iets vaker stress dan mannen (33,8% tegenover 27,5%). Voor mannen leverde het vaker een belemmering van goede medische zorg op (11,7% tegenover 7,5%). Een opvallender verschil werd teruggevonden tussen de landstalen. Franstaligen ondervinden vaker stress (38,7% tegenover 27,1%) en angst (25,0% tegenover 12,6%) als gevolg dan Nederlandstaligen. Ook kwam burn-out vaker voor bij Franstaligen (8,8% tegenover 4,5%), net als een belemmering van goede medische zorg (12,6% tegenover 7,6%). Een significant groter deel van de Nederlandstaligen gaf aan geen klachten te ondervinden (49,4% tegenover 33,8%). Verder toonde dit onderzoek aan dat oudere artsen vaker last hadden van burn-out, depressie en slaapproblemen dan hun jongere collega's. Bij jonge artsen zorgden de geweldsincidenten wel vaker voor een lager gevoel van zelfvertrouwen. Grote verschillen werden ook gevonden tussen de artsen met hoofdactiviteit binnen en buiten het ziekenhuis. Artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis ondervonden globaal gezien meer klachten van angst (20,9% tegenover 12,0%), burn-out (7,2% tegenover 4,5%), stress (33,8% tegenover 27,8%), slaapproblemen (14,5% tegenover 10,8%) en een onveiligheidsgevoel (28,5% tegenover 18,2%) en zij veranderden vaker van praktijk (2,7% tegenover 1,1%). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat artsen in ziekenhuizen beter omkaderd waren, terwijl artsen buiten het ziekenhuis eerder op zichzelf aangewezen waren. Opvallend was nog dat hoewel oudere artsen en artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis minder vaak met agressie te maken kregen, de problemen als gevolg van een daad van agressie wel ernstiger waren.

Dit onderzoek hoopte ook inzichten te geven over de maatregelen die artsen reeds genomen hadden ter preventie en omgang met agressie en geweld. Uit dit onderzoek bleek dat een grote meerderheid (78,2%) geen persoonlijke preventieve maatregelen nam. Mannen (80,1%) namen minder persoonlijke maatregelen dan vrouwen (76,2%). Preventieve maatregelen werden vooral genomen op praktijkniveau. Meest voorkomend waren camerabewaking (19,3%), alarminstallaties (19,2%) en een secretariaat (17,4%). Lijsten met risicopatiënten werden vaker door vrouwen bijgehouden (9,2% tegenover 5,5%). In Nederlandstalig België was het gebruik van een alarmknop meer in gebruik dan in Franstalig België (9,8% tegenover 6,2%). Ook de wachtposten (9,8% tegenover 6,4%) en het secretariaat (19,9% tegenover 12,5%) werden bij de Nederlandstaligen vaker teruggevonden. In de vergelijking tussen hoofdactiviteit binnen of buiten het ziekenhuis werden grote significante verschillen teruggevonden voor bijna alle persoonlijke en praktijkgerichte maatregelen. Een verklaring hiervoor kon zijn dat preventie binnen ziekenhuizen iets was waar artsen zich weinig mee bezig hielden, omdat zij zelf deze preventieve maatregelen niet hoefden te nemen. Zaken zoals

camerabewaking, beveiligde kassa's, alarminstallaties en een secretariaat werden wellicht door het ziekenhuis zelf voorzien, waardoor deze percentages mogelijk een vertekend beeld gaven. Wachtposten werden bijna uitsluitend door de artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis, waarschijnlijk de huisartsen, geregeld (14,8%). Toch bleef het opvallend dat ook een alarmknop of een lijst met risicopatiënten slechts weinig bij de ziekenhuisartsen terug te vinden was.

Een eventuele nood aan bijkomende maatregelen en de rapportage van geweldsincidenten werd ook onderzocht. Van de artsen die de voorbije 12 maanden een geweldsincident ondervonden deed de meerderheid (77,6%) geen melding, noch bij politie, de orde der artsen, de huisartsenkring, intern of elders. Wanneer toch een melding gedaan werd was dit meestal door middel van een aangifte bij de politie (10,2%). Met dit onderzoek werd duidelijk dat nog steeds sprake was van onderrapportage, analoog aan eerdere studies en studies uit het buitenland^{23,30-39,41,42}. Deze onderrapportage bleek ook uit de vergelijking van de resultaten met die van het nationaal meldpunt van de orde der artsen en met die van buitenlandse meldpunten^{4,65,66}. Van alle deelnemers gaf slechts 20,9% aan gekend te zijn met het nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen, opgericht in mei 2016 door de Orde der Artsen.

4.2 AANBEVELINGEN VOOR PREVENTIEF BELEID

Met de uitkomsten van dit onderzoek konden enkele maatregelen voorgesteld worden om agressie en geweld tegen artsen te verminderen. Een nieuwe landelijke bewustwordingscampagne naar de bevolking toe wordt nuttig geacht, analoog aan eerdere campagnes in binnen en buitenland en met draagvlak van de Belgische artsen zoals bleek uit de opiniepeiling^{14,63}. Een bijkomend aspect in deze campagne zou kunnen zijn het hanteren van een beleid van nultolerantie naar agressie tegen artsen toe. Strengere straffen voor agressie naar artsen toe werden in 2007 al ingevoerd¹². Een nultolerantie kan daar een aanvulling op zijn en zou geïmplementeerd kunnen worden door bij agressie of geweld altijd de politie te contacteren en de agressor te verwijderen uit het patiëntenbestand⁵⁸.

Preventieve acties moeten in eerste instantie gericht zijn op risicogroepen. Dit zijn vooral jonge, vrouwelijke artsen die werkzaam zijn in de psychiatrie, de urgentiegeneeskunde en in wijkgezondheidscentra. Campagnes moeten zich niet enkel focussen op seksuele agressie, aangezien andere vormen van agressie frequenter zijn en ook vaker voorkomen bij vrouwen. Rekening moet gehouden worden met demografische veranderingen in de artsenpopulatie, waarbij het percentage vrouwelijke artsen toeneemt. Daarmee is te verwachten dat als geen maatregelen genomen worden agressie en geweld tegen artsen zal toenemen, iets waar ook in de buitenlandse literatuur voor gewaarschuwd wordt^{56,64}.

Het probleem van onderrapportage moet aangepakt worden. Artsen moeten gemotiveerd worden om ieder geval van agressie te melden bij de politie, het nationaal meldpunt van de Orde der Artsen en eventueel bij een intern meldpunt. Dit zou bereikt kunnen worden door middel van een landelijke bewustwordingscampagne (momenteel kent slechts een op de vijf artsen het meldpunt) en het in de toekomst herhalen van een cross-sectioneel onderzoek naar agressie. Zelfhulpgroepen en training naar agressie werden door de artsen in de opiniepeiling niet als noodzakelijk bevonden, hoewel veel van de aanleidingen van agressie wel terug te vinden waren in de organisatie (bijvoorbeeld wachttijden), de attitude en de medische aanpak van de arts. Misschien zou een dergelijke training beter een plaats hebben in de opleiding tot arts.

Het wordt aanbevolen een inventarisatie te maken van risicopatiënten. Dit kan op verschillende manieren. De artsen in deze enquête waren slechts in kleine meerderheid te vinden voor het delen

van het beroepsgeheim met de politie. Het delen van het beroepsgeheim tussen artsen onderling in het kader van veiligheid kon wel op veel steun rekenen. Onder artsen zou een systeem gebruikt kunnen worden van zwarte lijsten die gedeeld worden intern en via een rode vlag in het sumehr. Om toch aan de hulpverlenersplicht te kunnen voldoen voor risicopatiënten wordt een wettelijk kader voor politiebegeleiding bij risico-oproepen als gewenst geacht. Dit is in het verleden al eerder voorgesteld, onder andere door Patrik Roelandt en Ralph Pacqueu³. Risicopatiënten zijn vooral mannen tussen de twintig en zestig jaar oud, gekend als patiënt en met een psychiatrisch verleden, ethylisme, drugsgebruik en toxicomanie. Het kan nuttig zijn om focusgroepen te organiseren met psychiaters en huisartsen om een specifiek preventief beleid uit werken, zowel naar risicoartsen als risicopatiënten toe, en knelpunten op te sporen. Een goede samenwerking tussen psychiater en huisarts wordt als zinvol geacht met een vaste rol voor de huisarts wat de dossierkennis betreft.

Voor patiënten die vrijkomen uit de gevangenis zou kunnen voorzien worden dat deze patiënten een vaste huisarts krijgen en de medische dossiers uit de gevangenis overgedragen worden naar deze huisarts. Dit kan passen binnen het delen van het beroepsgeheim tussen artsen onderling in het kader van de veiligheid. Een aantekening zou ook in de sumehr geplaatst kunnen worden. Hier moet wel gewaakt worden dat deze patiënten niet automatisch op een zwarte lijst komen. Een goede overgang van medische zorg van binnen naar buiten de gevangenis zou tevens moeten voorkomen dat patiënten ontsnappen aan noodzakelijke medische zorg en de re-integratie in de maatschappij bevorderen, met name voor patiënten met psychiatrische problematiek.

Binnen de praktijk komt de meeste agressie voor en is veel winst te behalen. Het hebben van camerabewaking, een alarmknop, een beveiligde kassa of betaalterminal wordt als zinvol geacht, maar is momenteel niet bij iedere arts ingeburgerd. Een secretariaat lijkt niet beschermend te werken. Wachtposten lijken voor huisartsen zinvol en begeleiding met chauffeur is ook in het buitenland al aangehaald als mogelijke preventieve maatregel voor agressie⁶⁴. In dit onderzoek is niet bevraagd naar financiële belemmeringen in het voeren van een preventief beleid. Dit kan nuttig zijn voor een volgend onderzoek.

Artsen hebben het recht om veilig hun werk te kunnen doen. Agressie en geweld zouden nooit gezien mogen worden als horende bij het beroep. De hulpverlenersplicht zou ook nooit mogen betekenen dat artsen hun leven in gevaar moeten brengen. De eigen veiligheid is, zoals in alle situaties, van eerste belang om goede zorg aan anderen te kunnen bieden.

4.3 BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Met dit onderzoek werd een grote groep artsen in België bereikt en demografische gegevens van de respondenten kwamen overeen met die van alle artsen in België. Het onderzoek was daarmee met 3726 respondenten representatief voor alle artsen in België en bovendien was de onderzoeksgroep voldoende groot om significante verschillen aan te tonen. Een moeilijkheid hierbij was wel dat gedurende de studieduur niet gekend was hoeveel artsen precies werkzaam waren in België en in welke hoedanigheid. Een mogelijkheid voor bias was dat in het begin van het onderzoek enkel de artsen die met hun e-mailadres bij het RIZIV geregistreerd stonden deze enquête konden ontvangen. Later werd aandacht voor de enquête besteed in de medische pers, waardoor ook anderen de kans kregen de enquête in te vullen. De eerste twee weken van het onderzoek ondervonden sommige artsen problemen met het invullen van de vragenlijst op Internet Explorer, waardoor die groep de enquête pas in kon vullen in de laatste twee weken nadat deze problemen verholpen waren. Aangezien geen papieren vragenlijsten gebruikt werden konden enkel artsen met een computer en een internetverbinding de enquête invullen. Gezien de meeste artsen tegenwoordig digitaal en met

een computer werken werd daarin geen bias verwacht. In de vergelijking met andere studies moet hier wel rekening mee gehouden worden.

Andere beperkende factoren in deze studie waren de beperkte set van demografische gegevens van de studiegroep. Om privacyredenen werden slechts de gegevens bevraagd die niet zouden kunnen herleiden naar de arts die deze ingevuld had. Hierdoor ontbraken gegevens zoals de specialisatie van de arts (in deze studie ging het enkel over de hoofdactiviteit) en de locatie van hun praktijk of ziekenhuis (wel werd gevraagd naar de locatie van de agressie, maar dat enkel aan de artsen die aangaven de voorbije 12 maanden hiervan slachtoffer te zijn geweest). Een directe vergelijking tussen huisarts en specialist was niet mogelijk, maar in plaats daarvan kon wel een analyse gemaakt worden tussen artsen werkzaam in ziekenhuizen (vooral specialisten) en artsen werkzaam daarbuiten (vooral huisartsen).

In deze studie werd enkel gevraagd om de ergst ervaren casus van de voorbije 12 maanden verder uit te werken. Dit maakte het voor de arts mogelijk in een redelijk tijdsbestek de enquête correct in te vullen, maar zorgde wel voor een vertekening van de resultaten. De 1372 casussen die verder geanalyseerd werden in paragraaf 3.2 weerspiegelden dus enkel de voor de invuller ergst ervaren casus en de resultaten moeten daarin dan ook gekaderd worden.

Een andere beperking was dat de classificaties van agressie en geweld vatbaar konden zijn voor interpretatie en subjectiviteit. Wat voor de ene respondent gold als agressie hoefde dit voor een ander niet noodzakelijk te zijn. Getracht werd om hierover duidelijkheid te scheppen door uitleg over de classificaties mee te geven bij de enquête.

4.4 TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Toekomstig onderzoek zal zich vooral moeten richten op preventief beleid. Onderzocht kan worden welke artsen belemmeringen ondervinden in het uitvoeren van preventieve maatregelen. Voor de risicogroepen kunnen focusgroepen gehouden worden om tot deze informatie te komen. Eventueel zou een nieuwe nationale enquête met bevraging naar de voorbije 12 maanden gehouden kunnen worden om te evolueren of preventieve maatregelen gewerkt hebben en te zien waar de knelpunten precies zitten. Bovendien kan een enquête zoals in dit onderzoek uitgevoerd ook de belangstelling voor het thema terug aanwakkeren en als een uitlaatklep dienen voor artsen die in hun carrière met agressie te maken hebben gehad.

5 BESLUIT

Dit onderzoek toonde aan dat 84,4% van alle artsen in hun carrière ooit het slachtoffer werd van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Vrouwen kwamen tijdens hun carrière significant vaker in aanraking met agressie (86,8% tegenover 82,1%). De voorbije 12 maanden kreeg 36,8% van de artsen met agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie te maken. Specifieker was dit voor verbaal geweld 33,1%, psychisch geweld 30,0%, fysiek geweld 14,4% en seksueel geweld 9,5%. Vrouwen kregen de voorbije 12 maanden significant vaker te maken met agressie (43,2% tegenover 30,9%). Ook jonge artsen kregen significant vaker te maken met agressie. Psychiatrische instellingen waren het gevaarlijkst. In de ziekenhuizen was de spoedgevallendienst het gevaarlijkst.

De agressor was vaak een eigen patiënt (50,2%), vaker een man (68,1%), tussen de 20 en 59 jaar oud (83,1%), vaak samenwonend (42,7%) en kon gekend zijn met een psychiatrisch verleden (29,2%), ethylisme (15,9%), drugabusus (14,1%) en toxicomanie (11,4%). De medische aanpak van de artsen werd met 33,2% het vaakst als aanleiding opgegeven, gevolgd met 20,8% door de organisatie (bijvoorbeeld wachttijden). Geweigerde voorschriften was bij 17,3% van de casussen de aanleiding.

De meeste artsen (73,7%) reageerden op agressie met een verbale respons. Een kleinere groep (20,2%) sloeg alarm. Bij de artsen die de voorbije 12 maanden slachtoffer werden van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie hadden de geweldsincidenten vooral stress (31,0%), een onveiligheidsgevoel (23,8%), angst (16,8%), slaapproblemen (12,8%) en een laag zelfvertrouwen (10,9%) als gevolg. Artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis ondervonden vaker problemen als gevolg van de agressie.

Preventieve maatregelen werden vooral genomen op praktijkniveau. Meest voorkomend waren camerabewaking (19,3%), alarminstallaties (19,2%) en een secretariaat (17,4%). Van de artsen die de voorbije 12 maanden een geweldsincident ondervonden deed de meerderheid (77,6%) geen melding, noch bij politie, de orde der artsen, de huisartsenkring, intern of elders.

Door demografische veranderingen in de artsenpopulatie, waarbij het percentage vrouwelijke artsen toeneemt, is te verwachten dat agressie en geweld tegen artsen zal toenemen. Preventieve maatregelen zijn dan ook nodig, in eerste instantie gericht op de risicogroepen.

6 DANKWOORD

Deze masterproef kwam tot stand in een nauwe samenwerking met de Orde der Artsen, PRAAG en de VUB. In het bijzonder wil ik mijn promotor Prof. Dr. Dirk Devroey bedanken voor mij de gelegenheid te hebben gegeven dit thema te onderzoeken, voor zijn input bij het tot stand komen van de vragenlijst, zijn verdere adviezen gedurende het hele verloop van de masterproef en voor zijn begeleiding bij het tot stand komen van dit werk. Verder wil ik mijn copromotor Prof. Dr. Michel Deneyer bedanken voor het verspreiden van de enquête via de Orde der Artsen, het regelen van de vertaling van de enquête in het Frans, de aanvraag bij het RIZIV voor een accrediteringspunt op ethiek en economie en zijn input bij het tot stand komen van de vragenlijst. Prof. Dr. Ronald Buyl wil ik bedanken voor het faciliteren van de enquête op de webserver van de VUB en voor zijn input bij het tot stand komen van de vragenlijst. Verder wil ik ook Ralph Pacqueu en Sophie Roelandt bedanken voor hun input bij het opstellen van de vragenlijst en de verdere adviezen die gegeven werden in de aanloop naar en gedurende het onderzoek.

