Agressie en geweld in de huisartsenpraktijk: een cross-sectioneel onderzoek naar de perceptie van geweld

Lennart de Jager, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Dirk Devroey

Praktijkopleiders: Prof. Dr. Ives Hubloue, Prof. Dr. Yvan Vandenplas, Dr. Kathy Bouez

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Abstract 5

1 Inleiding 7

1.1 Achtergrond 7

1.2 Literatuuronderzoek 8

1.3 Vraagstelling 11

2 Methode 12

2.1 Opzet 12

2.2 Deelnemers 12

2.3 Statistische werkwijze 13

3 Resultaten 14

3.1 Demografische gegevens 14

3.2 Perceptie van geweld 15

3.3 Incidentie 22

3.4 Preventieve maatregelen 25

4 Bespreking 26

4.1 Belangrijkste resultaten 26

4.2 Aanbevelingen voor preventief beleid 28

4.3 Beperkingen van het onderzoek 28

4.4 Toekomstig onderzoek 29

5 Besluit 30

6 Dankwoord 31

7 Literatuur 32

8 Bijlagen 34

8.1 Bijlage 1: Informed consent 34

8.2 Bijlage 2: Vragenlijst 35

8.3 Bijlage 3: Goedgekeurd protocol 39

8.4 Bijlage 4: Goedkeuring Commissie Medische Ethiek UZ Brussel 42

8.5 Bijlage 5: Verzekeringsattest 44

8.6 Bijlage 6: Zijn er andere actes die u beschouwt als vorm van agressie en geweld die niet beschreven staan onder vraag 1? 45

8.7 Bijlage 7: Attest Good Clinical Practice 46

Abstract

Context: In 2017 werd door de Vrije Universiteit Brussel, de Orde der Artsen en de Patrick Roelandt Anti-Agressie Groep een nationaal onderzoek gehouden onder Belgische artsen, welke gepubliceerd werd in de vorm van een masterproef. Uit de resultaten bleek dat 36,8% van de ondervraagde artsen de 12 maanden voorafgaand aan de enquête slachtoffer was geworden van agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Opvallend was dat vrouwen en jonge artsen significant vaker aangaven met agressie en geweld te maken te hebben gehad. Een van de belangrijkste beperkingen van het nationaal onderzoek was echter de classificatie van agressie en geweld, die vatbaar was voor interpretatie en subjectiviteit.

Onderzoeksvraag: Dit onderzoek zal verder gaan op het nationaal onderzoek uit 2017 door volgende onderzoeksvragen te stellen: Als hoe ernstig beschouwen de Vlaamse huisartsen de verschillende vormen van agressie en geweld? Bestaat er een verschil tussen verschillende subgroepen en de perceptie die zij hebben van verschillende vormen van agressie? Welke preventieve maatregelen werden genomen en wat waren de redenen daartoe?

Methode: Het onderzoek werd uitgevoerd in de vorm van een cross-sectioneel onderzoek, waarbij gebruik gemaakt werd van een online aangeboden vragenlijst. Het onderzoek was grotendeels kwantitatief. Om deel te kunnen nemen moest men minstens een jaar werkzaam zijn als huisarts of huisarts in opleiding, werkzaam zijn in Vlaanderen of Brussel en kennis hebben van de Nederlandse taal.

Resultaten: Op het eind van dit onderzoek waren 92 volledige en correct ingevulde vragenlijsten ontvangen. Zwaar fysiek geweld, aanval met voorwerp, wapen en/of dier en verkrachting werden het vaakst als zeer ernstig beschouwd. Schelden en/of beledigen, verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen, dreigen met zelfmoord en/of automutilatie en seksuele opmerkingen werden het minst als zeer ernstig beschouwd. In een vergelijking op basis van geslacht en een vergelijking op basis van HAIO/huisarts werden hiervoor geen statistisch significante verschillen gevonden. Huisartsen namen de meeste preventieve maatregelen in de vorm van een secretariaat, gevolgd door camerabewaking en alarminstallaties, het gebruik maken van een wachtpost en een alarmknop op gsm of bureau.

Conclusie: Uit de resultaten bleek dat artsen vooral zware vormen van fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan en wurging) en seksuele agressie (met uitzondering van seksuele opmerkingen) als zeer ernstige vorm van agressie percipieerden. De verbale en psychische vormen van agressie werden hoewel nog steeds als ernstig, toch als minder ernstig beschouwd dan de non-verbale. Een significant verschil tussen de perceptie van agressie en geweld werd tussen de subgroepen niet

gevonden. Wat de preventie van geweld betrof werden gelijkaardige resultaten gezien als in voorgaande onderzoeken.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Agressie tegen artsen kwam de voorbije jaren vaak in het nieuws. In 2017 werd door de Vrije Universiteit Brussel (VUB), de Orde der Artsen en de Patrick Roelandt Anti-Agressie Groep (PRaag) een nationaal onderzoek gehouden onder Belgische artsen, welke gepubliceerd werd in de vorm van een masterproef[1]. Uit de resultaten bleek dat 36,8% van de ondervraagde artsen de 12 maanden voorafgaand aan de enquête slachtoffer was geworden van agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Opvallend was dat vrouwen (43,2% tegenover 30,9%) en jonge artsen significant vaker aangaven met agressie en geweld te maken te hebben gehad. Ook artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis en artsen in psychiatrische instellingen ondervonden vaker problemen ten gevolge van agressie en geweld. Binnen de ziekenhuizen bleek de spoedgevallendienst het gevaarlijkst.

In 2018 werd in *Huisarts Nu* een artikel gepubliceerd waarin verder werd gegaan op het nationale onderzoek uit 2017 en gebruik makend van dezelfde database gefocust werd op de Nederlandstalige artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis, in het bijzonder de Vlaamse huisartsen[2]. Daaruit bleek dat 35,7% van de huisartsen in Vlaanderen het jaar voorafgaand aan de enquête met een of andere vorm van agressie te maken kreeg. Met 42,9% tegenover 28,5% gaven de vrouwelijke huisartsen ook hier significant vaker aan met agressie en geweld te maken te krijgen dan hun mannelijke collega's.