Naast deze mensen wil ik ook mijn ouders bedanken voor mij altijd gesteund te hebben in mijn lange en niet altijd even gemakkelijke weg richting arts. Mijn vriendin wil ik bedanken voor haar steun en geduld op de momenten dat ik bezig was met de examens en het schrijven van deze masterproef. Het is dankzij haar dat ik mij ook op andere zaken kon focussen en niet verloren raakte in alle beslommeringen horende in deze laatste fase van de opleiding geneeskunde.

Tot slot wil ik alle artsen bedanken die de tijd en moeite namen om aan dit onderzoek deel te nemen.

7 REFERENTIES

1. PRAag. Patrik Roelandt Anti-Agressie Groep [Internet]. 2016 [geciteerd 22 december 2016]. Beschikbaar op: <https://sites.google.com/site/praaggroep/home>
2. Backx P. Huisartsen geschokt door moord op Dr. Patrik Roelandt [Internet]. 2015 [geciteerd 19 april 2017]. Beschikbaar op: <https://www.news4med.com/newsletteredition/News4MedDaily/213>
3. Backx P, Ceulemans F, Roelandt P, Pacqueu R. Arts en agressie. *Artsenkrant*. 1999;20(1163):2-4-21.
4. Orde der artsen. Nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen [Internet]. 2016 [geciteerd 9 februari 2017]. Beschikbaar op: <https://ordomedic.be/nl/aanmeldingsformulier-agressie/>
5. Orde der artsen. Oprichting van een nationaal meldpunt van agressie tegen artsen - Advies [Internet]. 2016 [geciteerd 15 april 2017]. Beschikbaar op: <https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/oprichting-van-een-nationaal-meldpunt-van-agressie-tegen-artsen>
6. den Boon CA, Geeraerts D. Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal. 14e editie. Utrecht: Van Dale Lexicografie; 2005.
7. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. januari 1986;143(1):35–9.
8. Anderson CA, Bushman BJ. Human Aggression. *Annu Rev Psychol*. februari 2002;53(1):27–51.
9. Babcock JC, Tharp ALT, Sharp C, Heppner W, Stanford MS. Similarities and differences in impulsive/premeditated and reactive/proactive bimodal classifications of aggression. Vol. 19, *Aggression and Violent Behavior*. 2014. p. 251–62.
10. Selleslagh P, Avonts D. Portrait de la violence. *Le J du Médecin*. 1996;17(929):5,9-25.
11. Ceulemans F. Exclusieve Intra Muros enquête. *Intra-Muros*. 1998;2(19):4–6.
12. V.C. Strengere straffen voor geweld tegen artsen. *Artsenkrant*. 2007;28(1815):4.
13. Goorden T. “Je wordt nooit meer de oude”. *Artsenkrant*. 2007;28(1810):32.
14. FOD Binnenlandse Zaken, FOD Volksgezondheid. Veiligheid voor huisartsen [Internet]. 2009 [geciteerd 17 april 2017]. Beschikbaar op: <http://www.veiligheidvanartsen.be/>
15. Drie ziekenhuisartsen op vier geconfronteerd met agressie [Internet]. 2010 [geciteerd 15 april 2017]. Beschikbaar op: <http://www.knack.be/nieuws/belgie/drie-ziekenhuisartsen-op-vier-geconfronteerd-met-agressie/article-normal-9324.html>
16. Nys T, Kartounian J. Agressie tegen huisartsen in Brussel: Nood aan maatregelen en opleiding? Vrije Universiteit Brussel; 2010.
17. Dedicated Research. Veiligheid op het werk - professionelen in de gezondheidszorg; Een studie uitgevoerd voor Ministers van Volksgezondheid BHG. 2011.
18. Minister van Binnenlandse Zaken en Gelijke Kansen. Schriftelijke vraag nr. 5-7222 [Internet]. 2012 [geciteerd 15 april 2017]. Beschikbaar op: <https://www.senate.be/www/?Mlval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=7222&LANG=nl>
19. Orde der Artsen. Statistieken Agressie tegen Atsen. 2017.

20. Regering België en deelstatenregeringen. Kadernota Integrale Veiligheid 2016-2019.
21. Huisartsenvereniging Gent. Verslag veiligheidsenquête. 2016.
22. Arts in nood [Internet]. 2016 [geciteerd 12 mei 2017]. Beschikbaar op: <https://www.artsinnood.be/>
23. Nazionale E. 4 op 10 artsen slachtoffer van seksueel ongewenst gedrag [Internet]. 2017 [geciteerd 8 mei 2017]. Beschikbaar op: <http://www.artsenkrant.com/actueel/4-op-10-artsen-slachtoffer-van-seksueel-ongewenst-gedrag/article-normal-26763.html>
24. World Health Organization. Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector [Internet]. World Health Organization; 2000 [geciteerd 19 april 2017]. Beschikbaar op: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/
25. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies: Research instruments. Geneva; 2003.
26. Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an additional Australian study: Synthesis Report. Geneva; 2002.
27. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva; 2002.
28. Hinsenkamp M. Violence against healthcare workers. *International Orthopaedics*. 2013;37(12):2321–2.
29. Hinsenkamp M. SICOT Declaration of Hyderabad on violence against healthcare workers. *Int Orthop*. 2014;38(4):685–7.
30. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med*. 2016;374(17):1661–9.
31. McNamara RM, Whitley TW, Sanders a B, Andrew LB. The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. *Acad Emerg Med*. 1995;2(4):293–301.
32. Fernandes CMB, Raboud JM, Christenson JM, Bouthillette F, Bullock L, Ouellet L, e.a. The effect of an education program on violence in the emergency department. *Ann Emerg Med*. januari 2002;39(1):47–55.
33. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S. Workplace violence: A survey of emergency physicians in the state of Michigan. Vol. 46, *Annals of Emergency Medicine*. 2005. p. 142–7.
34. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. *J Emerg Med*. oktober 2006;31(3):331–7.
35. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, Gordon JA, Magid DJ, Kaushal R, e.a. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2008;15(12):1268–74.
36. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the Emergency Department: A national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med*. mei 2011;40(5):565–79.
37. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, e.a. Workplace violence in emergency medicine: Current knowledge and future directions. *J Emerg Med*. september 2012;43(3):523–31.

38. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK. Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med.* januari 2013;31(1):197–205.
39. Schnapp B, Slovis B, Shah A, Fant A, Gisondi M, Shah K, e.a. Workplace Violence and Harassment Against Emergency Medicine Residents. *West J Emerg Med.* 2016;17(5):567–73.
40. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and correlates of harassment among US women physicians. *Arch Intern Med.* 1998;158(4):352–8.
41. Phillips SP, Schneider MS. Sexual harassment of female doctors by patients. *N Engl J Med.* 23 december 1993;329(26):1936–9.
42. Phillips S. Sexual harassment of female physicians by patients: What is to be done? *Can Fam Physician.* 1996;42(JAN.):73–8.
43. Bird S. Harassment of GPs. *Aust Fam Physician.* 2009;38(7):533–4.
44. Magin P, Adams J, Joy E, Ireland M, Heaney S, Darab S. Violence in general practice: Perceptions of cause and implications for safety. *Can Fam Physician.* 2008;54(9):1278–84.
45. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, e.a. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: A minor, major, or severe problem? *Can Fam Physician.* 2010;56(3).
46. Forrest L, Parker R, Hegarty K, Tuschke H. Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. *Aust Fam Physician.* 2010;39(5):323–6.
47. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Aust J Rural Health.* 2003;11(5):231–6.
48. Alexander C, Fraser J. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J Healthc Manag.* 2004;49(6):377–90.
49. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: A cross-sectional study of GPs. *Med J Aust.* 2005;183(7):352–6.
50. Koritsas S, Coles J, Boyle M, Stanley J. Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: A cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(545):967–70.
51. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: One-year prevalence. *N Z Med J.* 7 juli 2006;119(1237):U2050.
52. Forrest LE, Herath PM, McRae IS, Parker RM, Mja. A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia. *Med J Aust.* 6 juni 2011;194(11):605–8.
53. Urso PD, Hobbs R, Green H. PRACTICE OBSERVED Aggression and the general practitioner. 1989;298(January).
54. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ.* 1991;302(6772):329–32.
55. Ness GJ, House a, Ness a R. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ.* 2000;320(7247):1447–8.
56. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: A gendered risk? *Sociol Heal Illn.* maart 2016;38(3):426–41.

57. National Health Service. We don't have to take this: resource pack. London: Great Britain. Department of Health. National Health Service; 1999.
58. The College Practice - NHS Zero Tolerance [Internet]. [gecteerd 21 april 2017]. Beschikbaar op: <http://www.thecollegepractice.co.uk/info.aspx?p=18>
59. O'Connell P, Bury G. Assaults against general practitioners in Ireland. *Fam Med.* mei 1997;29(5):340-3.
60. O'Reilly D, Gilliland a., Steele K, Kelly C. Reasons for patient removals: Results of a survey of 1005 GPs in Northern Ireland. *Br J Gen Pract.* 2001;51(469):661-3.
61. Lagro-janssen METCVDMALM. Seksuele intimidatie van co-assistenten tijdens hun stage. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005;149(14):764-8.
62. Pernot IC, Hop HJMVBCJ. Agressie tegen kinderartsen en assistent-geneeskundigen in de kindergeneeskunde in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2005;149(10):542-4.
63. Wees duidelijk over agressie [Internet]. [gecteerd 8 mei 2017]. Beschikbaar op: <http://www.duidelijkoveragressie.nl/>
64. Vorderwulbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and violence against primary care physicians-a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(10):159-65.
65. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'observatoire pour la sécurité des médecins [Internet]. 2002 [gecteerd 21 april 2017]. Beschikbaar op: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924>
66. Organización Médica Colegial. Observatorio de Agresiones [Internet]. 2009 [gecteerd 8 mei 2017]. Beschikbaar op: http://www.cgcom.es/documentacion_agresiones
67. Peng W, Ding G, Tang Q, Xu L. Continuing violence against medical personnel in China: A flagrant violation of Chinese law. *Vol. 10, BioScience Trends.* 2016. p. 240-3.
68. Saeki K, Okamoto N, Tomioka K, Obayashi K, Nishioka H, Ohara K, e.a. Work-related aggression and violence committed by patients and its psychological influence on doctors. *J Occup Health.* 2011;53(5):356-64.
69. Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2015;15:11.
70. Fishbain DA, Bruns D, Disorbio JM, Lewis JE. Correlates of self-reported violent ideation against physicians in acute- and chronic-pain patients. *Pain Med.* 2009;10(3):573-85.
71. Barton B, Peat J. *Medical Statistics: A Guide to SPSS, Data Analysis and Critical Appraisal.* Vol. 4. John Wiley & Sons Ltd.; 2014. 408 p.

8 BIJLAGEN

8.1 BIJLAGE 1: INFORMED CONSENT IN HET NEDERLANDS

Beste artsen,

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan een studie omtrent geweld tegen artsen binnen de arts-patiëntrelatie.

Het **doel** van het onderzoek is om informatie te bekomen over de **prevalentie van soorten geweld** tegen artsen. Daarbij zullen we u vragen om de **ergst ervaren casus** verder te bespreken.

Ook willen we weten welke **maatregelen** artsen reeds getroffen hebben ter **preventie** en of er eventueel nood is aan bijkomende maatregelen. We beperken ons in het onderzoek tot gegevens van de **voorbije 12 maanden**.

Alle **artsen** die de afgelopen 12 maanden werkzaam zijn geweest als arts in België kunnen deelnemen. De vragenlijst bestaat uit 26 vragen en is volledig anoniem. Aan het eind heeft u nog de mogelijkheid om aan een **opiniepeiling** van 14 vragen deel te nemen. Dit is optioneel en ook volledig anoniem. Een volledig en correct ingevulde vragenlijst levert *één accrediteringspunt op voor Ethiek en Economie*.

Deze studie heeft goedkeuring gekregen van de **ethische commissie** van het UZ Brussel. Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment tijdens het invullen van de enquête terugtrekken uit het onderzoek. Uw gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden in een gegevensdatabank. Bij publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd. Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan dit onderzoek.

Dit **onderzoek** staat onder toezicht van een arts van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel. Voor verdere inlichtingen of vragen kunt u altijd contact opnemen met Prof. Dirk Devroey (ddevroey@vub.ac.be of 02/477.43.11).

De enquête loopt in nauwe samenwerking met de *Nationale Raad van de Orde der Artsen*, de *VUB* en *PRaag*.

Wij hopen op uw deelname aan dit onderzoek.

Door op volgende te klikken verklaart u akkoord te gaan met deelname aan dit wetenschappelijk onderzoek (informed consent).

8.2 BIJLAGE 2: INFORMED CONSENT IN HET FRANS

Chers médecins,

Nous avons le plaisir de vous inviter à participer à une étude concernant la violence à l'encontre des médecins au sein de la relation médecin-patient.

L'objectif de cette étude est de collecter des informations quant à la **prévalence des formes de violences** à l'égard des médecins. En outre, nous vous demanderons d'évoquer le **cas perçu comme étant le plus grave**.

Nous souhaitons aussi connaître les **mesures** déjà prises par les médecins en matière de **prévention** et nous renseigner sur le besoin éventuel de mesures complémentaires. Dans cette étude, nous nous limitons aux données des **douze derniers mois**.

Tous les **médecins** actifs au cours des douze derniers mois comme médecins en Belgique peuvent participer à cette enquête. Le questionnaire se compose de 26 questions et est totalement anonyme. À la fin, vous avez la possibilité de prendre part à un **sondage d'opinion** de 14 questions qui est facultatif et totalement anonyme également. Un questionnaire entièrement et correctement rempli vous donnera *un point d'accréditation en Éthique et Économie*.

Cette étude a été approuvée par la **Commission d'éthique** de l'UZ Brussel. Votre participation est volontaire ; vous pouvez, à tout moment, vous retirer de l'étude lorsque vous complétez le questionnaire. Vos données seront traitées anonymement et confidentiellement dans une banque de données. Votre anonymat est aussi garanti lors de la publication des résultats. Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un préjudice dans le cadre de votre participation à cette enquête.

Cette **étude** est supervisée par un médecin de l'unité Médecine générale de la Vrije Universiteit Brussel. Pour de plus amples informations ou pour d'autres questions, vous pouvez toujours vous adresser au professeur Dirk Devroey (ddevroey@vub.ac.be ou 02/477.43.11).

L'enquête est fait en étroite collaboration avec le *Conseil national de l'Ordre des médecins*, le *VUB* et *PRaag*.

Nous espérons que vous participerez à cette étude.

En cliquant sur suivant vous déclarez d'accord de participation à cette étude scientifique (informed consent).

8.3 BIJLAGE 3: VRAGENLIJST IN HET NEDERLANDS

Deel 1: Prevalentie

1. Welke types van agressie of geweld heeft u al meegemaakt tijdens uw carrière, zich situerend binnen de arts-patiëntrelatie? (Meerdere antwoorden mogelijk)
 - a. Fysiek
 - b. Verbaal
 - c. Psychisch
 - d. Seksueel
 - e. Anders
 - f. Geen
2. Hoe vaak bent u de afgelopen 12 maanden slachtoffer geweest van agressie of geweld binnen de arts-patiëntrelatie? Specificeer ook of dit in uw praktijk, buiten uw praktijk of tijdens de wachtdienst was.