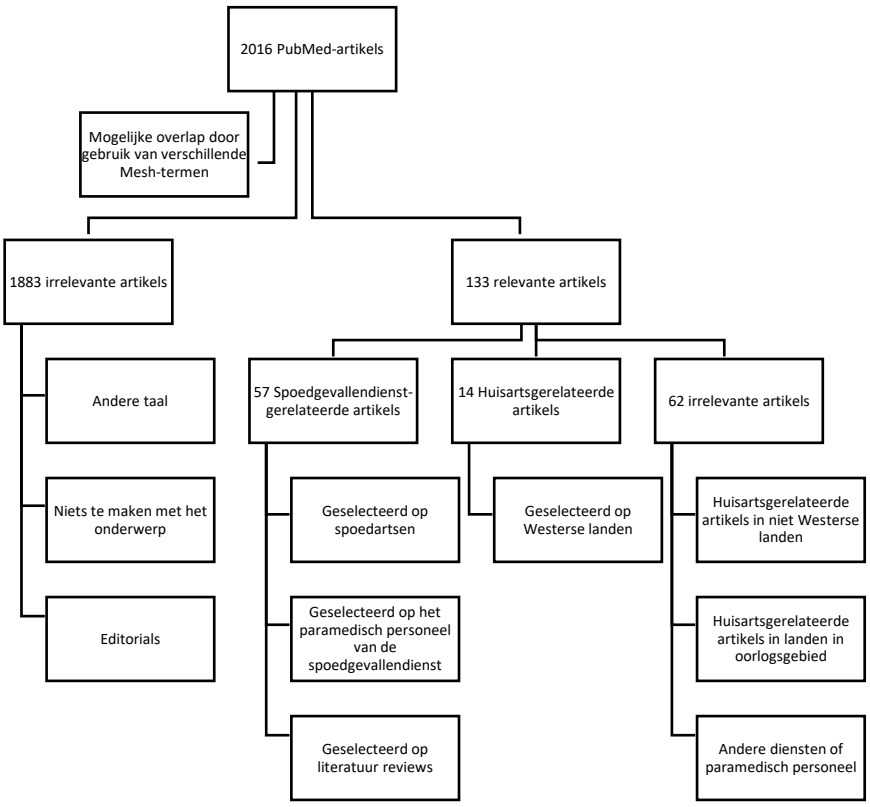
Het nationale onderzoek onder artsen had echter enkele beperkingen. Een van de belangrijkste beperkingen was de classificatie van agressie en geweld, die vatbaar was voor interpretatie en subjectiviteit. Niet iedere arts hanteerde noodzakelijkerwijs dezelfde definitie van agressie en wat voor de ene arts als een vorm van geweld kon overkomen hoefde dit voor een andere arts niet per se te zijn. Het was dus niet uit te sluiten dat deze subjectieve beleving ook significant verschillend kon zijn onder verschillende subgroepen van (huis)artsen met als gevolg een andere rapportage van ervaren agressie, met mogelijk over en onderrapportage tussen subgroepen onderling.

Voor deze masterproef zal dezelfde classificatie gebruikt worden als in het nationale onderzoek. De termen agressie en geweld zullen door elkaar gebruikt worden, analoog aan eerdere onderzoeken. Voor dit onderzoek zal nauw samengewerkt worden met mijn collega huisarts in opleiding (HAIO) Madieke Maseman, die verder onderzoek zal doen naar agressie en geweld op de spoedgevallendienst.

1.2 Literatuuronderzoek

1.2.1 Methode

In de literatuur was weinig terug te vinden over de perceptie van geweld door huisartsen. De meeste onderzoeken richtten zich op de incidentie van geweld zonder rekening te houden met de subjectieve beleving. Internationaal werd met behulp van de zoekmachine PubMed® gezocht in de database van MEDLINE® (zie figuur 1). Gebruik werd gemaakt van de MeSH-termen “Perception”, “Violence”, “Physicians”, “Sexual Harassment” en “Physician-Patient Relations”. Een beperking van zoeken in internationale literatuur naar studies over huisartsen is dat het beroep van huisarts zoals gekend in België niet in alle landen gelijkaardig is. Ook evolueert het beroep van huisarts over tijd, waardoor oude studies mogelijk nu niet meer relevant kunnen zijn. Daarom werd geselecteerd op relevante wetenschappelijke artikelen van de laatste 20 jaar, gebaseerd op studies onder huisartsen verricht in westerse landen (West-Europa, Noord-Amerika en Australië).



Figuur 1 Zoekstrategie

1.2.2 Nationaal

Belangrijke onderzoeken naar incidentie in België waren de enquête in de Artsenkrant van 1995[3] en 1998[4] alsook een grote enquête naar de werkomstandigheden onder artsen in 2017[5]. Uit de resultaten van de laatste enquête bleek dat 86,3% van de ondervraagde artsen de voorbije tien jaar

verbaal geweld, 27,6% fysiek geweld en 38,2% seksueel ongewenst gedrag ondervonden. Seksueel ongewenst gedrag kwam vaker voor bij vrouwen (bijna de helft in de voorbije 10 jaar), verbaal en fysiek geweld meer bij mannen.

In 2018 werd door *Demeur et al.* een onderzoek gepubliceerd naar agressie tegenover Vlaamse huisartsen[6]. Bijzonder aan deze studie was dat naast de incidentie ook onderzoek gedaan werd naar de relatie tussen de persoonlijkheid van huisartsen en de rapportage van agressie. Daarnaast onderzocht men hoe persoonlijkheid gerelateerd was aan het veiligheidsgevoel. Fysieke agressie werd als het meest bedreigend ervaren. Vrouwelijke artsen beschouwden seksuele intimidatie vaker als een daad van agressie. Fysiek contact en verbale intimidatie werden door zowel vrouwelijke als mannelijke artsen als een daad van agressie beschouwd. De meerderheid van de huisartsen kwam het voorbije jaar in aanraking met verbale agressie.

Op kleinere schaal werd in België in het najaar van 2016 in Gent een enquête gehouden die peilde naar het onveiligheidsgevoel bij huisartsen[7]. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat vrouwen zich vaker al eens bedreigd voelden dan mannen (44% tegenover 26%). Met het toenemen van de leeftijd alsook het aantal jaren beroepservaring daalde het gevoel van zich bedreigd te voelen.

Door de Algemene Directie Veiligheid en Preventie van de Federale Overheidsdienst (FOD) Binnenlandse Zaken werd in 2016 het platform 'veiligheid van de huisartsen' opgericht[8]. Binnen dit platform waren onder andere de Verenigingen van Huisartsenkringen, de Orde der Artsen en PRaag vertegenwoordigd. Uit deze samenwerking kwam in 2017 de brochure 'Een veilige dokterspraktijk: Preventietips om uw praktijk en werkomgeving veilig te maken' tot stand[9]. In deze brochure staan tips voor preventie tijdens de verschillende huisartsgerelateerde activiteiten. Tevens werd in juni 2017 de applicatie "App 112 BE" gelanceerd. Tijdens de installatie kan de huisarts zijn beroep invullen waardoor dit in geval van nood zichtbaar is voor de operator in de alarmcentrale.

In 2016 richtte de Orde der Artsen een nationaal meldpunt op voor agressie tegen artsen[10]. Begin 2019 waren daar reeds 191 meldingen geregistreerd[11]. Het waren vooral huisartsen (80%) die van het formulier gebruik maakten. In 52% van de gevallen betrof het verbaal geweld, 28% psychische agressie, 19% fysiek geweld en in 1% van de gevallen seksueel geweld.

1.2.3 Internationaal

In het buitenland werd ook reeds onderzoek verricht naar agressie en geweld tegen artsen, voornamelijk met de focus op incidentie en minder op perceptie. Daarbij richtten de meeste onderzoeken zich ook op ziekenhuisartsen of artsen in het algemeen. Het aandeel van onderzoeken naar huisartsen was eerder beperkt. Voor wat de Verenigde Staten betrof waren in MEDLINE® zelfs geen onderzoeken naar agressie tegen algemene geneeskundigen voorhanden, iets dat ook

opgemerkt werd in een belangrijk Amerikaans reviewartikel over geweld tegen gezondheidswerkers van *Phillips* uit 2016[12].

Een belangrijk onderzoek naar de beleving van geweld was deze van *Elston et al.*, gepubliceerd in 2016 in de Sociology of Health and Illness, waarbij dieper werd ingegaan op de gender- en leeftijdsafhankelijke risico's op geweld onder huisartsen in Engeland[13]. Hieruit bleek dat vrouwelijke en jonge mannelijke huisartsen zich meer zorgen zouden maken om geweld en daarom meer voorzorgen zouden nemen.

Een ander belangrijk onderzoek onder huisartsen was deze van *Vorderwülbecke et al.* in 2015 die aantoonde dat de mate van agressie en geweld in Duitsland vergelijkbaar was met deze van andere landen[14]. Hoewel de meeste artsen zich veilig voelden in hun praktijk gaf 66% van de vrouwelijke tegenover 34% van de mannelijke huisartsen aan een gevoel van onveiligheid te hebben op huisbezoeken tijdens de wacht.

In 2012 onderzochten *Skibeli Joa et al.* de incidentie van geweld buiten de reguliere werkuren tegen gezondheidswerkers (waaronder huisartsen) in de eerstelijnsgeneeskunde in Noorwegen[15]. Met name verpleegkundigen ondervonden vaker verbale agressie en mannen ondervonden vaker fysieke agressie. Met name drugsintoxicatie en mentale ziekte waren de meest frequente oorzaken van agressie.

In Australië werd in 2010 door *Forrest et al*. een groot onderzoek verricht onder 804 huisartsen, waaruit bleek dat verbale agressie (58% in de voorbije 12 maanden) de voornaamste vorm van geweld was[16]. Ook uit dit onderzoek kwam terug naar voren dat vrouwelijke artsen vaker met seksuele intimidatie te maken kregen alsook dat artsen met minder ervaring vaker met verbale agressie te maken kregen. Dit onderzoek toonde vergelijkbare resultaten met eerdere in Australië uitgevoerde onderzoeken[17–20].

Een Canadees onderzoek uit 2010 van *Miedema et al.* hanteerde de classificatie van kleine, grote en ernstige incidenten en dit over het verloop van de gehele carrière[21]. Daarbij gaf 98% van de respondenten aan gedurende hun carrière ooit een klein incident gehad te hebben, 75% een grote en 39% een ernstige. Zowel het ras als het geslacht van de arts hadden invloed op het vóórkomen van incidenten.

In 2007 verscheen in de British Journal of General Practice een onderzoek van *Koritsas et al.* naar geweld onder huisartsen waaruit bleek dat meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen aangaf een vorm van agressie ervaren te hebben[22]. Seksuele intimidatie kwam ook hier significant vaker voor bij vrouwen. Een ouder onderzoek uit 2000, uitgevoerd door *Ness et al.* toonde aan dat meer

dan de helft van de huisartsen het jaar voordien met verbaal geweld te maken kreeg[23]. Daarbij stelde de auteur wel de kanttekening dat het begrip verbaal geweld niet gedefinieerd was in de vragenlijst.

In Nieuw Zeeland werd in 2002 door *Gale et al.* een onderzoek verricht onder huisartsen, waarbij 15,4% van de ondervraagden aangaf het voorbije jaar met verbale agressie te maken te hebben gehad[24]. Fysieke agressie kwam vaker voor bij mannelijke artsen. Seksuele agressie daarentegen vaker bij vrouwen.

1.3 Vraagstelling

In zowel de nationale als de internationale studies naar agressie tegen huisartsen blijven bepaalde trends terugkomen. Belangrijke trends zijn het vaker voorkomen van agressie tegen vrouwelijke artsen (in het bijzonder seksuele agressie) en het vaker voorkomen van agressie tegen jonge artsen.

In aanvulling op het nationale onderzoek onder Belgische artsen uit 2017[1] en het daaruit voortgekomen artikel over Vlaamse huisartsen van 2018[2] worden voor dit onderzoek de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Als hoe ernstig beschouwen de Vlaamse huisartsen de verschillende vormen van agressie en geweld?
- Bestaat er een verschil tussen verschillende subgroepen en de perceptie die zij hebben van verschillende vormen van agressie?
- Welke preventieve maatregelen werden genomen en wat waren de redenen daartoe?

De beperking uit het nationaal onderzoek wat de classificatie en subjectiviteit van agressie betreft zal daarmee tot de belangrijkste onderzoeksvraag worden. Verder zal de incidentie terug bevraagd worden om een vergelijking te kunnen maken met vorig onderzoek en dit onderzoek te kunnen kaderen met de bevonden resultaten voor perceptie.

2 Methode

2.1 Opzet

Het onderzoek werd uitgevoerd in de vorm van een cross-sectioneel onderzoek, waarbij gebruik gemaakt werd van een vragenlijst. Deze vragenlijst werd opgesteld in samenwerking met Madieke Maseman en Prof. Dr. Dirk Devroey. Goedkeuring werd verleend door de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel) op 11 juli 2018 (zie bijlage 3 en 4). Een verzekering werd afgesloten in geval dat deelnemers schade zouden ondervingen bij het invullen van de enquête (zie bijlage 5)

De vragenlijst (zie bijlage 2) werd online aangeboden door middel van Limesurvey (Versie 2.00+ Build 130802) en gehost op de servers van de VUB. Het was niet mogelijk de enquête op papier in te vullen. Het onderzoek vond plaats van 15 oktober 2018 tot en met 06 januari 2019. Voorafgaand aan het invullen van de enquête moest akkoord gegaan worden met een informed consent (zie bijlage 1). Het invullen gebeurde volledig anoniem en terugtrekken uit het onderzoek was te allen tijde mogelijk. Voor de verwerking werd enkel rekening gehouden met volledig ingevulde vragenlijsten.