	Soort	In uw praktijk	Buiten uw praktijk	Tijdens de wachtdienst
Fysiek	Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)			
	Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)			
	Aanval met voorwerp, wapen en/of dier			
	Beschadigen van eigendommen en/of diefstal			
Verbaal	Dreigen met fysiek geweld			
	Schelden en/of beledigen			
Psychisch	Vernederen			
	Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen			

	Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie			
	Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen			
	Chantage			
	Laster en/of smaad			
Seksueel	Seksuele opmerkingen			
	Seksuele handelingen bij zichzelf			
	U vasthouden			
	Seksuele aanraking bij u			
	Verkrachting			
	Stalking			
Anders	Anders			

Deel 2: Kies de casus uit de afgelopen 12 maanden die u als het ergst heeft ervaren (sla over indien geen antwoord op vraag 2)

3. Welke vorm van geweld (of poging daartoe) werd er gebruikt? (Meerdere antwoorden mogelijk)
 - a. Fysiek
 - i. Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)
 - ii. Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)
 - iii. Aanval met voorwerp, wapen en/of dier
 - iv. Beschadigen van eigendommen en/of diefstal
 - b. Verbaal
 - i. Dreigen met fysiek geweld
 - ii. Schelden en/of beledigen
 - c. Psychisch
 - i. Vernederen
 - ii. Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen
 - iii. Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie
 - iv. Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen
 - v. Chantage
 - vi. Laster en/of smaad
 - d. Seksueel
 - i. Seksuele opmerkingen
 - ii. Seksuele handelingen bij zichzelf
 - iii. U vasthouden
 - iv. Seksuele aanraking bij u
 - v. Verkrachting
 - vi. Stalking
 - e. Anders: Specificieer
4. Waar gebeurde de agressie?
 - a. Postnummer: #####
5. Wanneer kwam de agressie voor?
 - a. Datum: ##/##/####
 - b. Uur: ##:##
6. In welke setting gebeurde de agressie?
 - a. In de raadpleging (eigen kabinet)
 - b. Op huisbezoek
 - c. In een tehuis (WZC, instelling, ...)
 - d. Op straat
 - e. Op de wachtpost
 - f. In een algemeen ziekenhuis
 - i. Abdominale heelkunde
 - ii. Algemene heelkunde
 - iii. Anatomo-Pathologie
 - iv. Anesthesiologie
 - v. Apotheek
 - vi. Borstkliniek
 - vii. Cardiologie

- viii. Dermatologie
- ix. Diabeteskliniek
- x. Digestieve heelkunde
- xi. Endocrinologie
- xii. Fysische geneeskunde en revalidatie
- xiii. Geriatrie
- xiv. Gynaecologie
- xv. Hartheelkunde
- xvi. Hematologie
- xvii. Hemato-oncologie
- xviii. Immuno-allergologie
- xix. Infectieziekten
- xx. Intensieve zorgen
- xxi. Interne geneeskunde
- xxii. Keel, neus, oor
- xxiii. Kinesitherapie
- xxiv. Klinische biologie
- xxv. Maag- en darmziekten
- xxvi. Medische Genetica
- xxvii. Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie
- xxviii. Neonatologie
- xxix. Neurochirurgie
- xxx. Neurologie
- xxxi. Nierziekten
- xxxii. Nucleaire Geneeskunde
- xxxiii. Obesitaskliniek
- xxxiv. Oncologie
- xxxv. One Day Clinic
- xxxvi. Oogheelkunde
- xxxvii. Orthopedie - Traumatologie
- xxxviii. Pediatrie
- xxxix. Plastische heelkunde
 - xl. Pneumologie
 - xli. Psychiatrie
 - xl.ii. Radiologie
 - xl.iii. Radiotherapie
 - xl.iiii. Reproductieve Geneeskunde
 - xl.v. Reumatologie
 - xl.vi. Slaaplaboratorium
 - xl.vii. Spoedgevallen
 - xl.viii. Supportieve en palliatieve zorg
 - xl.ix. Thoracale heelkunde
 - I. Urologie
 - li. Vaatheelkunde
 - lii. Verloskunde en prenatale geneeskunde
 - liii. Anders: Specifickeer
- g. In een psychiatrisch ziekenhuis
- h. Op de spoedgevallendienst

- i. In de omgeving van uw woonst
 - j. Tijdens een controle
 - k. Kind en gezin
 - l. Ziekenfonds
 - m. Gevangenis
 - n. Telefonisch
 - o. Per e-mail
 - p. Per brief
 - q. Sms, WhatsApp, e.d.
 - r. Sociale media
 - s. Anders: Specificieer
7. Door wie werd de agressie veroorzaakt? (indien meerdere agressors, kies de belangrijkste agressor)
- a. Gekende patiënt
 - b. Niet gekende patiënt
 - c. Familie van de patiënt
 - d. Een derde persoon
 - e. Anonieme of onbekende agressor
8. Wat was het geslacht van de agressor?
- a. Man
 - b. Vrouw
 - c. Onbekend
9. Wat was de leeftijdscategorie van de agressor?
- a. 0-19
 - b. 20-39
 - c. 40-59
 - d. 60-79
 - e. >80
 - f. Onbekend
10. Welke was de leefsituatie van de agressor?
- a. Alleenwonend
 - b. Samenwonend
 - c. Onbekend
11. Is de agressor gekend met (meerdere antwoorden mogelijk):
- a. Psychiatrisch verleden
 - b. Ethylisme
 - c. Drugabusus
 - d. Toxicomanie
 - e. Crimineel verleden
 - f. Geweld tegen hulpverleners
 - g. Chronische pijn
 - h. Geen van bovenstaande
 - i. Onbekend
12. Wat was de aanleiding van agressie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Geweigerde voorschriften
 - b. Ongeschiktheidsattest
 - c. Ander attest
 - d. Geld en/of erelonen

- e. Diefstal geld en/of goederen
 - f. Uw attitude
 - g. Uw medische aanpak
 - h. Organisatie (bijvoorbeeld wachttijden)
 - i. Miscommunicatie
 - j. Uiting van ziekte (organisch of psychiatrisch)
 - k. Anders: Specificiceer ...
 - l. Onbekend
13. Wat was uw directe reactie? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Verbale respons (zoals persoon tot kalmte manen, vragen aan persoon om te stoppen, in verweer gaan)
 - b. Uzelf fysiek verdedigen
 - c. Toegeven aan eisen van de patiënt
 - d. Scheldpartij met u
 - e. Vechtpartij met u
 - f. Vluchten door u
 - g. Alarm slaan (zoals collega roepen, politie bellen)
 - h. Anders: Specificiceer ...
 - i. Geen directe reactie
14. Wat was het laattijdige gevolg? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Lichamelijke letsels
 - b. Materiaalschade
 - c. Psychische problemen
 - d. Verandering van attitude
 - e. Invloed op manier van werken
 - f. Angst en/of onveiligheidsgevoel
 - g. Aantasting van uw persoonlijke integriteit
 - h. Arbeidsongeschiktheid
 - i. # dagen
 - i. Anders: Specificiceer ...
 - j. Geen gevolgen
15. Heeft u aangifte gedaan bij een van de volgende instanties? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Politie
 - b. Huisartsenkring
 - c. Meldpunt agressie orde der artsen
 - d. Andere: Specificiceer ...
 - e. Geen
16. Wat was het gevolg voor de agressor? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Waarschuwing
 - b. Arrestatie
 - c. Vervolging
 - d. Schrappen uit patiëntenbestand / Geen medische zorg meer verlenen
 - e. Verwezen naar een collega
 - f. Heeft excuses aangeboden
 - g. Geen
 - h. Anders: Specificiceer ...
17. Denkt u dat dit incident voorkomen had kunnen worden?

- a. Ja
 - i. Hoe? ...
- b. Nee
- c. Weet niet

Deel 3: Preventieve maatregelen

18. Heeft u geïnvesteerd in middelen ter verdediging van uzelf? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Wapens
 - i. Welke? ...
 - b. Hond
 - c. Spuitbussen (zoals pepperspray)
 - d. Begeleiding door andere persoon (zoals student, politie, leger, privaat bedrijf, chauffeur)
 - e. Elektronische traceringsystemen (zoals gps)
 - f. Terugbelsysteem (in geval van opsluiting bij patiënt thuis)
 - g. Cursussen zelfverdediging
 - h. Cursussen conflictbeheersing
 - i. Andere: Specificieer ...
 - j. Geen van bovenstaande
19. Nam u reeds preventieve maatregelen ter bescherming van uw praktijkomgeving? (meerdere antwoorden mogelijk)
- a. Camerabewaking
 - b. Beveiligde kassa en/of betaalterminal
 - c. Alarminstallaties
 - d. Alarmknop op gsm of bureau
 - e. Lijst met risicopatiënten (persoonlijk, in groepspraktijk, aantekening in dossier)
 - f. Wachtposten
 - g. Secretariaat
 - h. Andere: Specificieer ...
 - i. Geen van bovenstaande
20. Hebben alle geweldsincidenten van de afgelopen 12 maanden samen bij u geleid tot volgende problemen? (meerdere antwoorden mogelijk) (sla over indien geen antwoord op vraag 2)
- a. Angst
 - b. Burn-out
 - c. Stress
 - d. Depressie
 - e. Slaapproblemen
 - f. Laag zelfvertrouwen
 - g. Zelfmoordgedachten
 - h. Onveiligheidsgevoel
 - i. Veranderen van praktijk
 - j. Stopzetten van uw praktijk
 - k. Belemmering van goede medische zorg
 - l. Anders: Specificieer ...
 - m. Geen klachten
21. Kent u het nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen, opgericht in mei 2016 door de orde der artsen?
- a. Ja
 - b. Nee

Deel 4: Algemene persoonsgegevens

22. Geslacht
 - a. M
 - b. V
23. Geboortjaar
 - a. ####
24. Aantal jaren praktijk
 - a. ##
25. Wat is uw hoofdactiviteit?
 - a. Solopraktijk
 - b. Duopraktijk
 - c. Groepspraktijk
 - d. Wijkgezondheidscentrum
 - e. Ziekenhuis
 - i. Abdominale heelkunde
 - ii. Algemene heelkunde
 - iii. Anatomo-Pathologie
 - iv. Anesthesiologie
 - v. Apotheek
 - vi. Borstkliniek
 - vii. Cardiologie
 - viii. Dermatologie
 - ix. Diabeteskliniek
 - x. Digestieve heelkunde
 - xi. Endocrinologie
 - xii. Fysische geneeskunde en revalidatie
 - xiii. Geriatrie
 - xiv. Gynaecologie
 - xv. Hartheelkunde
 - xvi. Hematologie
 - xvii. Hemato-oncologie
 - xviii. Immuno-allergologie
 - xix. Infectieziekten
 - xx. Intensieve zorgen
 - xxi. Interne geneeskunde
 - xxii. Keel, neus, oor
 - xxiii. Kinesitherapie
 - xxiv. Klinische biologie
 - xxv. Maag- en darmziekten
 - xxvi. Medische Genetica
 - xxvii. Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie
 - xxviii. Neonatologie
 - xxix. Neurochirurgie
 - xxx. Neurologie
 - xxxi. Nierziekten
 - xxxii. Nucleaire Geneeskunde
 - xxxiii. Obesitaskliniek

- xxxiv. Oncologie
- xxxv. One Day Clinic
- xxxvi. Oogheelkunde
- xxxvii. Orthopedie - Traumatologie
- xxxviii. Pediatrie
- xxxix. Plastische heelkunde
 - xl. Pneumologie
 - xli. Psychiatrie
 - xlii. Radiologie
 - xliii. Radiotherapie
 - xliv. Reproductieve Geneeskunde
 - xlv. Reumatologie
 - xlvi. Slaaplaboratorium
 - xlvii. Spoedgevallen
 - xlviii. Supportieve en palliatieve zorg
 - xlix. Thoracale heelkunde
 - I. Urologie
 - li. Vaatheelkunde
 - lii. Verloskunde en prenatale geneeskunde
 - liii. Anders: specificeer
- f. Psychiatrische instelling
- g. Tehuis
- h. Ziekenfonds
- i. Controlearts
- j. Kind en Gezin
- k. Gevangenis
- l. Anders: specificeer

26. Heeft u medewerkers in uw praktijk (inclusief meewerkende familieleden)?

- a. 0
- b. 1-5
- c. >5

Deel 5: Opiniepeiling (Optioneel) (antwoorden met ja/nee/geen antwoord)

27. Moet er een preventieve begeleiding door politie bij risico-oproep mogelijk zijn?
28. Vindt u dat er noodzaak is aan een proactieve melding van risicoadressen aan de huisarts door collega's?
29. Vindt u dat er noodzaak is aan een proactieve melding van risicoadressen aan de huisarts door politie?
30. Moet het beroepsgeheim kunnen gedeeld worden onder artsen in het belang van uw veiligheid?
31. Moet het beroepsgeheim kunnen gedeeld worden met de politie in het belang van uw veiligheid?
32. Moet er een red flag komen in het GMD of EMD of sumehr?
33. Moeten er lijsten van risicoadressen beschikbaar zijn voor de wachtdienst?
34. Vindt u dat er noodzaak is aan een code van tolerantie en een bewustzijns campagne naar de bevolking toe?
35. Moet er zero tolerantie t.o.v. agressie tegen hulpverleners komen (zoals in Engeland en Nederland)?
36. Heeft u nood aan vorming tot omgaan met agressie?
37. Moet er slachtofferopvang door collega's komen?
38. Is er nood aan een zelfhulpgroep voor artsen?
39. Bent u van mening dat de onveiligheid nu zo groot is dat we moeten overwegen om geen nachtelijke bezoeken meer af te leggen?
40. Indien ja, welk alternatief stelt u voor om de zieke patiënt 's nachts te helpen?
 - a. Specificeer ...

8.4 BIJLAGE 4: VRAGENLIJST IN HET FRANS

Partie 1 : Prévalence

1. Quels types d'agressions ou de violences, s'inscrivant dans le cadre de la relation médecin-patient, avez-vous déjà vécus au cours de votre carrière ? (Plusieurs réponses possibles)
 - a. Violences physiques
 - b. Violences verbales
 - c. Violences psychiques
 - d. Violences sexuelles
 - e. Autre
 - f. Aucune violence
2. À quelle fréquence avez-vous été victime d'agressions ou de violences durant ces douze derniers mois dans le cadre de la relation médecin-patient ? Précisez également si cet incident est survenu dans votre cabinet, en dehors de votre cabinet ou lors d'un service de garde.

	Type	Dans votre cabinet	En dehors de votre cabinet	Lors d'un service de garde
Physique	Violences physiques légères (par exemple : pousser, saisir, cracher)			
	Violences physiques graves (par exemple : mordre, donner des coups de pied, frapper, étrangler)			
	Attaque avec un objet, une arme et/ou un animal			
	Dégâts des biens et/ou vol			
Verbal	Menaces de violences physiques			
	Injures et/ou offenses			
Psychique	Humiliations			
	Reproches et/ou attitude suscitant intentionnellement un sentiment de culpabilité			
	Menaces de suicide et/ou d'automutilation			

	Manipulation et/ou incitation à des actes illégaux			
	Chantage			
	Diffamation			
Sexuel	Remarques à connotation sexuelle			
	Actes sexuels sur sa personne			
	Fait de vous tenir			
	Attouchements sur votre personne			
	Viol			
	Harcèlement			
Autre	Autre			

Partie 2 : choix du cas perçu comme étant le plus grave au cours de ces douze derniers mois (sauter si aucune réponse à la question 2)

3. Quelle forme de violences (ou tentative) a été utilisée ? (Plusieurs réponses possibles)
 - a. Physique
 - i. Violences physiques légères (par exemple : pousser, saisir, cracher)
 - ii. Violences physiques graves (par exemple : mordre, donner des coups de pied, frapper, étrangler)
 - iii. Attaque avec un objet, une arme et/ou un animal
 - iv. Dégâts des biens et/ou vol
 - b. Verbale
 - i. Menaces de violences physiques
 - ii. Injures et/ou offenses
 - c. Psychique
 - i. Humiliations
 - ii. Reproches et/ou attitude suscitant intentionnellement un sentiment de culpabilité
 - iii. Menaces de suicide et/ou d'automutilation
 - iv. Manipulation et/ou incitation à des actes illégaux
 - v. Chantage
 - vi. Diffamation
 - d. Sexuelle
 - i. Remarques à connotation sexuelle
 - ii. Actes sexuels sur sa personne
 - iii. Fait de vous tenir
 - iv. Attouchements sur votre personne
 - v. Viol
 - vi. Harcèlement
 - e. Autre : Précisez ...
4. Où l'agression s'est-elle déroulée ?
 - a. Code postal : #####
5. Quand l'agression a-t-elle eu lieu ?
 - a. Date : ##/##/####
 - b. Heure : ##:##
6. Dans quel cadre l'agression s'est-elle déroulée ?
 - a. En consultation (cabinet personnel)
 - b. En visite à domicile
 - c. Dans un établissement (MRS, institution, etc.)
 - d. Dans la rue
 - e. Au poste de garde
 - f. Dans un hôpital général
 - i. Chirurgie abdominale
 - ii. Chirurgie générale
 - iii. Anatomopathologie
 - iv. Anesthésiologie
 - v. Pharmacie
 - vi. Clinique du sein

- vii. Cardiologie
- viii. Dermatologie
- ix. Clinique du diabète
- x. Chirurgie digestive
- xi. Endocrinologie
- xii. Médecine physique et réadaptation
- xiii. Gériatrie
- xiv. Gynécologie
- xv. Chirurgie cardiaque
- xvi. Hématologie
- xvii. Hémato-oncologie
- xviii. Immuno-allergologie
- xix. Maladies infectieuses
- xx. Médecine intensive
- xxi. Médecine interne
- xxii. O.R.L.
- xxiii. Kinésithérapie
- xxiv. Biologie clinique
- xxv. Gastro-Entérologie
- xxvi. Génétique médicale
- xxvii. Chirurgie maxillo-faciale
- xxviii. Néonatalogie
- xxix. Neurochirurgie
- xxx. Neurologie
- xxxi. Néphrologie
- xxxii. Médecine nucléaire
- xxxiii. Clinique d'obésité
- xxxiv. Oncologie
- xxxv. One Day Clinic
- xxxvi. Ophtalmologie
- xxxvii. Orthopédie - Traumatologie
- xxxviii. Pédiatrie
- xxxix. Chirurgie plastique
 - xl. Pneumologie
 - xli. Psychiatrie
 - xlii. Radiologie
 - xliii. Radiothérapie
 - xliv. Centre de médecine de la reproduction
 - xlv. Rhumathologie
 - xlvi. Laboratoire de sommeil
 - xlvii. Urgence
 - xlviii. Soins de soutien et soins palliatifs
 - xlix. Chirurgie thoracique
 - I. Urologie
 - li. Chirurgie vasculaire
 - lii. Obstétrique
 - liii. Autre : Précisez ...
- g. Dans un hôpital psychiatrique

- h. Au service des urgences
 - i. À proximité de votre domicile
 - j. Lors d'un contrôle
 - k. À l'O.N.E.
 - l. Dans une mutualité
 - m. En prison
 - n. Au téléphone
 - o. Par e-mail
 - p. Par lettre
 - q. Par sms, WhatsApp, etc.
 - r. Via les médias sociaux
 - s. Autre : Précisez ...
7. Qui a provoqué l'agression ? (S'il y a plusieurs agresseurs, choisissez le principal)
- a. Patient connu
 - b. Patient non connu
 - c. Famille du patient
 - d. Tierce personne
 - e. Agresseur anonyme ou inconnu
8. Quel était le sexe de l'agresseur ?
- a. Homme
 - b. Femme
 - c. Inconnu
9. À quelle tranche d'âge appartenait l'agresseur ?
- a. 0-19
 - b. 20-39
 - c. 40-59
 - d. 60-79
 - e. > 80
 - f. Inconnue
10. Quelle était la situation de l'agresseur ?
- a. Vivant seul
 - b. Cohabitant
 - c. Inconnue
11. L'agresseur est-il connu pour (plusieurs réponses possibles) :
- a. Antécédents psychiatriques
 - b. Alcoolisme
 - c. Abus de drogues
 - d. Toxicomanie
 - e. Passé criminel
 - f. Violence envers des dispensateurs de soins
 - g. Douleurs chroniques
 - h. Aucune des propositions susmentionnées
 - i. Inconnu
12. Quel était le motif de l'agression ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Refus de prescriptions
 - b. Certificat d'incapacité
 - c. Autre certificat
 - d. Argent et/ou honoraires

- e. Vol d'argent et/ou de biens
 - f. Votre attitude
 - g. Votre approche médicale
 - h. Organisation (par exemple : temps d'attente)
 - i. Mauvaise communication
 - j. Annonce d'une maladie (organique ou psychiatrique)
 - k. Autre : Précisez ...
 - l. Inconnu
13. Quelle a été votre réaction directe ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Réponse verbale (par exemple : exhorter la personne au calme, demander à la personne d'arrêter, se défendre)
 - b. Vous défendre physiquement
 - c. Céder aux exigences du patient
 - d. Vous disputer
 - e. Vous battre
 - f. Vous enfuir
 - g. Donner l'alerte (par exemple : appeler un confrère, téléphoner à la police)
 - h. Autre : Précisez ...
 - i. Pas de réaction directe
14. Quelles étaient les conséquences tardives ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Lésions physiques
 - b. Dégâts matériels
 - c. Problèmes psychiques
 - d. Changement d'attitude
 - e. Influence sur la manière de travailler
 - f. Crainte et/ou sentiment d'insécurité
 - g. Atteinte à votre intégrité personnelle
 - h. Incapacité de travail
 - i. # jours
 - i. Autre : Précisez ...
 - j. Pas de conséquences
15. Avez-vous déposé plainte auprès de l'une des instances suivantes ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Police
 - b. Cercle de médecins généralistes
 - c. Point de contact Agressions, Ordre des médecins
 - d. Autre : Précisez ...
 - e. Non
16. Quelles étaient les conséquences pour l'agresseur ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Avertissement
 - b. Arrestation
 - c. Poursuites
 - d. Suppression du fichier patients / Plus de soins médicaux dispensés
 - e. Renvoi vers un confrère
 - f. Excuses présentées
 - g. Rien
 - h. Autre : Précisez ...
17. Pensez-vous que cet incident aurait pu être évité ?