Het onderzoek was grotendeels kwantitatief. In de vragenlijst kwam slechts één open vraag voor (Deel 1, Vraag 2). Bij de totstandkoming van de vragenlijst werd rekening gehouden met de eerder gestelde onderzoeksvragen. In het eerste deel van de vragenlijst werd gevraagd om van verschillende vormen van agressie of geweld deze te graderen door middel van een Likertschaal, gaande van 1 (niet ernstig beschouwd) tot en met 5 (zeer ernstig beschouwd). Door middel van een open vraag werden nog bijkomende mogelijke daden van agressie en geweld bevraagd. In deel twee van de enquête werd bevraagd hoe vaak de respondent de voorbije 12 maanden met een vorm van agressie te maken kreeg. In het derde deel werd naar preventieve maatregelen gevraagd alsook waarom deze maatregelen genomen waren. In deel vier van de vragenlijst werden tot slot de persoonlijke gegevens bevraagd.

2.2 Deelnemers

Getracht werd om ongeveer honderd volledig en correct ingevulde enquêtes te bekomen. De deelnemers werden uitgenodigd via een link op de website van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO), door het contacteren van seminariegroepen, via sociale media en via nieuwsbrieven van deelnemende Vlaamse huisartsenkringen.

Om een selectiebias te minimaliseren werd geprobeerd om een diverse groep van huisartsen aan te sporen deel te nemen aan de studie. In een poging dit te bereiken werd benadrukt dat dit onderzoek

open stond voor iedereen, dus ook mensen die nooit met geweld in aanraking waren geweest. De vragenlijst zelf werd bewust kort gehouden om vroegtijdig afhaken van de enquête te verminderen.

Om deel te kunnen nemen moest men minstens een jaar werkzaam zijn als huisarts of huisarts in opleiding, werkzaam zijn in Vlaanderen of Brussel en kennis hebben van de Nederlandse taal. Deelnemen was niet mogelijk indien men minder dan een jaar werkzaam was als huisarts of huisarts in opleiding en/of geen kennis had van de Nederlandse taal.

2.3 Statistische werkwijze

De statistische analyse werd gedaan met behulp van LimeSurvey (Versie 2.00+ Build 130802), Microsoft Excel 2019 en IBM SPSS Statistics 24. Enkel volledig ingevulde vragenlijsten werden verwerkt in de analyses. Ter ondersteuning van de statistische analyses werd veel gebruik gemaakt van het boek "Medical Statistics - A Guide to SPSS, Data Analysis and Critical Appraisal" van *Barton en Peat*[25].

Voor de verwerking van de gegevens werd vooral beschrijvende statistiek toegepast. In SPSS kon dit met de functie: "Analyze → Descriptive Statistics → Frequencies". Om te bepalen of een continue variabele normaal verdeeld was werd gebruik gemaakt van de functie: "Analyze → Descriptive Statistics → Explore" met "Normality plots with tests" geselecteerd onder "Plots". Voor het opmaken van de tabellen werd gebruik gemaakt van Microsoft Word 2019. Voor de statistische significantie werd een α=0,05 gehanteerd.

Het vergelijken van subgroepen met categorische variabelen kon in SPSS met de functie: "Analyze → Descriptive Statistics → Crosstabs" met "Chi-square" geselecteerd onder "Statistics". Gezien de beschikbaarheid van voldoende rekenkracht en het frequent voorkomen van cellen met een verwachte waarde lager dan 5 werden de *p*-waarden berekend door middel van Fishers exacte toets. 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 berekend. De CI werd dan berekend met $p \pm (SE \times 1.96)$.

Voor de vergelijking van de perceptie van geweld tussen de subgroepen, uitgedrukt door middel van een Likertschaal, werd gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U test. Dit kon in SPSS met de functie: "Analyze → Nonparametric Tests → Independent Samples" met als optie "Mann–Whitney U (2 samples)".

De kwalitatieve data bleef in deze studie beperkt en werd vooral gebruikt om eventuele andere vormen van gepercipieerde agressie en geweld op te sporen. Eventueel kunnen deze gegevens gebruikt worden voor volgend onderzoek.

3 Resultaten

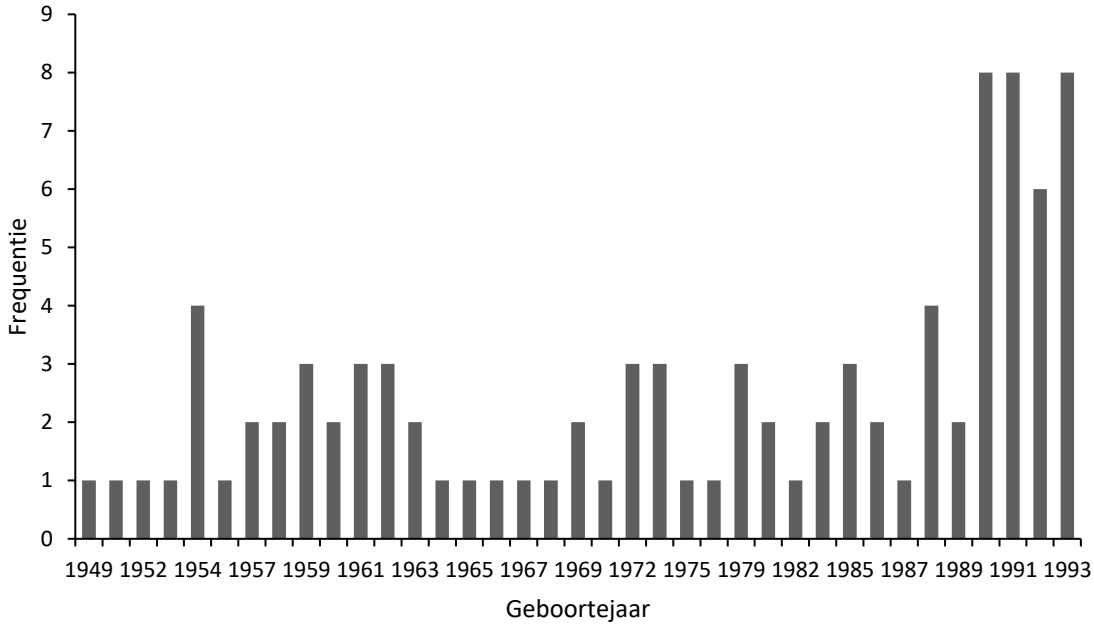
3.1 Demografische gegevens

Op het eind van dit onderzoek waren 92 volledige en correct ingevulde vragenlijsten ontvangen (*N*=92). De demografische gegevens van de onderzoekspopulatie zijn terug te vinden in tabel 1. Van de respondenten was 55,4% man en 44,6% vrouw. Het geboortejaar had een mediaan van 1981,00 (IQR=22) en was niet normaal verdeeld (zie figuur 2) met een *p*-waarde van <0,0001 voor zowel de Kolmogorov-Smirnova als de Shapiro-Wilk test. De meerderheid van de deelnemers was afgestudeerd huisarts (72,8%). Landelijk werkende huisartsen (59,8%) waren sterker vertegenwoordigd dan stedelijk werkenden (40,2%). Wat de hoofdactiviteit betrof waren de groepspraktijken het ruimst vertegenwoordigd (52,2%), gevolgd door de solopraktijken (22,8%) en duopraktijken (17,4%). Het aantal medewerkers in de praktijk lag meestal tussen de 1 en 5 (58,7%).

Tabel 1 Demografische gegevens van de onderzoekspopulatie (*N*=92)

Kenmerk	**Percentage (*n*)**
Geslacht	
Man	55,4% (51)
Vrouw	44,6% (41)
Geboortejaar	1981,00 (28)[a]
HAIO of huisarts	
HAIO	27,2% (25)
Huisarts	72,8% (67)
Werkingsgebied	
Stedelijk	40,2% (37)
Landelijk	59,8% (55)
Hoofdactiviteit	
Solopraktijk	22,8% (21)
Duopraktijk	17,4% (16)
Groepspraktijk	52,2% (48)
Wijkgezondheidscentrum	6,5% (6)
Anders	1,1% (1)
Medewerkers in de praktijk	
0	18,5% (17)
1-5	58,7% (54)
≥5	22,8% (21)

[a] Mediaan (IQR)



Figuur 2 Geboortejaar

3.2 Perceptie van geweld

De perceptie van geweld werd bevraagd op een schaal van 1 tot 5, waarbij het getal 1 overeen kwam met als niet ernstig en het getal 5 overeen kwam met als zeer ernstig beschouwde daad van agressie. Geen van deze ordinale variabelen was normaal verdeeld met *p*-waarden van <0,0001 voor zowel de Kolmogorov-Smirnova als de Shapiro-Wilk test.

In tabel 2 zijn de percentages terug te vinden voor de verschillende gradaties van ernst van agressie, uitgezet tegen de gevallen van agressie. Met name voor de gradaties 4 en 5 zijn grote verschillen te zien. Zwaar fysiek geweld (94,6%), aanval met voorwerp, wapen en/of dier (93,5%) en verkrachting (93,5%) werden het vaakst als zeer ernstig beschouwd. Schelden en/of beledigen (12,0%), verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen (13,0%), dreigen met zelfmoord en/of automutilatie (19,6%) en seksuele opmerkingen (19,6%) werden het minst als zeer ernstig beschouwd.

In tabel 3 zijn de gemiddelden, mediaan en modus van de gradaties van geweld uitgezet tegen de gevallen van agressie. Uitgaande van het gemiddelde werden zwaar fysiek geweld (4,80), aanval met voorwerp, wapen en/of dier (4,77) en verkrachting (4,77) het vaakst als zeer ernstig beschouwd. Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie (3,39), verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen (3,46), seksuele opmerkingen (3,50) en schelden en/of beledigen (3,53) werden het minst als zeer ernstig beschouwd.

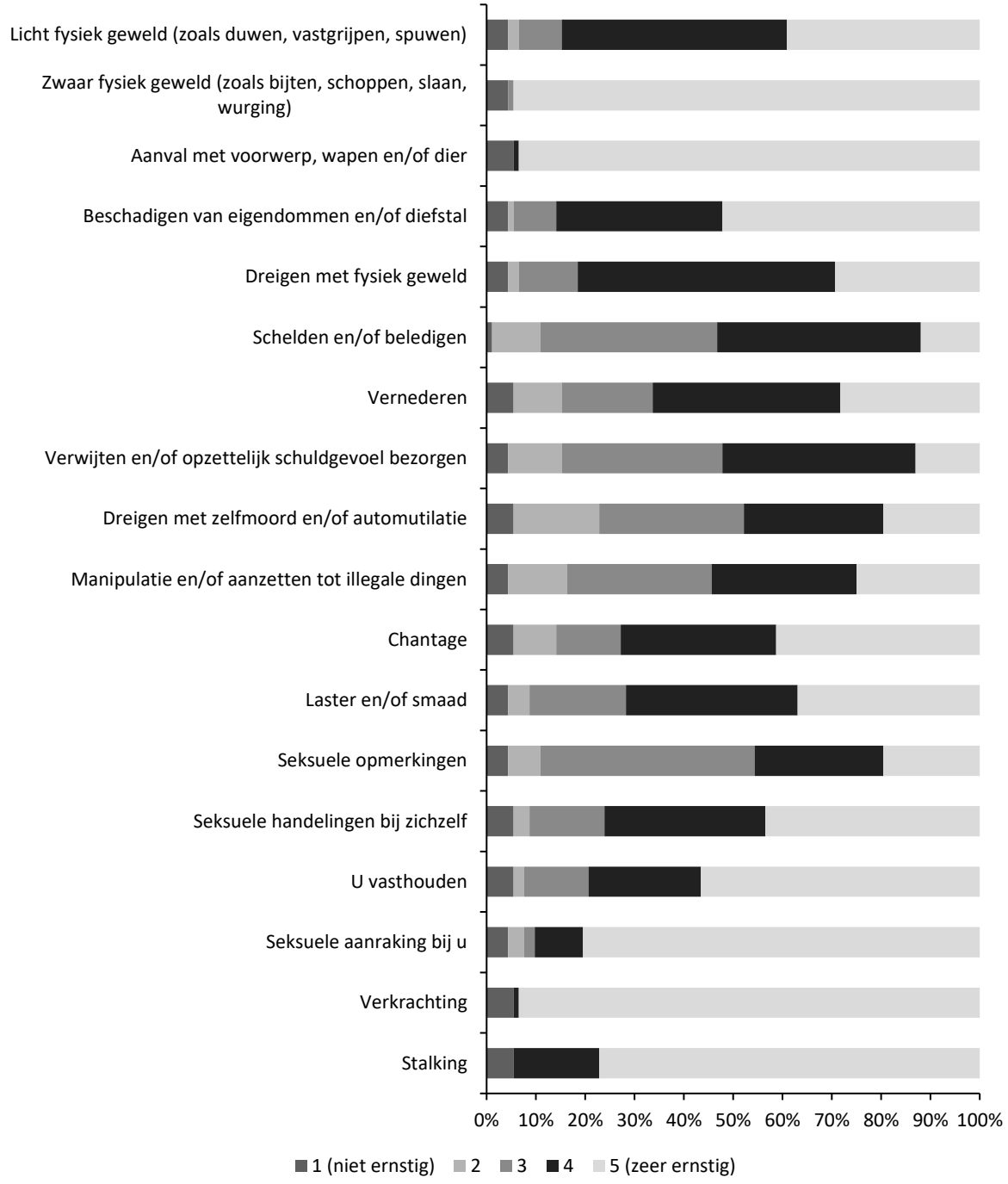
Tabel 2 Perceptie van geweld (*N*=92) in percentage (*n*)