- a. Oui
 - i. Comment ? ...
- b. Non
- c. Aucune idée

Partie 3 : Mesures préventives

18. Avez-vous investi dans des moyens de défense ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Armes
 - i. Lesquelles ? ...
 - b. Chien
 - c. Bombes (par exemple : spray au poivre)
 - d. Accompagnement par une autre personne (par exemple : étudiant, police, armée, entreprise privée, chauffeur)
 - e. Système de traçage électronique (par exemple : gps)
 - f. Système de rappel (en cas de détention au domicile d'un patient)
 - g. Cours d'auto-défense
 - h. Cours de gestion de conflits
 - i. Autre : Précisez ...
 - j. Aucune des mesures susmentionnées
19. Avez-vous pris des mesures préventives pour protéger les abords de votre cabinet ? (Plusieurs réponses possibles)
- a. Surveillance par caméras
 - b. Caisse sécurisée et/ou terminal de paiement
 - c. Installation d'alarmes
 - d. Bouton d'alarme sur le GSM ou le bureau
 - e. Liste des patients à risque (personnel, pratique de groupe, annotations dans le dossier)
 - f. Postes de garde
 - g. Secrétariat
 - h. Autre : Précisez ...
 - i. Aucune des mesures susmentionnées
20. Tous les incidents violents de ces douze derniers mois ont-ils entraîné chez vous les problèmes suivants ? (Plusieurs réponses possibles) (sauter si aucune réponse à la question 2)
- a. Crainte
 - b. Burn-out
 - c. Stress
 - d. Dépression
 - e. Problèmes de sommeil
 - f. Faible confiance en soi
 - g. Pensées suicidaires
 - h. Sentiment d'insécurité
 - i. Changement de cabinet
 - j. Arrêt de votre cabinet
 - k. Obstacle à de bons soins médicaux
 - l. Autre : Précisez ...
 - m. Aucune plainte
21. Connaissez-vous le point de contact national Agressions à l'encontre des médecins, créé par l'Ordre des médecins en mai 2016 ?
- a. Oui
 - b. Non

Partie 4 : Données personnelles générales

22. Sexe
 - a. H
 - b. F
23. Année de naissance
 - a. ####
24. Nombre d'années de pratique
 - a. ##
25. Quelle est votre activité principale ?
 - a. Cabinet solo
 - b. Pratique en duo
 - c. Pratique de groupe
 - d. Centre de santé local
 - e. Hôpital
 - i. Chirurgie abdominale
 - ii. Chirurgie générale
 - iii. Anatomopathologie
 - iv. Anesthésiologie
 - v. Pharmacie
 - vi. Clinique du sein
 - vii. Cardiologie
 - viii. Dermatologie
 - ix. Clinique du diabète
 - x. Chirurgie digestive
 - xi. Endocrinologie
 - xii. Médecine physique et réadaptation
 - xiii. Gériatrie
 - xiv. Gynécologie
 - xv. Chirurgie cardiaque
 - xvi. Hématologie
 - xvii. Hémato-oncologie
 - xviii. Immuno-allergologie
 - xix. Maladies infectieuses
 - xx. Médecine intensive
 - xxi. Médecine interne
 - xxii. O.R.L.
 - xxiii. Kinésithérapie
 - xxiv. Biologie clinique
 - xxv. Gastro-Entérologie
 - xxvi. Génétique médicale
 - xxvii. Chirurgie maxillo-faciale
 - xxviii. Néonatalogie
 - xxix. Neurochirurgie
 - xxx. Neurologie
 - xxxi. Néphrologie
 - xxxii. Médecine nucléaire
 - xxxiii. Clinique d'obésité

- xxxiv. Oncologie
- xxxv. One Day Clinic
- xxxvi. Ophtalmologie
- xxxvii. Orthopédie - Traumatologie
- xxxviii. Pédiatrie
- xxxix. Chirurgie plastique
 - xl. Pneumologie
 - xli. Psychiatrie
 - xlii. Radiologie
 - xliii. Radiothérapie
 - xliv. Centre de médecine de la reproduction
 - xlv. Rhumatologie
 - xlvi. Laboratoire de sommeil
 - xlvii. Urgence
 - xlviii. Soins de soutien et soins palliatifs
 - xlix. Chirurgie thoracique
 - I. Urologie
 - li. Chirurgie vasculaire
 - lii. Obstétrique
 - liii. Autre : Précisez ...
- f. Institution psychiatrique
- g. Établissement
- h. Mutualité
- i. Médecin contrôleur
- j. O.N.E.
- k. Prison
- l. Autre : Précisez ...

26. Avez-vous des collaborateurs au sein de votre cabinet (membres de la famille travaillant avec vous inclus) ?

- a. 0
- b. 1-5
- c. > 5

Partie 5 : Sondage d'opinion (facultatif) (répondre par oui/non/pas d'avis)

27. Un accompagnement préventif par la police en cas d'appel à risque doit-il être possible ?
28. Pensez-vous que des confrères doivent mentionner proactivement les adresses à risque au médecin généraliste ?
29. Pensez-vous que la police doit mentionner proactivement les adresses à risque au médecin généraliste ?
30. Le secret professionnel doit-il pouvoir être partagé entre médecins dans l'intérêt de votre sécurité ?
31. Le secret professionnel doit-il pouvoir être partagé avec la police dans l'intérêt de votre sécurité ?
32. Un « red flag » (drapeau rouge) doit-il apparaître dans le DMG, le DMI ou le Sumehr ?
33. Faut-il mettre à disposition des listes d'adresses à risque pour le service de garde ?
34. Pensez-vous qu'il est nécessaire d'avoir un code de tolérance et une campagne de sensibilisation destinés à la population ?
35. Faut-il une tolérance zéro quant aux agressions à l'égard des dispensateurs de soins (comme au Royaume-Uni et aux Pays-Bas) ?
36. Avez-vous besoin d'une formation pour faire face aux agressions ?
37. Faudrait-il un accueil des victimes par des confrères ?
38. Des groupes d'entraide pour médecins sont-ils nécessaires ?
39. Estimez-vous que l'insécurité est actuellement tellement grande que nous devons envisager de ne plus assurer de visites la nuit ?
40. Si oui, quelle possibilité proposez-vous pour aider un patient malade la nuit ?
 - a. Précisez ...

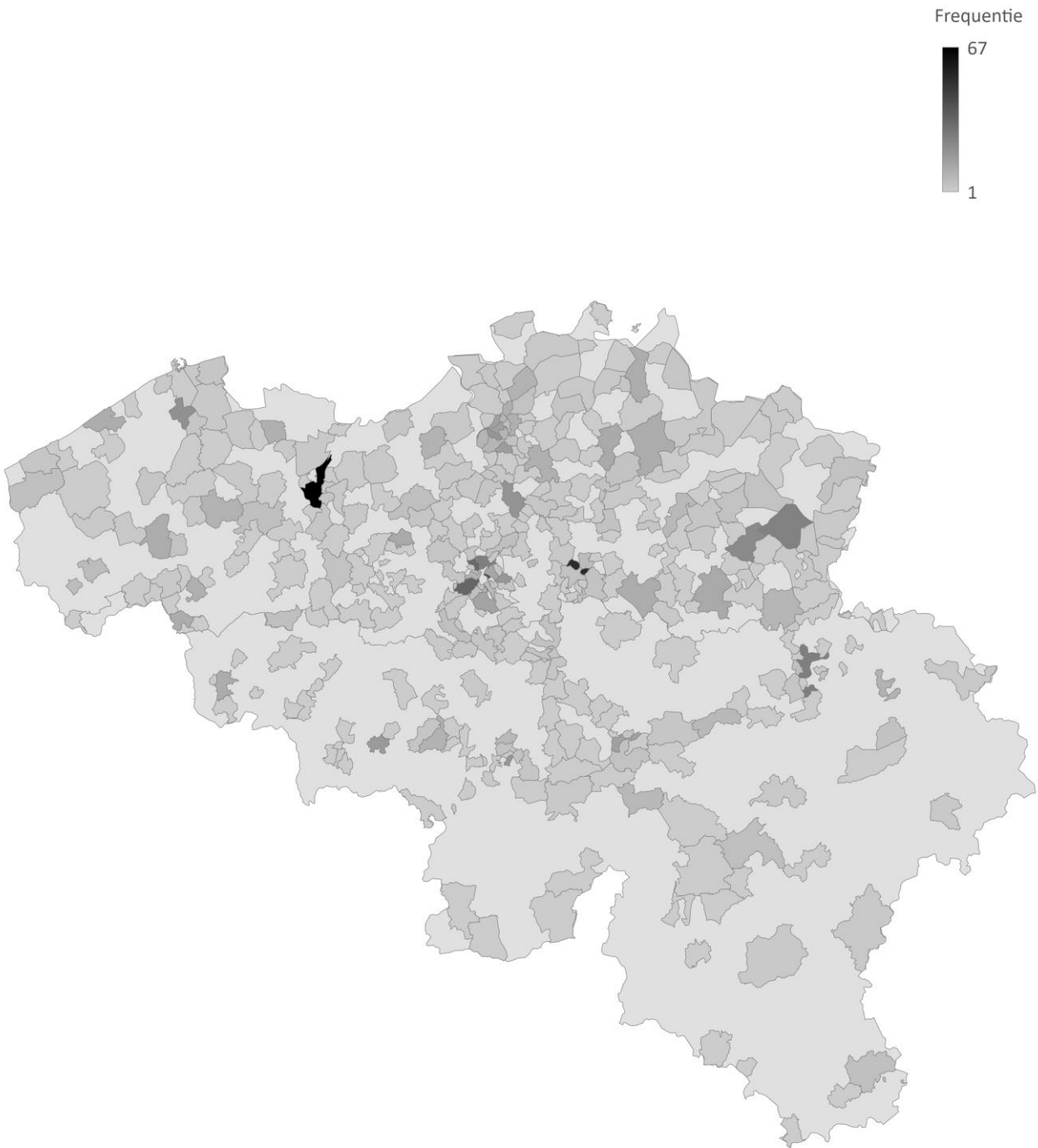


MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
 (since 23-03-2016)

<u>Name</u>	<u>Function</u>	<u>Gender</u>
Prof. Dr. Em. A. Van Steirteghem	CHAIRMAN UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. van der Werff ten Bosch, MD, PhD	VICE- CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Dr. Apr. V. Caveliers, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. H. De Boeck, MD, PhD	Pediatric Orthopedics UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Grève, MD, PhD	Medical Oncology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. De Mey, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	M
Mrs. M. De Win	External Member	F
Mr. D. Danschutter	Head Nurse UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. I. Gies, MD, PhD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Mr. S. Gondry, LLM	Attorney at Law Antwerp	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. J. Poelaert, MD, PhD	Anesthesiology UZ Brussel	M
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ Brussel	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	Legal Expert Research & Development - VUB	F
Prof. Dr. T. Vanhaecke, PhD	Toxicology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

8.6 BIJLAGE 6: WAAR GEBEURDE DE AGRESSIE?



Mogelijk gemaakt met Bing
© DSAT for MSFT, GeoNames, Navteq

8.7 BIJLAGE 7: HOE HAD VOLGENS U DIT INCIDENT VOORKOMEN KUNNEN WORDEN?

§ Rijongeschiktheid niet laten beoordelen door behandelend arts gezien dit de arts/patiënt relatie schaadt

§ voorschriften achter slot bewaren

§ présence dissuasive de vigiles

§ meilleure communication

temps attente moins long

compréhension de la part de l'entourage

§ si le médecin n'était pas obligé de remplir les certificats 9 ter avec la pression de l' avocat du patient alors que le dossier médical est léger, ne comporte pas de maladies graves.

§ Voir ubiquement le patient concerné en cabinet et refuser que le mari ou tout autre personne entre.

§ Par le professionnalisme

§ Oproep gebeurde door familie na de wachtpost, maar de reden van oproep was duidelijk geen taak voor een huisarts maar had bij de politie terecht moeten komen

§ Door voorkennis van het dossier

§ duidelijkere communicatie

§ Temps d'attente trop long car trop de patients sur plage horaire réduite

§ Je n'aurais pas dû le laisser entrer: Il s'est fait passer pour le fils d'un voisin

§ triage van wachtdienst telefoons

§ Si la personne s'était donné la peine de me contacter afin de faire part de ses doutes

§ X

§ aanpak en uitleg over een functioneel neurologisch probleem door de vorige arts had er mee te maken

§ Controle gegevens in dossier: zorgen dat telefoonnummer altijd correct ingevuld staat zodat ik niet bij ouders terecht kom terwijl ik kind nodig heb voor meedelen resultaten.

§ meilleure prise en charge des familles lors des précédres de don d'organe.

MEilleure organisation du travail de l'équipe de prélèvement.

M'assurer que les infos sont comprises par les proches lors d'une discussion préalable à une procédure de don.

§ Meilleure information de la famille par les confrères qui nous précèdent

§ Avoir mieux informé le patient sur le déroulement de l'examen à la prise du RDV

§ respect van patiënt voor hulpverlener

§ Persoon had uitleg kunnen vragen aan mij/mijn collega alvorens over te gaan tot zelf-interpretatie die foutief bleek te zijn.

§ Ik zou me veiliger gevoeld hebben als ik tijdens de wachtdienst 's nachts een chauffeur zou bij hebben.

§ Ergens had het vermeden kunnen worden door naar mijn buikgevoel te luisteren. Patiënt vroeg mij om een genitaal onderzoek te houden voor blaasontstekingsklachten en urineonderzoek was niet nodig: echter patiënt had angstproblematiek en wilde hem geruststellen

§ J'ai reçu un crachat en pleine figure car je me mettais en stationnement dans une place libre devant le centre médical. Un conducteur a surgi en criant qua cette place lui était réservée. Après une altercation, il m'a craché au visage. La police est venue et m'a dit que porter plainte était INUTILE

§ patiente admise récemment en MRS qui aurait dû d'emblée être placée en unité fermée

§ Betere communicatie over het gebruik van mail verkeer binnen de arts patiënt relatie

§ Het contact was een gevolg van een foute inschatting van de situatie door de verwijzer.

§ en interrompant plus rapidement la relation thérapeutique avec ce patient.

Et en prenant du repos et une aide d'une consœur plus rapidement.

§ De patiënte is exclusief gekend door 1 collega van de groepspraktijk. Die collega werkt als enige onvoldoende samen met de andere collega's en deelt geen patiënten. Zij biedt echter onvoldoende beschikbaarheid en continuïteit naar haar patiënten om de mentaliteit van een solo arts te hebben. De collega was op die moment niet beschikbaar, had dit wel zo geweest was er mogelijk geen incident geweest. Als de andere collega's de patiënte ook hadden gekend, reeds ontmoet, was er ook een relatie die dit misschien had voorkomen.

§ Op voorhand informeren tijdens de wachtdienst voor wat patiënten een consult wensen en zo toxicomane patiënten op voorhand uitselecteren

§ Information correcte des patients:

L'application correcte du tiers payant par tous les confrères avec demande du ticket modérateur et pas uniquement des vignettes.

pour les services d'appel de garde: ne pas faire des promesses de soins aux patients car seul le médecin décide des attitudes et actes médicaux.

§ Incident werd eigenlijk veroorzaakt doordat patiënt geconfronteerd werd met een collega die de tarifieringsregel niet volgt en derde betaler omwille van nood bij bijna alle patiënten toepast en mijn eigen patiënt begreep niet dat ik dat dus niet voor hem deed.

§ ? Que faire avec un psychopathe souffrant de jalousie pathologique?

§ Si j'avais été averti que l'immeuble était considéré comme à problèmes et fréquenté par une multitude de drogués (et si j'avais été accompagné par la police peut-être)

§ si j'avais été averti des problèmes liés à ce quartier

§ Duidelijke richtlijn wanneer ongeschiktheidsattest.

§ Être sûre de soi, mettre des limites claires au départ, "établir le contrat", ne pas céder aux émotions

§ Présentation au cabinet et soins adaptés

§ Enkel telefonisch contact met patiënt zelf en niet met derden.

§ als familie een palliatief beleid wenste hadden ze beter bij opname op spoed dit laten weten. In dit geval was patient gewoon gedropt op de dienst spoedgevallen

§ Door andere woordkeuze te gebruiken

§ Éducation des patients

§ Patiënten moeten niet rechtstreeks een arts kunnen bellen tijdens de wachtdienst. Er dient voorgaand triage te gebeuren over oproepen of deze kunnen wachten tot na de wachtdienst of niet.

§ par un simple cours/séminaire sur la violence patient-médecin que j'ai eu la chance de suivre quelques semaines plus tard et qui, je pense, m'aurait aidé à mieux gérer la situation

§ Meegaande opstelling, doch niet oneindig mogelijk

§ en sensibilisant le médecin traitant et le conjoint

§ en répondant plus vite au patient qui a mal vécu le temps pris à lui communiquer l'information dont il avait besoin (il a généralisé sur moi son vécu de lâchage de la part du personnel soignant suite à une mauvaise expérience avec un confrère quelques jours plus tôt)

§ meilleure communication

§ Tri 1733

§ Patiente agressive d'emblée

Incapable d'écoute

À 18 ans elle pensait connaître sa médecine mieux que qui quiconque et insultait ma collègue dans toutes ses phrases.

Une meilleure éducation aurait pu empêcher une telle agressivité de sa part

§ door iemand die dronken is en stijf staat vd drugs beter op te volgen. Is zeer vaak dronken, werd nog nooit gestopt om alcoholtest te doen

§ en me permettant de lui expliquer la nécessité de "passer la main", lorsqu'on a des difficultés à mettre en place un kt d'hémodialyse.

§ support et soutien moral devant l'agresseur de la part de l'équipe soignante

§ organisation et communication meilleure au sein du service , pas mise au courant de la réalisation d'exams alors que je prenais en charge le patient

§ Écoute du corps médical par l'hôpital et refus de soigner les personnes connues pour des faits de violence dans le cadre de l'établissement, représailles contre ces patients etc

§ En ignorant la personne agressive et en restant plus zen ?

§ correcte communicatie

§ Civisme

§ si les patients acceptaient d'écouter les explications quant au timing de leur prise en charge, en l'occurrence, et en favorisant le dialogue, de manière plus générale

§ Si la patiente n'était pas venu avec 22Min de retard

§ respect de la fonction de chacun dans l'institution doit être revue ebn profondeur

§ vastmaken voorwerpen (muziekinstallatie) in wachtzaal

§ Door de patiënte tijdig te wijzen op de grenzen binnen de arts-patiëntrelatie en de stalking niet te laten escaleren

§ agressor tot rede brengen en beter uitleggen vooraf hoe de organisatie verloopt in een ziekenhuis

§ door onbekenden geen toegang te geven tot afspraak maken via website

§ Indien de patiënt tijdig op zijn afspraak was opgedaagd

§ encadrement par la police qui l'a envoyé par ambulance

§ en communiquant autrement

§ Was ontslaan uit psychiatrie.

Onkunde psychiatrie instelling

§ la personne a porté plainte à l'OM concernant ma gestion d'une situation médicale avec une facilité déroutante : à savoir sur la page internet de l'OM.

§ Werkdruk reduceren.

§ police plus efficace

§ Le patient a demandé de ne pas payer la consultation. La service de mediation ne l'a pas accepté (mais on avait une procedure pour l'examiner). En plus, elle a utilisé les infirmieres pour essayer de passer entre les autres et les infirmieres ont interrompu les autres consultations plusieurs des fois en lui donnant l'impression qu'elle pourrait faire comme ça. Si on avait gardé les regles et les heures des consultations comme prévu et on lui avait expliqué qu'elle devrait être à l'heure, cet evenement pourrait être évité

§ Il aurait fallu que le responsable du service mette plus vite et plus fermement les limites.

§ Par communication simple

§ demande de certificat de complaisance

§ Communication correcte

§ Niet verwijzen naar praktijk met uitsluitend vrouwelijke collega's van patient met bekende problematiek versus vrouwen

Waarschuwing bij verwijzing ontbrak tevens

§ En répondant directement aux exigences du patient

§ Peut-être. en prenant plus de temps mais difficile dans une consultation à la chaine comme organisée dans les prisons

§ Humour et dérision

§ explications différemment

§ Pt weigeren op de raadpleging

§ ware beter verwittigd door Parket/advocaat

§ Famille van de patiënten beter informeren wat kan verwacht worden en aan welke verwachten niet ingelost zullen kunnen worden.

§ Explication sur le délai d'attente aux urgences et diminuer la fréquentation abusive des urgences

§ Pt met psychiatrische voorgeschiedenis die niet verbleef op een gesloten afdeling.

§ Uniformiteit rondom werkverlet creëren...

§ aanwezigheid veiligheidsagent in het ziekenhuis

§ soutien de la direction

§ Collega huisarts had niet gezegd aan patiënt dat ze hem op mijn lijst zette ipv op haar raadplegingenlijst, hij is daardoor heel boos geworden (al een gekende moeilijke patiënt).

§ meilleure prise en charge dans le trajet de soins du patient par d'autres collègues au sein de l'hôpital d'autant qu'ils'agit d'un patient travaillant dans ce même hôpital.

§ door duidelijke communicatie door specialist en mama ... mama had niet op spoed moeten zijn , specialisten komen patienten zelden of nooit zien op spoed .. spoed moet alles maar oplossen.. gemakkelijke consultatiepoort en zeer grote misbruik spoed , mensen gaan niet meer naar huisarts want daar moeten ze onmiddellijk betalen .. spoed geen onmiddellijk kost en OCMW betaald.. oplossing : spoedconsultatie verhogen !!!! (zeker igv misbruik.. 90 % aanmelding is huisartsproblematiek

§ Meilleur tri par la centrale d'appel de garde

§ caméra dans la salle d'attente

§ Ik wist dat ze onrustig was. Ik had beter wat afstand genomen van haar, toen ik ze benaderde.

§ information du patient dès l'accueil sur le temps d'attente, et qu'il ne serait pas traité de façon prioritaire. Séparation salle d'attente et salle de soins aux urgences, vue qu'il se présentait aux urgences pour motif non urgent

§ meilleur filtre entrée patient

§ Ev met begeleiding op hb bij iemand die dronken was

§ Ik had de patiënt niet mogen aanvaarden, de pathologie was te ingewikkeld

§ Betere ondersteuning van artsen. Alles lijkt tegenwoordig in de ziekenhuizen te draaien om klachtenbrieven te vermijden, terwijl de patiënt niet meer op zijn verantwoordelijkheden wordt gewezen en de artsen te weinig gesteund worden bij conflicten

§ Kennisgeving van alle patienten die verbaal/non verbaal agressie vertonen ahv een zwarte lijst.

§ La porte du bureau du médecin au porte de garde est restée non verrouillée car appel en urgences suite aux scarifications dans les urgences d'une autre patiente. Le patient a profité de cette urgence

pour s'introduire dans le bureau pour subtiliser ce qu'il a pu y trouver. Le vol et les attercations qui ont suivies auraient été évitée si cette porte avait été fermée.

§ duidelijker zeggen aan patient wat hij kan verwachten

§ possibilité de faire appel à une tierce personne

§ Patiënt pas nuchter doorsturen naar radiologie.

§ Doordat de behandelende psychiater de leiding van alarmsignalen van de familie au serirux had genomen de dagen voordien.

§ Ikzelf had heel weinig tijd voor patiënte door een heel drukke agenda, was vermoeid door de wacht van de afgelopen nacht en toonde minder begrip voor patiënte haar situatie.

§ CAMERA DE VIDEOSURVEILLANCE.

§ Communication entre collègues

§ Geen huisbezoeken tijdens wachtdienst door arts die zich alleen ter plaatse begeeft

§ triage door 1733 zou persoon die reeds herhaalde malen tijdens wachtdienst onnodig gebruik maakte van de wachtdienst allicht niet doorgegeven hebben , op zijn minst weet die persoon dat er een andere instantie van op de hoogte is

§ Plus de moyens de sécurité au cabinet de consultation

§ Meilleure éducation

§ Donner les honoraires avant la visite

§ Wachtijd verkorten.

§ Communication meilleure avec la patient. Attente trop importante du pouvoir médical de la part de celui-ci. Exigence d'un résultat immédiat

§ doordat de andere dienst in mijn gebouw van het werk correcter zou omgaan met het sluiten van de voordeur

§ Gebrek aan correcte info aangaande levenseinde in onze maatschappij; verzuring van de Vlaming

§ Encadrement psy

§ Politie is almachtig en stelt zichzelf boven de wet. Ik werd geroepen voor de correctionele rechtbank; werd vrijgesproken, maar de psychische schade is onherroepelijk. Ik verscheen voor de Orde der Artsen, maar ook hier werd ik vrijgesproken. Het geheel heeft een zware impact nagelaten.

§ MUG team gegevens nalaten voor administratief contact.

§ Publiek Duidelijk stellen dat er tijdens wachtdienst GEEN attesten > 48 uren voorgeschreven worden

§ rendre visite au patient longuement hospitalisé aurait évité la situation conflictuelle avec sa fille

§ Mening arts niet uiten

§ Vooraf beter informeren en communiceren door mijn werkgever . Ook nuttig dat behandelend geneesheer vooraf voldoende informeert over mogeijk risico van oaangepast gedrag van zijn patient

§ Par un contact préalable

§ beïnvloeding door andere artsen, door de patient niet goed gekaderd.

§ En expliquant mieux le cadre et conditions dans lesquelles nous travaillons

§ Développer le respect moral pour les médecins dans la société, et des sanctions plus sévères juridiques en cas d'agression aux médecins.

§ Le patient a cédé à la panique parce qu'il attendait depuis longtemps en salle d'attente.

Si nous étions plus de médecin à prendre en charge les consultations sans rendez-vous, les heures d'attente seraient moins longues et les patients moins énervés lorsqu'ils arrivent en consultation.

§ en prescrivant ce que le patient demandait, mais qui n'était pas son intérêt

§ Zelf altijd kalm blijven en zich niet laat opjagen door een patient. Niet tussen de deur en een aggresieve patient staan??

§ Fixatie van verwarde patiënten alvorens naar het operatiekwartier te worden gebracht. Regels over fixatie beschermen de patiënten, maar brengen vaak verpleging en artsen in gevaar.

§ Door betere communicatie en door training van artsen in omgaan met agressie

§ communication plus étoffée

§ simples moyens de protections, accès interdits, appel possibles de tierces personnes, caméras, gardes éventuellement au vu de la fréquence...

§ Par des explications calmement

§ Oproeper zou taal van de gemeente moeten begrijpen/spreken.

§ Meilleure info

§ Si la personne concernée s'était présentée elle-même mais elle envoyé son fils que je ne connaissais pas.

§ ceder aux exigences du patiente

§ Si je n'avais pas répondu aux insultes, la personne n'aurait probablement pas explosé de colère encore plus. Cela aurait pu être évité si j'avais opté pour la "position basse"

§ Ik vind het moeilijk dat ik mijn ongerustheid heb geuit over dit gezin bij het vertrouwenscentrum kindermishandeling, en dat van daaruit wordt vermeld van waar de klacht komt. Zij hebben enkel gezegd dat dit van de groepspraktijk komt, maar aangezien dit gezin altijd bij mij komt was het meteen duidelijk dat ik de aanmelding had gedaan.

§ Door rustige communicatie

§ laster wordt ingegeven door een jaloerse collega arts

§ vroegtijdige aanpak supervisor

§ Refus recevoir ces personnes, appel garde

§ Communicatie beter aanpakken

§ Communicatie door Vroedvrouw anders

§ Patiënt was gekend met toxicomanie en agressie. Hij werd opgenomen met een intoxicatie en vanuit intensieve zorgen verwezen naar een algemene inwendige afdeling. Daar was echter geen acute opname-indicatie en stelde hij gedragsproblemen waardoor zij meteen een consult psychiatrie vroegen. Gezien zijn gekende gedragsproblemen en vraag naar opname waar geen acute indicatie voor was had patiënt vanuit intensieve zorgen niet doorverwezen mogen worden naar een algemene afdeling en hadden er sneller duidelijke grenzen gesteld moeten worden.

§ Niet zomaar iedereen laten binnenlopen op de dienst spoedgevallen. Agressor was familie van patiënt en is agressief binnen gelopen.

§ meilleure communication

§ Betere afstemming tussen psychiatrische hulpverlening onderling

§ correcte voorlichting van de patient ivm met mogelijkheden/verwachtingen

§ Drugs verleden vermelden op de info lijst

§ Peut-être évitable si j'avais eu plus de temps pour le travail administratif lors des consultations.

§ beter communicatie tss hulpverleners

§ éviter de trop communiquer pour expliquer sa position

§ zijn vriendin had hem fout ingelicht, hij had geen afspraak. Miscommunicatie onderling.

§ beter communiceren

§ En communiquant la gravité du diagnostic et le pronostic par des collègues expérimentés

§ Il s'agissait en l'occurrence d'une patiente psychiatrique connue pour faits de violences auprès de la police de la zone Gembloux.

Lors de l'appel de la patiente au 100, la police (pourtant prévenue en premier lieu par le centre d'appel) a refusé de se déplacer, et à défaut d'autres solutions, a alerté le PMG de Rhisnes, qui m'a envoyé sur les lieux.

S'il avait existé une meilleure communication entre police - 100 - PMG, il aurait pu être évité qu'un médecin de garde soit envoyé seul, dans son véhicule personnel, au domicile d'une patiente psychiatrique.

8.8 BIJLAGE 8: WELK ALTERNATIEF STELT U VOOR OM DE ZIEKE PATIËNT 'S NACHTS TE HELPEN?

§ Begeleiding van artsen door chauffeur.

Stil alarm verbonden met centrale.

Indien pt op lijst staat, best onder begeleiding of politie standby.

§ reorientation vers un service de garde urgence ou poste medical

§ poste de garde

urgence hospital

§ venir à l'hospital ou Maison de soin

§ taxidienst waarbij pt naar arts gebracht wordt

spoedgevallen

§ PATIENT DOIT SE DEPLACER DANS UN ENDROIT SECURISE POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

§ Zet een arts op spoed die de triage doet, meer veiligheid zeker voor de vervrouwelijking van het beroep. Bezoeken 's nachts enkel door ambulance zo moet er nooit iemand nog alleen de baan op 's nachts!!! Een alarmknop klinkt goed, maar als er iets gebeurd heb je geen tijd om erop te duwen en wanneer arriveert die hulp dan?? Onlangs pt met agressieve psychose, politie arriveert na 45 min!!!

§ Geen idee

§ Qu il se rende aux urgences ou fasse appel au 112

§ spoedopname met huisartsen

§ ofwel overname door de spoedgevallendiensten ofwel moeten de wachtposten van de huisartsen ook tijdens de weeknachten kunnen functioneren. (Er is dan een onthaal en een chauffeur)

ofwel moet de weekwacht worden afgeschaft, want wanneer iedere arts enkel zijn patiënten verzorgt, moeten ze 's nachts geen vreemden toelaten!!! Dit zou veel veiliger zijn!!!!!!

§ Bezoeken kunnen, mits begeleiding van een chauffeur die mee het huis binnengaat.

Politiebegeleiding bij risico-bezoeken.

§ telefonische triage, advies door arts/ verpleegkundige. Dringend = spoed, niet dringend = advies/afwachten tot morgenvroeg.

(Met uitzondering van RVT's en palliatieve patienten)

§ Verwijzen naar Spoedgevallen

§ Regelen met spoed diensten in de regio's

Wachtposten te voorzien

§ hospital

§ Naar ziekenhuis als het echt dringend is maar in mijn ervaring is 95 procent van de nachtelijke bezoeken niet dringend.

§ spoed

§ garde hospitalière et appel ambulance si difficulté déplacement

§ Spoedgevallen

§ Accompagnement du médecin par un policier si vraiment la visite ne peut être reportée au lendemain et si le patient ne peut pas se déplacer.

§ Hopital

§ politiebegeleiding

§ spoedgevallenafdeling in ziekenhuis

§ Spoedopname met security

§ Begeleiding van arts door veiligheidsagent

§ Garde des hôpitaux

§ 's Nachts alleen gezondheidszorg aan huis via ambulance en vervoer naar spoedgevallendienst.