	Kenmerk	**1 (niet ernstig)**	**2**	**3**	**4**	**5 (zeer ernstig)**
Fysiek	Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	4,3% (4)	2,2% (2)	8,7% (8)	45,7% (42)	39,1% (36)
	Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	4,3% (4)	0,0% (0)	1,1% (1)	0,0% (0)	94,6% (87)
	Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	5,4% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,1% (1)	93,5% (86)
	Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	4,3% (4)	1,1% (1)	8,7% (8)	33,7% (31)	52,2% (48)
Verbaal	Dreigen met fysiek geweld	4,3% (4)	2,2% (2)	12,0% (11)	52,2% (48)	29,3% (27)
	Schelden en/of beledigen	1,1% (1)	9,8% (9)	35,9% (33)	41,3% (38)	12,0% (11)
Psychisch	Vernederen	5,4% (5)	9,8% (9)	18,5% (17)	38,0% (35)	28,3% (26)
	Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	4,3% (4)	10,9% (10)	32,6% (30)	39,1% (36)	13,0% (12)
	Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	5,4% (5)	17,4% (16)	29,3% (27)	28,3% (26)	19,6% (18)
	Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	4,3% (4)	12,0% (11)	29,3% (27)	29,3% (27)	25,0% (23)
	Chantage	5,4% (5)	8,7% (8)	13,0% (12)	31,5% (29)	41,3% (38)
	Laster en/of smaad	4,3% (4)	4,3% (4)	19,6% (18)	34,8% (32)	37,0% (34)
Seksueel	Seksuele opmerkingen	4,3% (4)	6,5% (6)	43,5% (40)	26,1% (24)	19,6% (18)
	Seksuele handelingen bij zichzelf	5,4% (5)	3,3% (3)	15,2% (14)	32,6% (30)	43,5% (40)
	U vasthouden	5,4% (5)	2,2% (2)	13,0% (12)	22,8% (21)	56,5% (52)
	Seksuele aanraking bij u	4,3% (4)	3,3% (3)	2,2% (2)	9,8% (9)	80,4% (74)
	Verkrachting	5,4% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,1% (1)	93,5% (86)
	Stalking	5,4% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	17,4% (16)	77,2% (71)

Tabel 3 Perceptie van geweld (*N*=92) in gemiddelde (SD), mediaan (IQR) en modus

	Kenmerk	**Gemiddelde (SD)**	**Mediaan (IQR)**	**Modus**
Fysiek	Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	4,13 (0,975)	4 (1)	4
	Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	4,80 (0,842)	5 (0)	5
	Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	4,77 (0,915)	5 (0)	5
	Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	4,28 (0,987)	5 (1)	5
Verbaal	Dreigen met fysiek geweld	4,00 (0,949)	4 (1)	4
	Schelden en/of beledigen	3,53 (0,870)	4 (1)	4
Psychisch	Vernederen	3,74 (1,137)	4 (2)	4
	Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	3,46 (0,999)	4 (1)	4
	Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	3,39 (1,148)	3 (1)	3
	Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	3,59 (1,121)	4 (1,75)	3
	Chantage	3,95 (1,180)	4 (2)	5
	Laster en/of smaad	3,96 (1,068)	4 (2)	5
Seksueel	Seksuele opmerkingen	3,50 (1,022)	3 (1)	3
	Seksuele handelingen bij zichzelf	4,05 (1,103)	4 (1)	5
	U vasthouden	4,23 (1,110)	5 (1)	5
	Seksuele aanraking bij u	4,59 (1,007)	5 (0)	5
	Verkrachting	4,77 (0,915)	5 (0)	5
	Stalking	4,61 (0,949)	5 (0)	5

In figuur 3 zijn de percentages voor de verschillende gradaties grafisch uitgezet tegen de gevallen van agressie. De hoogste gradatie bevindt zich rechts op de grafiek, de laagste gradatie links. Visueel zijn duidelijke verschillen waarneembaar tussen wat de respondenten beschouwden als zeer ernstige en minder ernstige vorm van agressie.



Figuur 3 Perceptie van geweld

Tot slot werd aan de respondenten gevraagd welke acte zij als daad van agressie beschouwden die niet vermeld stond in de vragenlijst. Deze antwoorden zijn terug te vinden in bijlage 6.

3.2.1 Analyse van subgroepen

3.2.1.1 Vergelijking op basis van geslacht

In tabel 4 is het verschil in perceptie van geweld terug te vinden tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Gezien de perceptie uitgedrukt werd op een Likertschaal en geen van de variabelen normaal verdeeld was werd voor de vergelijking gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U test. Uit de door deze test berekende *p*-waarden konden voor deze studie geen statistisch significante verschillen gevonden worden.

De kleinste *p*-waarden werden gevonden voor dreigen met zelfmoord en/of automutilatie (*p*=0,30), welke door de mannelijke respondenten als ernstiger beschouwd werd en seksuele handelingen bij zichzelf (*p*=0,16), welke door de vrouwelijke respondenten als ernstiger beschouwd werden.

3.2.1.2 Vergelijking op basis van HAIO / Huisarts

In tabel 5 werd eenzelfde vergelijking gemaakt tussen huisartsen in opleiding en huisartsen. Ook voor deze beide subgroepen werden geen statistisch significante verschillen gevonden.

De kleinste *p*-waarden hier werden gevonden voor zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging) (*p*=0,09) en schelden en/of beledigen (*p*=0,08), welke door de huisartsen als ernstiger beschouwd werden.

Tabel 4 Perceptie van geweld, vergelijking tussen man en vrouw (*N*=92)

	Kenmerk	**Man (*n*=41)**		**Vrouw (*n*=51)**		***P*-waarde[a]**
		Gemiddelde (SD)	**Mediaan (IQR)**	**Gemiddelde (SD)**	**Mediaan (IQR)**	
Fysiek	Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	4,17 (0,919)	4 (1)	4,10 (1,025)	4 (1)	0,84
	Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	4,85 (0,691)	5 (0)	4,76 (0,951)	5 (0)	0,81
	Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	4,78 (0,881)	5 (0)	4,76 (0,951)	5 (0)	0,80
	Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	4,27 (0,867)	4 (1)	4,29 (1,082)	5 (1)	0,43
Verbaal	Dreigen met fysiek geweld	4,00 (0,894)	4 (1)	4,00 (1,000)	4 (1)	0,75
	Schelden en/of beledigen	3,59 (0,865)	4 (1)	3,49 (0,880)	4 (1)	0,71
Psychisch	Vernederen	3,78 (1,215)	4 (2)	3,71 (1,082)	4 (2)	0.54
	Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	3,51 (1,003)	4 (1)	3,41 (1,004)	3 (1)	0,50
	Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	3,51 (1,247)	4 (2)	3,29 (1,064)	3 (1)	0,30
	Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	3,51 (1,121)	4 (1)	3,65 (1,128)	4 (2)	0,63
	Chantage	4,05 (1,161)	4 (1,5)	3,86 (1,200)	4 (2)	0,40
	Laster en/of smaad	4,07 (0,985)	4 (2)	3,86 (1,132)	4 (2)	0,43
Seksueel	Seksuele opmerkingen	3,41 (1,024)	3 (1)	3,57 (1,025)	3 (1)	0,45
	Seksuele handelingen bij zichzelf	3,88 (1,166)	4 (2)	4,20 (1,040)	4 (1)	0,16
	U vasthouden	4,24 (1,019)	5 (1)	4,22 (1,189)	5 (1)	0,79
	Seksuele aanraking bij u	4,56 (0,976)	5 (0)	4,61 (1,041)	5 (0)	0,63
	Verkrachting	4,8 (0,872)	5 (0)	4,75 (0,956)	5 (0)	0,58
	Stalking	4,59 (0,921)	5 (1)	4,63 (0,979)	5 (0)	0,46