§ déplacement et accompagnement avec chauffeur

§ spoedgevallen

§ évaluation par téléphone puis

conseils par téléphone ou ambulance

§ Spoedgevallen

§ centre de garde protégé

§ > spoed

§ Enkel nog huisbezoek begeleid. Ofwel nachtelijke hulp in wachtpost

§ Telefonische triage: niet dringend is wachten op de ochtend en wel dringend moet naar spoed

§ diriger le patient vers les urgences hospitalières(sécurisées)

§ Un service de garde avec vigile à la porte

§ appel aux ambulances pour arriver dans un poste de garde médicale

§ Un PIT pour des cas spécifiques, soins urgents, palliatifs, non differables.

§ meldpunt 100, huisartsenbezoek 's nachts is nutteloos of zinloos

§ Chauffeur qui accompagne (agent de sécurité)

§ ambulance met ambulancier als chauffeur-begeleider

§ renvoi vers structure hospitalière ou accompagnement par les forces de police (malheureusement impossible vu l'absence d'effectifs disponibles)

§ Postes de garde, urgences, SMUR

§ spoedgevallen

ziekenwagen, 99% van de nachtelijke oproepen worden toch opgenomen

§ poste de garde

§ MIG of ander team

§ Patiënt moet zelf naar wachtpost komen/gebracht worden, eventueel zelfs met ambulance (indien spoedopname niet geïndiceerd is).

§ wachtarts met chauffeur begeleider of met politiebegeleiding .

§ Direct spoed als het zo dringend is dat het 's nachts moet opgelost worden!!!

§ Ziekenwagen, eventueel politiebegeleiding, spoedopname.

§ ikv wachtpost met chauffeur-begeleider

§ Wachtpost alvorens het betreden van spoedgevallen. De zieke patiënt kan dan tot aan spoed komen, en indien echt niet mogelijk bezoek aan huis onder begeleiding van een bewaker.

§ Ambulance pour les vraies urgences et "taxi médical" pour les autres urgences.

Ré-enseigner le bon sens dès le plus jeune âge pour éviter les consultations nocturnes de bobologie

§ Le service d'urgences d'un hôpital

§ Telefonische opvang en indien niet uitstelbare zorg opname ZH

Palliatieve patienten door arts ter plaatse adres moet bekend zijn bij telefoniste en deze verwittigd arts

§ Ziekenwagen met 2 artsen.

§ Spoedgevallen tussen 22u en 08u

§ Système de chauffeur qui amène le patient vers le médecin (qui est soit au poste de garde avec un accueillant, soit chez lui avec son conjoint,...)

§ poste de garde

§ cabinet de garde avec garde du corps

§ Enkel huisbezoeken afleggen, indien chauffeur meegaat.

§ Service de garde en annexe des hôpitaux avec plusieurs personnes disponibles

§ Service d'urgence

§ Garde des hôpitaux si absolument nécessaire

§ Spoedgevallen

§ que le patient se rebde dans un centre médical où sont plusieurs personnes

§ VISITE ACCOMPAGNEE

§ via spoed

§ appel SMUR

§ accompagnement si appel d'un patient inconnu

§ Alles naar spoed

§ visite avec chauffeur, accompagnateur

§ enkel spoed (gering aantal verantwoorde
nachtelijke interventies)

§ Poste de garde de medecine générale à l'hôpital

§ spoedartsen met begeleiding van veiligheidsagent

§ accompagnement par ambulancier, masculin de préférence.

§ Service de garde avec chauffeurs. Pas de bol, notre cher inami vient de diminuer encore les enveloppes pour les cercles

§ Qu'il se rende aux urgences... Si cela est vraiment urgent!

§ deviation de la garde vers les urgences hospitalières à partir de 23 h

§ Transport vers service urgences

§ Transport vers service urgences.

§ Patiënt moet naar wachtpost komen die deels ook onder supervisie is van politie

§ patiënt naar spoeddienst

§ visite accompagné

§ Seules les urgences vitales devraient faire l'objet d'un appel nocturne, et donc seuls les appels justifiant un SMUR et ambulance. Les autres cas peuvent attendre le lendemain ou se déplacer vers un service sécurisé.

§ accompagnement

§ urgences hospitalières avec service de sécurité. Suivi lors de plainte au parquet, le classement "sans suite" ne faisant jamais l'objet de courrier à destination de la victime de l'agression, ce qui victimise une seconde fois le médecin .

§ Spoed

§ Accompagnement du médecin volontaire pour travailler de nuit par une ou plusieurs personnes éventuellement qualifiées pour ce fait

§ Een wachtpost verbonden aan de politie met eventueel begeleiding aan huis van de patiënt

§ Plutôt une aide au médecin comme un chauffeur pour pouvoir continuer les visites de nuit dans de bonnes conditions.

§ Spoedopname

§ Accompagnement par patrouille de Police ou accompagnateur prévu par la garde à laquelle appartient le Médecin.

§ sécurité assurée par société privée?

§ transfert aux urgences

§ Prise en charge hospitalière avec transport en ambulance

§ Urgences si nécessaire après appel au tri

§ via 112 of wachtpost/spoed

§ gebruik van wachtpost, politiebegeleiding

§ les services d'urgences

§ Poste médical de garde, si impossibilité de se mouvoir, SMUR.

§ Huisartsen post beveiligd

§ Zelf naar de arts komen.

§ naar de urgentie van het ziekenhuis oriënteren

§ Bij een zieke patiënt die niet meer kan wachten op medische hulp tot de volgende dag lijkt mij een spoedeisende hulp of huisartsenwachtpost aangewezen. Wanneer nachtelijke bezoeken wel verwacht blijven, doorheen de week, zou ik geruster zijn met een chauffeur die mij begeleidt, zoals tijdens de huisbezoeken tijdens weekendwacht.

§ appel au 112

§ rechtstreeks contact met politie moemt mogelijk gemaakt worden

§ Spoedgevallen in ziekenhuis, nachtelijke Wachtdienst voor huisartsen is echt uit de tijd, bij het eerste fysiek incident wapen ik mij tot de tanden

§ als we de risico adressen zouden kennen zijn we al een stap dichterbij veiligheid.

§ politiebegeleiding bij de minste twijfel of dus eigenlijk bij alle oproepen (ook voor ambulance en uiteraard)

§ Spoedopname

§ verwijzen naar een beveiligde spoeddienst

§ accompagnement

§ Spoed

§ ARTS MET CHAUFFEUR VERPLICHT MAKEN

§ Spoedopname zo dringend.

Bijstand 's nachts (vergelijkbaar met wachtpost in weekend - chauffeur, gps-tracering).

§ Garde hospitalière ou postes médicaux sécurisés

§ Nachtbezoek met begeleiding van?

Eventueel chauffeur

§ Begeleiding bij nachtelijk huisbezoek

§ Ambulance !!!

Quand on est si malade que l'on ne peut se déplacer, on rentre à l'hôpital !! comme dans beaucoup de pays!! La VAD est un luxe inutile et peu productif .

§ possibilité de refuser la visite à domicile, l'aide téléphonique et si nécessaire l'appel à l'ambulance / soins urgents

§ service 100 avec soins urgents : qui 's' appelle pour des soins médicaux, ne peut pas attendre jusqu'à demain, donc il faut appeler un soins urgents

§ Poste de garde ouvert de 19h à 7h du matin dans un cadre sécurisé entrant dans le rôle de garde habituel. Le patient viendrait à nous et pas l'inverse. Nous risquerions moins nos vies et notre intégrité physique et psychique.

§ Pas de visites à domicile seules. Toujours à 2 (2ème n'a pas besoin d'être médecin). Service de garde donc aussi en poste de garde, avec votre propre véhicule

§ TRI MEDICAL AMBULANCE

§ Choisir entre un service d'urgence ou des consultations dans un poste de garde surveillé.

Les urgences la nuit sont toutes relatives, soit les personnes nécessitent un passage hospitalier, soit cela peut souvent être reporté.

§ appeler vers poste de garde ou soins urgents mais pas de médecins seuls sur place

§ soins urgents

§ que le patient soit véhiculé par un proche ou un voisin vers un centre de soins, PMG. Cela limiterait beaucoup les déplacements des médecins, lesquels pourraient se concentrer uniquement en visite sur les patients totalement indémorable

§ poste médical avancé sécurisé, accompagnement par forces de l'ordre, gardiennage professionnel dans les hôpitaux

§ aide des forces de l'ordre

§ poste de garde

§ Ambulance ou accompagnement par la police

§ Urgence

§ Soins urgents ou poste de garde

§ déplacements protégés par la police

§ postes de garde, urgences des hôpitaux, visite à domicile avec accompagnant

§ Garde hospitalier

§ Services avec accompagnants

§ ne sait pas

§ RECOURS AU 112 SI VRAIE URGENCE

§ Aussi appeler le poste de garde, car il ne faut pas seulement appeler

§ Garde organisée par l'état

§ NAAR DE PRACTIJK KOMEN

§ Nooit alleen optrekken . Evt chauffeur, of assistentie

§ Une centrale téléphonique avec une personne formée pour gérer ces appels?

et envoie vers des services d'urgence

§ Les autorités de police doivent savoir où se rend le médecin de garde la nuit

§ Proposer d'abord au malade de se rendre au poste de garde le plus proche, si impossible toujours un accompagnant+liaison radio avec police.

§ Continuer avec les visites de nuit pour les maisons de repos et soins palliatifs

Urgences apres 22h00

§ als dit een veilig huisbezoek is is dit geen probleem maar er is 1/ slechts een beperkt aantal noodzakelijke nachtelijke huisbezoeken (dikwijls is dit reeds al een paar uren bezig) 2/ bij de echt noodzakelijke denk ik dat de mensen blij zijn dat ze u zien zodat agressie daar minder aan de orde is .3/ meer bewust maken van de bevolking : énkél daar waar het echt nodig is een nachtvisite doen !!! (ik weet dat dit niet altijd evident in te schatten is door de mensen die niet medisch geschoold zijn)4/ bij 'gevlagde' dossiers : noodzakelijke begeleiding (de periode dat ik nog PO was mochten de haio's niet de nachtelijke huisbezoeken doen zonder hun partner én ik had altijd het telefoonnummer van het huisbezoek én ze moesten me bellen bij het binnengaan en buitenkomen zodat ik een zicht had op hun veiligheid dit enkel bij ongekende pten) **DUS DUIDELIJKHEID BIJ GEKENE GEVAARLIJKE TOESTANDEN EN DAN BEGELEIDING !**

§ via dienst spoedgevallen, of bezoek door gespecialiseerd team (Mug, arts met chauffeur ed), maar **NOOIT MEER** arts alleen op de baan sturen

§ urgences des hôpitaux car les consultations de la nuit sont pour le confort

§ visite effectuée accompagnée par la police

§ Begeleiding chauffeur

§ Indien toch nog nachtelijk bezoek steeds met begeleiding (die we niet zelf moeten betalen) of enkel opvang in wachtpost in een ziekenhuis.

§ une centrale téléphonique et un taxi qui l'emmène au poste de garde de MG ou au urgence.

soit un véhicule avec chauffeur qui emmène le médecin au domicile du patient comme au Luxembourg.

§ Si il y a nécessité de consulter un médecin la nuit, c'est que il y a une véritable urgence alors le patient doit être dirigé dans un service d'urgence hospitalier.

§ wachthuis of begeleide wacht ter paatse

§ Eventueel taxidiensten om patiënten naar praktijk te vervoeren

§ wachtposten ook tijdens de weekwacht openen of minstens een chauffeur tijdens de nachtschitfen in de week

§ Eventueel triage door de huisarts op spoedgevallen.

§ vervoer naar arts van wacht

bekostigd door overheid

§ Wachtdienst geïntegreerd in Spoedgevallen en dus betere omkadering mits correcte verdeling kosten-baten

§ Spoed, want als men de grens overschrijdt om 's nachts dokter te bellen dan zal het zowizo toch te dringende hulpvraag zijn die spoedeisende hulp vergt ,anders zou men net zo goed tot ochtend kn wachten.

Taak huisarts is zowiezo geen urgente taak

§ spoedgevallen voor enstige pathologie tussen 23u en 06u

§ venir dans un poste de garde (plusieurs personnes présentes sur place) par ses propres moyens ou via un taxi social.

§ wachtpost of spoedgevallen kliniek

§ uitzondering nachtelijke bezoeken:hulp in bejaardentehuizen en aan palliatieve patiënten.

Wachtpost waar patiënt hulpaanbod krijgt. Telefonische triage!

§ Politiebegeleiding

§ ambulances avec plusieurs accompagnants

§ service mobile spécialisé avec plusieurs accompagnants

§ 1) Meer gebruik maken van communicatiemiddelen zoals Skype om risicovolle situaties te verkennen. Indien een risicovolle situatie wordt vermoed via een eerste verkennende consultatie via Skype, kan bijkomende hulp gevraagd worden (hulpverlener, politie,...) indien een huisbezoek nodig blijkt.

2) Huisartswachtposten met soort mobiele eenheid uitrusten (soort huisartsenambulance) met chauffeur en eventueel een verpleegkundige. Dit verhoogt niet alleen de veiligheid, maar opent ook mogelijkheden om betere zorg te bieden bij huisbezoeken.

§ poste de garde où le patient sera amené par taxi ou ambulance (service qui devrait être offert par la mutuelle à ses affiliés)

§ Appel au 112

§ arts op huisbezoek zou steeds vergezeld moeten zijn tot in de woning. Spoedgevallendiensten en huisartsenposten waar patient naar toe kan.

§ naar spoed gaan of wachtpost in weekend

§ Dienst 112

§ Begeleid - zeker nooit arts alleen

§ spoed

§ se rendre à l'hôpital, service des urgences.

§ begeleid nachtelijk bezoek met chauffeur of transport naar huisartswachtpost

§ Ziekenhuisverband

§ Urgences

Si pas urgent à ce point , Ca peut attendre le lendemain

§ ofwel is het dringend en dan is 112 daar. Maar de luxeproblemen van onze Belische patiënten lopen wel de spuigaten uit 's nachts. Heropvoeding!!!!

§ Passage urgences hospitalières

§ transfert vers poste de garde

§ Wachtpost

§ Urgences ou service de garde localisé

§ Hôpital

§ salle des urgences

§ L'envoyer à l'hôpital

§ les urgences des hopitaux locaux amené par une ambulance

§ Taxidienst (bvb Rode Kruis) die alleen terugbetaald is indien het een terecht huisbezoek zou zijn (bepaald door de arts)

§ Via ambulancediensten

§ in de week :opvang door spoed hospitalen

tijdens WE wachtpost huisartsen

§ Peut venir au poste de garde , si a ce point malade que pas possible ambulance...

§ Accompagnement par un policier ce qui en réalité impossible

§ son transport aux services d'urgence

§ Transport au service des urgences.

§ naar een wachtpost/ziekenhuis die door meerdere personen bevolkt wordt

§ Begeleide huisbezoeken zoals in wachtpostsysteem. Nu gaan we helemaal alleen op pad!

§ Voir si cela le peut être reporter au lendemain ou alors être accompagné pour la visite.

§ Il doit se déplacer aux urgences

§ télémedecine ou urgences

§ service urgence

§ Poste de garde avancé sécurisé

§ Description téléphonique du problème ou présence de 2 personnes obligatoirement pour chaque visite (hors chauffeur de taxi)

§ services des urgences ou poste de garde

§ service de garde de médecine générale

§ Ik denk dat dat best gebeurt ofwel via een wachtpost ofwel in het ziekenhuis ofwel onder begeleiding van politie.

§ Arts met begeleider/politie

§ chauffeur ter beschikking

§ S nachts verwijzing naar spoeddienst of enkel consultaties. Wanneer de situatie zo ernstig is dat de patiënt niet op consultatie kan komen is een spoedopname in 90% van de gevallen toch noodzakelijk.

§ Enkel spoedgevallen open waar zieke patiënt terecht kan (evt via ambulance)

§ Niet meer alleen op huisbezoek gaan maar wel met chauffeur ook in de week ipv enkel in het weekend

§ Moi je travaille dans un hôpital, alors je ne suis pas concernée. Mais des postes de garde avec surveillance video doivent exister... et pourquoi pas aux urgences...

§ Begeleiding door ambulancier die mee binnen mag, of hond op leiden die arts beschermt.

§ via wachtpost of via spoed

§ Hopital

Visites limitées aux patients grabataires, palliatifs, institutions ou MR(S)

§ telefonisch advies

§ SMUR

§ Service des urgences

Disponibilité téléphonique

§ wachtdienst

§ Tri 1733 + police en accompagnement

Lier les services de garde à des hôpitaux

Ne plus se déplacer (taxi social).

§ politiebegeleiding

§ il se déplace vers un poste de garde le plus proche

§ accompagnement avec chauffeur

§ Spoed

§ georganiseerde weekwacht met chauffeur

§ Spoeddiensten

§ Hopital publique service garde

§ georganiseerde wachtpost met chauffeur zowel in de week als in het weekend

ev. rechtstreeks naar spoed voor de echt dringende gevallen in de diepe nacht

§ spoeddienst

§ Aide par telephone ou Services des Urgences.

§ Hopital

§ des revenus en rapport avec les risques

§ Urgences des hopitaux

§ 1) malade accompagné chez le médecin par un policier ou un pompier

2) aller directement à l'hopital

§ PMG

§ accompagnement par chauffeur/ambulancier/police

§ Enkel onder begeleiding.