[a] Berekend met de Mann-Whitney U test.

Tabel 5 Perceptie van geweld, vergelijking tussen huisarts en HAIO (*N*=92)

	Kenmerk	**Huisarts (*n*=67)**		**HAIO (*n*=25)**		***P*-waarde[a]**
		Gemiddelde (SD)	**Mediaan (IQR)**	**Gemiddelde (SD)**	**Mediaan (IQR)**	
Fysiek	Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	4,21 (0,789)	4 (1)	3,92 (1,352)	4 (1,5)	0,81
	Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	4,91 (0,543)	5 (0)	4,52 (1,327)	5 (0)	0,09
	Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	4,87 (0,694)	5 (0)	4,52 (1,327)	5 (0)	0,19
	Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	4,36 (0,829)	5 (1)	4,08 (1,32)	5 (1)	0,68
Verbaal	Dreigen met fysiek geweld	4,07 (0,841)	4 (1)	3,80 (1,19)	4 (0,5)	0,46
	Schelden en/of beledigen	3,64 (0,865)	4 (1)	3,24 (0,831)	3 (1)	0,08
Psychisch	Vernederen	3,79 (1,122)	4 (2)	3,60 (1,19)	4 (1)	0,51
	Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	3,51 (1,006)	4 (1)	3,32 (0,988)	3 (1)	0,42
	Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	3,46 (1,172)	4 (1)	3,20 (1,08)	3 (2)	0,29
	Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	3,63 (1,099)	4 (2)	3,48 (1,194)	4 (2)	0,60
	Chantage	3,99 (1,066)	4 (1)	3,84 (1,463)	5 (2)	0,86
	Laster en/of smaad	4,10 (0,873)	4 (1)	3,56 (1,417)	4 (2,5)	0,15
Seksueel	Seksuele opmerkingen	3,57 (0,988)	3 (1)	3,32 (1,108)	3 (1)	0,47
	Seksuele handelingen bij zichzelf	4,04 (1,021)	4 (2)	4,08 (1,32)	5 (1)	0,44
	U vasthouden	4,33 (0,894)	5 (1)	3,96 (1,541)	5 (2)	0,77
	Seksuele aanraking bij u	4,70 (0,739)	5 (0)	4,28 (1,487)	5 (0)	0,68
	Verkrachting	4,87 (0,694)	5 (0)	4,52 (1,327)	5 (0)	0,19
	Stalking	4,69 (0,763)	5 (0)	4,40 (1,323)	5 (0,5)	0,72

[a] Berekend met de Mann-Whitney U test.

3.3 Incidentie

In tabel 6 is de incidentie van de verschillende vormen van geweld terug te vinden voor de voorbije 12 maanden. Geen van deze variabelen was normaal verdeeld met *p*-waarden van <0,0001 voor zowel de Kolmogorov-Smirnova als de Shapiro-Wilk test. In totaal gaven 91,3% van de respondenten aan de voorbije 12 maanden met een vorm van agressie te maken te hebben gehad. De meest voorkomende vorm van agressie is psychisch (87,0%), gevolgd door verbaal (59,8%), seksueel (37,0%) en fysiek (20,7%). Met name psychisch (68,5%) en verbaal (26,1%) geweld kwamen het voorbije jaar meer dan drie keer voor bij eenzelfde respondent.

Tabel 6 Incidentie van geweld (*N*=92) in percentage (*n*)

	Kenmerk	**>1 keer**	**>2 keer**	**>3 keer**
Totaal		91,3% (84)	83,7% (77)	80,4% (74)
Fysiek		20,7% (19)	9,8% (9)	5,4% (5)
	Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	13,0% (12)	6,5% (6)	2,2% (2)
	Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	2,2% (2)	1,1% (1)	0,0% (0)
	Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	2,2% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)
	Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	10,9% (10)	2,2% (2)	0,0% (0)
Verbaal		59,8% (55)	43,5% (40)	26,1% (24)
	Dreigen met fysiek geweld	19,6% (18)	12,0% (11)	5,4% (5)
	Schelden en/of beledigen	58,7% (54)	37,0% (34)	18,5% (17)
Psychisch		87,0% (80)	79,3% (73)	68,5% (63)
	Vernederen	17,4% (16)	10,9% (10)	5,4% (5)
	Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	64,1% (59)	37,0% (34)	18,5% (17)
	Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	42,4% (39)	20,7% (19)	9,8% (9)
	Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	62,0% (57)	41,3% (38)	22,8% (21)
	Chantage	17,4% (16)	7,6% (7)	2,2% (2)
	Laster en/of smaad	22,8% (21)	15,2% (14)	6,5% (6)
Seksueel		37,0% (34)	25,0% (23)	13,0% (12)
	Seksuele opmerkingen	28,3% (26)	20,7% (19)	10,9% (10)
	Seksuele handelingen bij zichzelf	3,3% (3)	2,2% (2)	0,0% (0)
	U vasthouden	9,8% (9)	3,3% (3)	2,2% (2)
	Seksuele aanraking bij u	2,2% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)
	Verkrachting	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)
	Stalking	5,4% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)

3.3.1 Analyse van subgroepen

3.3.1.1 Vergelijking op basis van geslacht

In tabel 7 wordt de incidentie van geweld vergeleken tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Voor het totaal van alle vormen van geweld werd geen statistisch significant verschil gevonden. Een statistisch significant verschil werd wel gevonden voor verbaal geweld, waarvan met 70,6% tegen 46,3% meer vrouwelijke artsen aangaven daarmee het voorbije jaar geconfronteerd te zijn geweest. In het bijzonder werd schelden en/of beledigen significant vaker gemeld (68,6% van de vrouwelijke tegenover 46,3% van de mannelijke respondenten). Wat psychisch geweld betrof werd enkel het vernederen door de patiënt significant vaker gemeld door vrouwelijke huisartsen (27,5%) dan door hun mannelijke collega's (4,9%).