§ Si la visite paraît indispensable et que le patient ne peut médicalement se déplacer, Faire les visites à partir du service d'urgence médecine générale toujours accompagné par un garde du corps

§ Le tri par un numéro national et visite accompagnée obligatoire plus une ambulance

Pénalité pour appel abusif

§ Hôpital

§ ik doe enkel de nachtwachten, dus heb veel ervaring ermee, toevallig zijn de zieke mensen 'snachts ofwel personen die enkel 1 euro betalen wegens laag inkomen, ofwel echte bejaarden met pathologie, die je dan vaak moet doorverwijzen naar spoed. ik zou vanaf 22.00 het remgeld voor iedereen plaatsen op 30 euro, rijk of arm. Die bejaarden, hebben er geen probleem mee, want ze waren inderdaad doodziek, de anderen moesten maar eerder komen..

§ Poste de garde

§ Soit médecin accompagné soit prise en charge par ambulance, après vérification de l'utilité de l'appel nocturne.

§ enkel bezoek in huisartsenwachtpost/spoedgevallendienst

§ s'adresser au service d'urgence.

§ Urgences hospitalières

§ ambulance, centres de garde comme dans des autres pays voisins

§ nachtelijke bezoeken met security

§ Transport accompagné sécurisé + webcam

§ naar spoed.

§ service de garde à l'hôpital ou poste de garde ou appel au service 100, mais surtout stop aux visites classiques où le médecin n'est pas accompagné.

§ Transfert (via ambulance ou autre service) vers un poste de garde ou un service d'urgence mais pas de visite au domicile la nuit.

§ spoed of chauffeur ook in de week

§ spoedopname

§ Via wachtposten, begeleiding chauffeur

§ Les vraies urgences (AVC, infarctus, asthme, lithiases rénales ou autres..) sont à hospitaliser d'office. Les autres peuvent attendre le lendemain... (T°, mal de gorge, otite...)

§ begeleiding chauffeur, politie eventueel bij gekende problemen, patient moet zich zelf begeven naar spoed of hulpdiensten zoals 112 bellen

§ avis téléphonique possible (et très souvent suffisant!)

éducation des gens pour qu'ils patientent ! (3 appels sur 4 sont inutiles)

éventuellement pour les personnes âgées/MR les visites peuvent être gardées (en général, les personnes âgées n'appellent pas pour rien !)

si urgent --> urgences.

§ huisartsenwachtpost op spoedgevallen; huisbezoeken met assistentie van beveiligingsfirma

§ politiebegeleiding

§ Spoedgevallendiensten bij dringende situaties

§ service d'urgences

§ si le patient est dans l'impossibilité de se déplacer (il faut instaurer des critères strictes à cet effet) c'est seulement dans cette condition, le médecin se déplacera mais accompagné par un voire deux vigils ou la police.

§ onmiddelijk naar ziekenhuis spoedgevallen of huisartsen wachtpost

§ Spoed of onafhankelijke huisartsen dienst. (huisartsen die voor groot gebied 's nachts werken met chauffeur en dergelijke, zoals de wachtpost werking. Nachtwerk in de week voor de overdag reeds zo hardwerkende huisarts is volkomen uit de tijd in 2017. Zeker als je ziet dat de orde systematisch de kant van de verongelijkte patient kiest als je niet ingaat op diens dikwijls onzinnige eisen 's nacht. We zouden als puppies on a string moeten springen als één of andere zat of onder invloed van drugs persoon het nodig vindt je 's nachts uit je bed te bellen.

§ Wij zijn niet aangesloten bij een wachtpost ,dus geen chauffeur , als vrouwelijke arts ben ik 's nachts alleen op pad. Begeleiding nodig mi.

§ utilité du poste de garde protégé

§ spoeddienst ziekenhuis

§ patient zelfs naar ZH gaan of zelfs tot naar de dokter van wacht

§ A l'heure actuelle, dans 99% des cas, si un patient ne peut attendre le lendemain matin, c'est que ce n'est pas pour le généraliste mais pour les urgences. On ne doit pas laisser une garde pour 1%

§ visites vraiment urgentes : déplacement d'un médecin qui n'est alors pas seul ou service de "voiturage" pour le patient

§ un centre de garde doit s'en occuper

§ Indien dringend , verwijzing spoed

§ service officiel géré par SAMU ou équivalent, comme dans d'autres pays. Les visites de nuit par un médecin privé sont une pratique médiévale !

§ Les urgences

§ geen idee.

§ enkel onder politie begeleiding

§ telefonisch consult, zo ernstig naar spoedgevallen

§ pas de visites en nuit noire sf homes, MRS et patients palliatifs

un patient malade la nuit:soit urgent donc urgences hospitalières, soit postposable au lendemain

§ Transfert dans un service d'urgence organisé

§ Begeleiding van artsen die nachtelijke huisbezoeken doen

§ grande difference entre les localisations : ex la nuit au centre de Bxl pas de visite a domicile par les MT mais oui si on parle de zones rurales dans les ardennes

aide pr paiement par carte de banque pr éviter d'avoir de l'argent et service de sécurité accompagnant le médecin (ex role de chauffeur-sécurité)

insécurité pr les PIT et SMUR !! car patient+ famille encore plus a cran et risque d'agressivité !

§ Indien zodanig ernstig dat het niet tot de volgende dag kan wachten en de patient zich niet kan verplaatsen, dan is een ambulance geïndiceerd.

§ spoedgevallendienst!!

§ Alle patiënten verplichten om zich tot de wachtpost te wenden of tot het kabinet van de wachtdoende arts.

§ faire appel aux urgences qui aurait un service généraliste accompagné

§ Spoeddienst ziekenhuis

§ ambulance ou service d'urgences hospital

§ Politiebegeleiding of security agent om arts op nachtelijk huisbezoek te begeleiden nr patiënt of patiënten naar wachtpost huisarts sturen of ziekenhuis indien ernstig.

§ Nu zijn zowel de huisbezoeken als de consultaties in de week volledig onveilig waarbij ik steeds met mijn echtgenoot afsprek mij te tracken en als ik binnen het uur niet terug ben, hij mij moet bellen. Misschien is het een optie om de wachtpost te open tijdens de week of het bedrag-inclus het

remgeld- zodanig te verhogen dat patiënten meer geneigd zijn om op consultatie te komen en enkel op ons beroep doen als het écht nodig is.

§ Transport non médicalisé du patient au poste de garde

§ Huisartsgeneeskunde behelst het behandelen van banale of chronische pathologie. Indien de patient niet ernstig ziek is kan het wachten en als het wel erg is moet hij zo wie zo naar spoed

§ georganiseerde wachtdienst met taxi

§ Assurer soit le transport du malade dans un poste de garde et si ce n'est pas possible, accompagner le médecin lors de sa visite la nuit

§ dienst 100

§ verwijzen naar spoed

§ ambulance transport naar huisartsenpost / spoedgevallen

§ Past al lang niet meer ivm werkdruk.

Oprichting van vrijwilligersteam van artsen die goed vergoed worden. Zeker geen verplichting meer.

Was er een echte vakbond zoals bij de arbeiders zou het al lang niet meer kunnen !!

§ Spoed

§ Section medecine generale dans la nuit profonde dans les hopitaux

§ Verwijzing naar spoed

§ L'usage du 1733 limite fort les risques d'agression surtout la nuit mais n'empêche pas tout

§ Werkend in de buurt van Brussel(grootstad)heb ik geen alternatief.

Wachtpost met chauffeur zou geruststellend zijn.

Wat is een zieke patiënt die 's nachts DRINGEND moet gezien worden? We kunnen alleen afgaan op wat de patiënt of zijn omgeving telefonisch meedeelt. Voor hun is het altijd "dringend". Wat voor mij ook een rol speelt tijdens de wachten is de klachtenregen bij de orde door de patiënten om totaal absurde redenen.

§ 112

§ Ambulancevervoer/taxivervoer van en naar een wachtpost.

§ Huisartsenwachtpost gekoppeld aan ziekenhuis zoals Jan Palfijn Antwerpen

§ pt dient zich zelf naar de arts te verplaatsen, zo onmogelijk gaat arts onder begeleiding van team bestaande uit ambulancier/chauffeur en verpleegkundige

§ Service des urgences

§ Spoed

§ Visites de nuit accompagnées, j'ai subi un car jacking en visite de nuit

§ 112

§ Posté de garde

Accompagnement de la police

§ Pt kan zich naar huisartswachtpost of spoed begeven, of beroep doen op een team dat aan huis gaat (meer dan 1 persoon (arts, vpk, bewakingsfirma of politie), zodat de huisarts er niet alleen voorstaat).

§ Idéalement appel du SAMU, si déplacement vers les urgences impossible.

Equipes d'avantage sécurisées pour déplacements à domicile.

§ Taxi aan sociaal tarief

§ Service d urgences

§ soins pour cas vraiment urgents uniquement et en présence de la police

§ Naar spoedgevallendienst laten gaan. Betere beveiliging, meer personeel , presterende artsen hebben recup volgende dag zonder inkomstverlies.

§ indien ze niet zelf naar de praktijk kunnen komen, hospitalisatie

§ ? Chauffeur

§ ?

§ Adresser au service d'urgence d'u hôpital

§ L'adresser au service des urgences de l'hôpital.

§ Accompagnement chauffeur, structure pmg ou urgences

§ Se rendre dans un service d'urgences d'un hôpital général

§ Envoyer aux urgences hôpitalières

§ begeleiding/chauffeur

§ Se rendre aux urgences d'un hôpital

§ Ambulance au service des urgences a l'hospital

§ Spoed

§ Envoi en clinique si le patient présente des symptômes jugés graves par le service téléphonique ouvrant dans ces cas la possibilité de réception en hôpital après s'être obligatoirement assuré de cette possibilité.

§ ou toujours accompagnée, comme avec un chauffeur au poste de garde le week-ensd

§ Wachtdienst tot 22u nadien via spoedgevallen

§ 112

§ intervention de plusieurs personnes simultanément, style SMUR, ...

§ le service de garde des urgences où il y a des gardiens sur place

§ Service d'urgence hospitalier si déplacement possible ou SMUR si déplacement impossible

§ wachtdienst in ziekenhuis omgeving waar ook andere personen zijn en beveiliging mogelijk is!

§ Naar spoed

§ zelf verplaatsen naar wachtpost

§ taxi social+ service d urgence

§ telefonisch oproepbaar zijn, en inschatten of dit iets voor spoed is, of kan wachten tot de volgende ochtend. maar niet verplicht worden te gaan

§ spoeddiensten

§ Urgences, garde médecine générale uniquement pour soins palliatifs ou home

§ ofwel via ambulance ofwel huisbezoek met ondersteuning van de politie.

§ Spoedgevallendienst

§ il faut considérer la nuit de 0h à 07h par exemple . Il est déjà difficile actuellement de trouver des volontaires partout alors que dans cette tranche horaire il ya peu d'appels; le plus pratique serait un bon triage téléphonique fait par des MEDECINS qui seraient à même de rassurer les patients "émotionnels et "impatiens" qui appellent pour des problèmes pas vraiment urgents du point de vue médical strict ; quant aux vraies urgences de nuit : soit médecin+police , soit ambulance PIT . cette façon de travailler réduirait le nombre de médecins nécessaires pour la garde et réduirait une bonne part de l'insécurité.

§ spoed voor dringende zaken

aparte regeling voor RVT's en palliatieve ptn

triagesysteem (1733): niet dringend=tijdens kantooruren

§ Ziekenhuis

§ LES URGENCES

§ vergezeld met chauffeur

§ selection du patient; selection de l'urgence (pf "urgent" pour nez bouché à 2 h du matin !!)

honoraires bcps plus élevés la nuit ou moindre remboursement

§ limitering van (nachtelijke) huisbezoeken tot een gecontroleerde omgeving zoals woonzorgcentra. enkel nog nachtelijke consultaties op een wachtpost zowel tijdens de week als in het weekend.

patienten die te ziek zijn om naar de wachtpost te komen, moeten met ziekenwagen (met meer dan 1 persoon) naar het ziekenhuis.

§ Huisarts als poortwachter op spoed

§ Tri à l'appel du patient pour déterminer si l'urgence est réelle. Dans ce cas, faire appel au service des urgences le plus proche.

§ Urgences hospital

§ Utilisation des infrastructures déjà existantes et sécurisées ... càd les services des urgences hospitalières où on pourrait créer un "service" médecine générale tenu par le cercle de MG.

§ van 19u tot 22u of 23u: huisarts (+ chauffeur)

van 23u tot 6u: spoed

van 6u tot 8u: huisarts (+ chauffeur)

§ Enkel echt medisch dringende oproepen worden beantwoord ,als mogelijkheid van agressie aanwezig is : verwittigen van politie ter begeleiding. Goede triage zodat niet dringende oproepen worden uitgesteld tot consult bij eigen huisarts overdag .

§ Urgentiedienst

§ très peu de visites motivent le déplacement de nuit et si c'est sérieux , il vaut mieux envoyer le patient aux urgences les plus proches

§ spoed

§ garde hospitalière

§ Poste de garde sécurisé

§ via spoed van een ziekenhuis

§ Ziekenhuis

§ huisartsenwachtpost

§ In rurale regio kan het eventueel nog maar het wordt riskant en in grote steden moet minstens een chauffeur meegaan met de opgeroepen arts en eventueel de politie; dit kan ook in rurale regio. Maar ik denk dat dit onbetaalbaar is; een oplossing is patiënt naar de spoedgevallen verwijzen, meestal gebeurt dit ofwel moeten de spoedgevallen ter plaatse een onderzoeksteam sturen maar dit lijkt ook onbetaalbaar? Vroeger was de huisarts 's nachts beschikbaar voor zijn patiënten tijdens de weekdays; nu niet meer en is er een wachtdienst iedere dag vanaf een bepaald uur: 19u of reeds vroeger. Associaties van huisartsen (3-5) zouden toch een continuïteit in de week kunnen organiseren voor de patiënten van de huisartsen praktijk maar dit is niet het geval.

§ déplacement à l'hôpital ou accompagnement par un agent de sécurité lors des visites dans les cas à risques. Système d'alarme facile à déclencher avec réaction rapide de la police.

§ ACCOMPAGNEMENT PAR LA POLICE OU LES URGENCES

§ Poste de garde.

§ Il existe des service d'urgence à l'hôpital!

§ 1)le faire venir au centre de soins d'urgence comme dans d'autres pays

2)limiter les prestations entre 0 et 08h aux urgences vitales = SMUR

§ Geen huisbezoeken meer zonder begeleiding van 3en betaald door de overheid.

§ Altijd met begeleiding van een chauffeur bijvoorbeeld, zowel tijdens de week als tijdens het weekend, zoals dit bv. in de UK ook het geval is.

§ enkel doorverwijzen naar spoed ziekenhuis

§ na screening van de ernst van de situatie door een aanmeldpunt (bv spoedmedewerker)de patient al dan niet uitnodigen naar de dichtsbijzijnde spoeddienst of indien dit onmogelijk is een ziekenwagen sturen

§ verwijzen naar spoeddiensten.

§ ziekenhuis spoeddiensten

§ enkel spoed = daar zijn de artsen niet alleen en als huisarts zijn e altijd alleen (of met een chauffeur in de wachtpost)

§ indien het zo erg is, ga naar spoed. Zoniet kan het wachten tot de dag erna!

§ Vervoer naar spoed

§ Vers les Services de Gardes 02.201.22.22

ou 02.513.02.02

§ spoeddienst, muv rusthuis en palliatieve patiënten

§ Indien gerapporteerd als risico patiënt begeleiding door politie wenselijk

§ ik stel voor dat iedereen begint te werken met een wachtpost, dat er dus altijd een chauffeur mee komt, geeft een veiliger gevoel

§ SPOED

§ services d'urgences hospitalières

§ les urgences hospitalières

§ Adresser à un service d'urgence.

§ envoi aux urgences hospitalières ou déplacement d'un medecin en ambulance au domicile .Vu le peu d'appels par mois de nuit dans notre région le poste de garde avec chauffeur coûte plus cher que d'envoyer quelques ambulances par mois à domicile

§ ziekenwagen en politie

spoedgevallen

§ Patiënten dienen naar een wachtpost te komen of gebracht worden mits het vervoer veilig te maken

§ weet niet

§ Soit le patient est tellement malade qu'il doit être référer en milieu hospitalier. Soit il n'ira de toute façon chercher le traitement que le matin et donc la visite est inutile. Les certificats de décès si soins palliatifs (obligation de suivi par le Méd Traitant). Maisons de Repos n'ont pas de médicament en stock --> rien de disponible avant 12h au mieux le lendemain.

Visite de nuit = visite de pure complaisance.

§ naar het ziekenhuis

§ spoed, toch 24/24h beschikbaar en niet alleen in werkomgeving, niet op onbekende verplaatsing

§ ik vraag de patiënt om tot in de praktijk te komen en ik zorg dat ik verdedigingsmiddelen in de buurt heb. Indien ze niet kunnen komen vraag ik zoveel mogelijk aan de telefoon om uit te zoeken of het onveilig is om op huisbezoek te gaan. als het onveilig lijkt vraag ik de politie mee.

§ Spoedgevallen

§ Afschaffen nachtwachten

§ Er is grotere kans op agressie + de aard van de oproep is ofwel niet-ernstig ofwel levensbedreigend. ernstig zieken moeten naar het ziekenhuis (spoed) en niet-ernstige gevallen kunnen wachten tot overdag

§ 112

§ ziekenwagen met noodarts, gespecialiseerd in urgentiegeneeskunde

§ se déplacer éventuellement accompagné dans les zones répertoriées à risque

§ Spoedgevallen

§ Urgences de l'hôpital

§ triage van patienten (door 1733) of het werkelijk nodig is als patienten op dat uur moeten geholpen worden

ofwel bij hoogdringendheid opname via spoed

meestal uitstelbare hulp(tot overdag)

mogelijk ...

§ Enkel nachtelijke bezoeken onder begeleiding van de arts bv politie of getrainde chauffeur.

Of eventueel rechtstreeks ziekenwagen, gezien (terechte) nachtelijke bezoeken toch meestal tot een opname leiden.

§ chauffeur- bodyguard

sociale taxi die patienten naar wachtpost brengt (meer personeel aanwezig dan alleenwerkende avondwacht)

§ possibilité d'utiliser un poste de garde nocturne et sécurisé.

§ Juger par téléphone de la nécessité de la visite qui ne peut attendre le passage de son médecin le lendemain.

§ Hopital

§ Envoyer un medecin accompagné

§ En cas d'urgences la nuit, le patient doit être orienté vers les urgences ou le poste de garde le plus proche. La seule exception serait les maisons de repos et ou de soins ?

§ il ne faut y aller qu'accompagné par un chauffeur (comme pour la garde bruxelloise)

§ un seul numéro d'appel pour la médecine générale

§ le médecin doit être accompagné

§ SAMU si ne peut se déplacer et urgences

§ enkel raadpleging aan huis of doorverwijzen naar spoed

§ Etre accompagné

§ Un accompagnement systématique du médecin par au moins deux personnes formées à la défense (police par exemple)

§ Je n'ai jamais connu de réelles urgences de nuit... mais bien des visites de confort pour le patient...

Vu l'extrême rareté, autant les inciter à se rendre aux urgences uniquement.

§ wachtpost met bewaking

§ ofwel is het ernstig en gaat patiënt best naar spoed

ofwel is het niet ernstig en kan hij best wachten tot overdag

Veel avond- en nachtoproepen zijn luxeproblemen, patiënt wil vor banale zaken steeds ergens terecht kunnen

§ Présence d'un chauffeur et d'un véhicule bien identifiable, surtout pour les jeunes consoeurs que nous envoyons au casse-pipe.

§ Invoering van noodartsen (cfr. Duitsland)

§ QUE LA POLICE NOUS SUIVE

§ Disponibilité via les services d'urgence.

§ Dans un premier temps, un entretien téléphonique approfondi est nécessaire avec le patient ou un membre de sa famille pour évaluer la situation et la nécessité d'y aller ou non. Après, si jugé nécessaire, une ambulance pour transporter le patient à l'hôpital peut être appelée.

§ hospitalisation

§ samu

§ Que le médecin soit accompagné

§ visites accompagnées

§ via wachtpost met chauffeur

§ Indien de pathologie zo ernstig is dat er niet tot 's morgens kan gewacht worden is de spoeddienst een goede oplossing.

§ Moet om echt zieke patiënten gaan met niet uitstelbare zorg !!. Altijd begeleiding met 2de persoon, getraind in gevaarlijke situaties.

Telefonische doorschakeling naar de 112 of 1733;

§ chauffeur qui accompagne la nuit ou tout aux urgences (travaillent en équipe la nuit)

§ ce qui se fait actuellement...

§ telefonische triage en eventueel vervoer naar Spoed als men de indruk heeft dat niet gewacht kan worden tot de volgende ochtend.

§ Wachtpost met vervoer naar wachtpost (cfr Wallonië)

§ la centrale 112 gèrerait les appels de nuit et devrait diriger le patient vers un service d'urgence hospitalier s'il existe un risque sérieux d'une réelle urgence

§ spoeddienst of politiebegeleiding

iemand die s nachts zo ziek is dat die een arts nodig heeft zou sowieso naar de spoeddienst moeten gaan! uiteindelijk worden deze patiënten door onszelf toch verwezen.

§ La garde bruxelloise

§ Wachtpost of MUG

§ le service des urgences

§ accompagnement du médecin de garde par un policier ou autre agent de sécurité (dissuasif)

§ il faut être accompagné par un policier ou un auxiliaire de police

§ transfert en hôpital

accompagnement par la police

§ Met enkele personen gaan,

Alarmsysteem?

§ weet nog niet

§ Médecins protégés par la police

§ si vraiment urgent hôpital de garde, si home medecin accompagné, mais combien de vraies urgences ??

§ onder begeleiding

§ Onder begeleiding van een bodyguard

Hulp gaan toedienen in groep 's nachts bv met verpleging of derden

§ Les gardes d'hôpitaux fonctionnent à Bruxelles de manière assez cohérente jour et nuit.

§ AMBULANCE , SPOED

§ le patient doit pouvoir se rendre dans un PMG

§ Naar wachtpost komen

§ essayer de gérer le problème par téléphone et si pas possible adresser le patient aux urgences hospitalières

§ Qu'il se déplace vers un centre de garde;

§ ziekenwagen

assistentie politie

§ Qu'il se déplace jusqu'au poste de garde

§ Gardes assurées par les hôpitaux après 22heures.

§ service de garde ou dispensaire avec vigile et sécurité renforcée

§ poste de garde, visite avec chauffeur comme c'est déjà la cas dans ma commune

§ 1 bewaakte centrale huisartsenpost

§ begeleiding bij huisbezoeken bij niet vertrouwde patienten

§ Meestal zijn deze zaken niet dringend en kunnen deze wachten tot de ochtend. Zoniet moeten wij ze toch doorverwijzen naar de spoed.

Evt enkel telefonisch, hoewel we vaak toch patiënt moeten zien om goed te kunnen oordelen...

§ réelle urgence la nuit= hopital, donc passage via le urgences; le reste peut attendre le lendemain, sauf MRS et soins palliatifs (mais ce n'est pas là qu'il y a des agressions!)

§ spoedgevallen of wachtpost

§ telefonisch triage overal en niet alleen moeten gaan bij gevaar of rechtstreeks via spoed/ambulance

§ appel d'une ambulance et référence à un service de garde hospitalier

§ Urgences ou le lendemain matin

§ selon la gravité : transport en taxi vers service de garde hospitalier ou en ambulance. Le choix serait réalisé par un dispatching professionnel (médecins). Les transports seraient remboursés si attestation du medecin des urgences (si cas bénin, pas d'attestation, pas de remboursement)

§ zoals in buitenland via spoedopname ziekenhuis waar men nooit helemaal alleen is, ambulance of PIT(ook nooit 1 persoon alleen) voor mensen die zich weigeren te verplaatsen.

§ se déplacer vers poste d'urgence par taxi social ou ambulance

§ Team van arts, verpleegkundige, body guard, politie en identificatie van patiënt / oproeper na telefonische inschatting van ernst door arts; Aanmelding op speciale spoed eenheid en specifiek vervoer daarnaartoe

§ Service de garde hospitalier

§ service public de garde avec accompagnement policier si visite à risque

§ enkel bekende patiënten of mensen die vooraf alle gegevens kenbaar maken & gedurig contact met wachtpost en/of politie

§ Aller aux urgences si c'est vraiment urgent

§ Begeleiding 's bij risico oproepen of niet plus gevoel

§ Transport sanitaire pour accéder à nos postes de gardes, soit faire participer les MG aux postes des urgences avec simplement un premier tri par la première ligne

§ service 100

§ URGENTE GEVALLEN NAAR SPOED OF BIJ GEKEND AGRESSIEVE PATIENT POLITIEBEGELEIDING OF 2DE PERSOON MEE

§ Zelf naar wachtpost komen. Indien dit niet mogelijk is ambulance naar spoed

§ soit se rendre dans un centre régional protégé, soit visite à domicile accompagnée d'une protection rapprochée (surtout dans les villes)

§ le samu 112

§ Les postes de gardes

§ ?

§ taxi naar wachtpost; uitz bejaardentehuizen en palliatieve patiënten

§ enkel nachtelijke bezoeken in het kader van een georganiseerde wachtdienst, en met back-up van assistentie-personeel

§ Conseils téléphoniques

Urgences

§ Déplacement exclusivement pour les patients connus sans antécédents d'agression et dans l'impossibilité de se diriger vers l'hôpital.

Je pense que si nous pouvons facturer le déplacement en plus de la consultation une bonne partie des pseudo urgences et pseudo malades disparaîtra... (tous les autres visites à domicile sont facturées, pour quoi pas nous??)

§ triage door spoed dienst

of dringend en dan spoed of niet dringend en dan wachten tot volgend e dag

§ mogelijkheid tot begeleiding door politie bij risico patienten

§ Laten ophalen door gespecialiseerde dienst.

§ niet door de huisarts alleen

standaard met meer dan 1 persoon zijn

huisarts + chauffeur/(para)medisch student/veiligheidspersoneel

§ ik denk dat er moet gekeken worden of dit niet meer georganiseerd worden. Is het nog zinvol dat huisarts deze oproepen doet of kan hier een spoedgevallendienst/wachtpost soelaas bieden? Is een huisbezoek noodzakelijk, wat is echt 's nachts nodig?

§ In dringende gevallen, spoedgevallen contacteren. Vaak gaan de telefoons over kinderen met koorts. Een goede triage in de ziekenhuizen zou deze vragen kunnen beantwoorden. De echt dringende gevallen, kunnen naar spoed.

§ enkel in de wachtpost of als er begeleiding is voor de arts

§ spoeddienst, ambulance. Werkend in Charleroi is gevaarlijk zeker s'nachts. Ondanks aanwezigheid van chauffeur al onveiligheidsgevoel gehad op huisbezoek.

Als men s'nachts belt, moet het echt dringend zijn en zou men moeten beroep doen op de spoeddienst of ambulance voor dringend transport.

§ venir aux urgences

§ déplacement du patient au poste de garde par des services de transport, report au lendemain ou visites accompagnées au domicile si vraiment vraiment nécessaire et pas juste pour convenance personnelle, pas envie d'attendre...

§ Tussen 23u en 7u speciale nachtartsen met begeleiding door chauffeur, of eventueel alles via spoedgevallen. Als ik 's nachts wordt opgeroepen, moet ik in 50% van de gevallen al verwijzen naar spoed.

§ Si le patient est malade au point de ne pas attendre le matin, il doit contacter le 112.

§ spoeddiensten wachtposten huisartsen

§ Exceptionnellement, une visite accompagnée par la police

§ met chauffeur vanuit de wachtpost. Ik vind het als vrouw erg onveilig om 's nachts alleen bij onbekenden binnen te gaan. Zeker omdat je regelmatig oproepen krijgt van verslaafden en psychiatrische patiënten

§ Geen nachtelijke bezoeken bij gekende probleempersonen. Enkel nachtbezoeken bij personen van onbesproken gedrag.

§ Diriger vers les urgences

§ ambulance médicalisée ou médecin accompagné

§ Naar ziekenhuis -spoedgevallen

§ Visite de nuit = en principe urgence => ambulance

Si motif de la visite est banal (après analyse approfondie et conseils téléphoniques) => pas de déplacement du médecin.

Moralité: visites de nuits = inutiles en médecine générale SAUF maisons de repos et soins palliatifs.

§ Geen nachtelijke bezoeken door arts ALLEEN. Onder begeleiding door chauffeur van wachtpost is er geen probleem

§ renvoi automatique vers les structures intégrées comme les urgences hospitalières ou de services y annexés

§ Envoyer une équipe et pas un médecin seul.

§ Spoed

§ indien nodig bezoek aan de spoeddienst in het ziekenhuis waar voldoende personeel en omkadering is

§ consult spoedgevallen of via ziekenwagen

§ alles in wachtposten waar je met meerdere bent, en een rondrijdende chauffeur is. Alleen als huisarts op huisbezoek gaan vind ik totaal niet meer ok. Ik denk dat er geen extra voorbeelden meer moeten komen na de moord op een collega vorig jaar...

§ enkel oproepen in palliatieve setting /rvt

(cfr nachtwacht komen-ploegsteert)

ZH-urgentieteam bestaande uit 2 personen

toegankelijk vervoer naar spoed

§ 1733

nuit profonde

§ dispatch met inschatting, zo nodig eerst politie ter plaatse zo verdachte oproep.

CHAUFFEUR!!

§ telefonische triage: verwijzing spoed of afwachten tot volgende dag

§ er zijn zeer weinig echte urgenties 's nachts dus de nachtdienst kan volgens mij worden opgevangen door de spoed van ziekenhuizen wanneer er een goede triage plaatsvindt

§ Systeem wachtpost met chauffeur

§ nachtelijke huisbezoeken onder politiebegeleiding bij risicopatiënten (nota in GMD)

§ spoed, altijd begeleiding

§ 1/TRI PAR 1733 AVEC 4 ITEMS DE DEPLACEMENT A PARTIR DE 20H

2/MODIFICATION DES HORAIRES LEGAUX DE NUIT(18-20 ET 20-8 AU LIEU DE 18-23 ET 23-8)

3/ DE 20 à 8H GARDE DE NUIT ASSUREE PAR L'HOPITAL AVEC DEPLACEMENT CHEZ PATIENT APRES TRI D'UN VEHICULE AVEC CHAUFFEUR,INFIRMIER ET MEDECIN ET POSSIBILITE D'APPEL DE LA POLICE

§ Chauffeur , om niet alleen naar onbekende adressen te gaan. Wij zijn de enige hulpverleners die alleen bij oproepen gaan! Politie, brandweer, mug of ambulances steeds met meer dan 1 persoon. Daar mag eens over nagedacht worden. Er is immers een zekere mogelijkheid van aangevallen worden, dit kan nooit uitgesloten worden. Alleen is maar alleen...vooral snachts...

§ assurance complémentaire couvrant le transport du patient vers un poste de garde etc ... en cas d'incapacité de déplacement de ce patient par lui-même ou par un membre de sa famille, voisin etc ...

§ d'abord appeler son med traitant, puis le 1733, puis le samu

§ Wachtpost

§ Mobiele equipe vanuit het ziekenhuis.

Nachtbezoeken in besloten woonvormen met personeel zoals rusthuizen, tehuizen voor mindervaliden enz. kunnen wel nog door huisartsen verricht worden.

§ naar spoed sturen

§ begeleiding door security bv...

taxi, die wacht---en kan alarmeren---bv

§ 112

§ De wachtposten bij het ziekenhuis plaatsen. Indien onmogelijk tot de wachtpost te komen , dan ziekenwagen of taxi sturen die de patiënt naar de wachtpost brengt.

§ Als een medische oproep 's nachts echt urgent is, dan is die in 90% van de gevallen zo ernstig dat het werk is voor de 100-diensten, in de andere gevallen kan het gerust wachten tot de volgende ochtend.

§ Er zou in het kader van een verplichte wachtdienst minstens een chauffeur met de huisarts moeten meegaan wiens aanwezigheid duidelijk aan de patiënt moet worden getoond. De chauffeur kan dan nog desgewenst (in het kader van medisch beroepsgeheim) elders wachten ofwel moet deze chauffeur ook een medische opleiding genoten hebben en kan hij/zij eventueel beperkte assistentie uitvoeren vb. bloeddruk nemen. Dit alles zou moeten standaard volledig gesubsidieerd worden door de overheid. Indien dit financieel of praktisch niet haalbaar zou zijn, dan is het naar mijn mening overantwoord van diezelfde overheid om een huisarts te verplichten om huisbezoeken af te leggen. Tussen middernacht en 6.00 uur 's ochtends is een huisartsenwacht overbodig: ofwel is het zo dringend dat de patiënt toch naar het ziekenhuis moet, ofwel wordt men voor de grootste prullen 's nachts opgebeld. Er wordt dan verwacht dat men voor het belachelijk laag bedrag van 85 euro soms een volledig onterecht aangevraagd nachtelijk huisbezoek aflegt waarbij men zichzelf nog in gevaar brengt ook.

§ spoedopname, huisartsenwachtpost

§ Patiënt met aandrang uitnodigen om zelf naar de praktijk/wachtpost te komen. Indien onmogelijk om medische redenen, verdere hulpverlening via 100 centrale (ziekenwagen, politiebegeleiding)

§ Wachtdokter met politiebegeleiding

Huisartsenwachtpost in ziekenhuis

§ Geen nachtelijke huisbezoeken meer, behalve voor woon- en zorgcentra, dienstverleningscentra voor minder-validen en gehandicapten.

Patiënt moet zich aanmelden op het artsenkabinet.

§ accompagnement par un tiers

§ Bereikbaar zijn tot bv 22 uur 's avonds en vanaf 7 à 8 u 's ochtends. Tussentijd kan de patiënt voor echt dringende problemen op spoed terecht.

§ indien medische hulp 's nachts noodzakelijk is, dan is het meestal een spoedoproep

§ spoeddienst indien het zo dringend is dat iemand 's nachts naar thuis moet komen

§ In Wallonië is er in veel gebieden in het weekend geen nachtdienst. Hoe doen ze het daar ?

In sommige gebieden zullen in de nabije toekomst geen nachthuisbezoeken meer gebeuren, daar ben ik van overtuigd.

§ politie of bewakings firma

§ Ook de weekwachten met een chauffeur die dan buiten wacht en alarm kan slaan

§ Naar wachtpost zelf komen of naar spoed indien dringend.

§ spoed, indien urgent toch doorverwijzing naar spoed nodig

niet urgent kan wachten tot dag erop

§ samenwerking spoed?

§ dienst spoedgevallen

§ * steeds naar de wachtpost komen

OF begeleid door een andere persoon een woning betreden.

§ Laagdrempelige mogelijkheid om beroep te kunnen doen op politiebegeleiding bij "verdachte" adressen;

Rechtszekerheid voor artsen die omwille van eigen veiligheid weigeren bepaalde adressen/personen thuis te bezoeken.

§ Chauffeur die kan melding maken van agressie als er iets fout gaat.

§ Overal wachtposten in Vlaanderen met begeleiding chauffeur s nachts