Tabel 7 Incidentie van geweld (*N*=92), vergelijking tussen man en vrouw

Kenmerk	**Man (*n*=41) Percentage en 95% CI**	**Vrouw (*n*=51) Percentage en 95% CI**	***p*-waarde[a]**
Totaal	95,1% (88,5-101,7)	88,2% (79,4-97,1)	0,29
Fysiek	22,0% (9,3-34,6)	19,6% (8,7-30,5)	0,80
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	12,2% (2,2-22,2)	13,7% (4,3-23,2)	1,00
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	2,4% (-2,3-7,2)	2,0% (-1,8-5,8)	1,00
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	2,4% (-2,3-7,2)	2,0% (-1,8-5,8)	1,00
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	17,1% (5,6-28,6)	5,9% (-0,6-12,3)	0,10
Verbaal	46,3% (31,1-61,6)	70,6% (58,1-83,1)	0,021
Dreigen met fysiek geweld	14,6% (3,8-25,5)	23,5% (11,9-35,2)	0,31
Schelden en/of beledigen	46,3% (31,1-61,6)	68,6% (55,9-81,4)	0,036
Psychisch	90,2% (81,2-99,3)	84,3% (74,3-94,3)	0,54
Vernederen	4,9% (-1,7-11,5)	27,5% (15,2-39,7)	0,005
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	56,1% (40,9-71,3)	70,6% (58,1-83,1)	0,19
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	51,2% (35,9-66,5)	35,3% (22,2-48,4)	0,14
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	65,9% (51,3-80,4)	58,8% (45,3-72,3)	0,52
Chantage	17,1% (5,6-28,6)	17,6% (7,2-28,1)	1,00
Laster en/of smaad	19,5% (7,4-31,6)	25,5% (13,5-37,5)	0,62
Seksueel	29,3% (15,3-43,2)	43,1% (29,5-56,7)	0,20
Seksuele opmerkingen	14,6% (3,8-25,5)	39,2% (25,8-52,6)	0,011
Seksuele handelingen bij zichzelf	2,4% (-2,3-7,2)	3,9% (-1,4-9,2)	1,00
U vasthouden	14,6% (3,8-25,5)	5,9% (-0,6-12,3)	0,18
Seksuele aanraking bij u	2,4% (-2,3-7,2)	2,0% (-1,8-5,8)	1,00
Verkrachting	0,0% (0,0-0,0)	0,0% (0,0-0,0)	
Stalking	9,8% (0,7-18,8)	2,0% (-1,8-5,8)	0,17
Geen	4,9% (-1,7-11,5)	11,8% (2,9-20,6)	0,29

[a] Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig)

3.3.1.2 Vergelijking op basis van HAIO / Huisarts

In tabel 8 wordt de incidentie van geweld vergeleken tussen de huisartsen en de HAIO's. Hoewel meer huisartsen aangaven het voorbije jaar met agressie te maken te hebben gehad werd daarvoor geen statistisch significant verschil gevonden. Ook voor de verschillende vormen van agressie en geweld werden geen statistisch significante verschillen gevonden. Wel werden kleine *p*-waarden gevonden voor psychisch geweld (*p*=0,08), waarvan huisartsen vaker dan HAIO's rapporteerden dat zij daarmee het voorbije jaar in aanraking kwamen en seksueel geweld (*p*=0,09), waarvan meer HAIO's dan huisartsen rapporteerden daarmee het voorbij jaar in aanraking te zijn geweest.

Tabel 8 Incidentie van geweld (*N*=92), vergelijking tussen huisarts en HAIO

Kenmerk	**Huisarts (*n*=67) Percentage en 95% CI**	**HAIO (*n*=25) Percentage en 95% CI**	***p*-waarde[a]**
Totaal	94,0% (88,4-99,7)	84,0% (69,6-98,4)	0,21
Fysiek	16,4% (7,5-25,3)	32,0% (13,7-50,3)	0,15
Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)	10,4% (3,1-17,8)	20,0% (4,3-35,7)	0,30
Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)	1,5% (-1,4-4,4)	4,0% (-3,7-11,7)	0,47
Aanval met voorwerp, wapen en/of dier	0,0% (0,0-0,0)	8,0% (-2,6-18,6)	0,07
Beschadigen van eigendommen en/of diefstal	9,0% (2,1-15,8)	16,0% (1,6-30,4)	0,45
Verbaal	61,2% (49,5-72,9)	56,0% (36,5-75,5)	0,81
Dreigen met fysiek geweld	17,9% (8,7-27,1)	24,0% (7,3-40,7)	0,56
Schelden en/of beledigen	59,7% (48,0-71,4)	56,0% (36,5-75,5)	0,81
Psychisch	91,0% (84,2-97,9)	76,0% (59,3-92,7)	0,08
Vernederen	17,9% (8,7-27,1)	16,0% (1,6-30,4)	1,00
Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen	67,2% (55,9-78,4)	56,0% (36,5-75,5)	0,34
Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie	43,3% (31,4-55,1)	40,0% (20,8-59,2)	0,82
Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen	67,2% (55,9-78,4)	48,0% (28,4-67,6)	0,15
Chantage	20,9% (11,2-30,6)	8,0% (-2,6-18,6)	0,22
Laster en/of smaad	25,4% (15,0-35,8)	16,0% (1,6-30,4)	0,41
Seksueel	31,3% (20,2-42,5)	52,0% (32,4-71,6)	0,09
Seksuele opmerkingen	23,9% (13,7-34,1)	40,0% (20,8-59,2)	0,19
Seksuele handelingen bij zichzelf	4,5% (-0,5-9,4)	0,0% (0,0-0,0)	0,56
U vasthouden	7,5% (1,2-13,8)	16,0% (1,6-30,4)	0,25
Seksuele aanraking bij u	1,5% (-1,4-4,4)	4,0% (-3,7-11,7)	0,47
Verkrachting	0,0% (0,0-0,0)	0,0% (0,0-0,0)	
Stalking	6,0% (0,3-11,6)	4,0% (-3,7-11,7)	1,00
Geen	6,0% (0,3-11,6)	16,0% (1,6-30,4)	0,21

[a] Berekend met Fishers exacte toets (tweezijdig)

3.4 Preventieve maatregelen

Aan de deelnemers van de enquête werd gevraagd welke preventieve maatregelen zij genomen hadden in hun praktijk. Het aannemen van een secretariaat (42,4%) was de meest voorkomende maatregel, gevolgd door camerabewaking en alarminstallaties (41,3%), het gebruik maken van een wachtpost (34,8%) en een alarmknop op gsm of bureau (25,0%). Een minderheid van 16,3% van de respondenten gaf aan geen preventieve maatregelen genomen te hebben.

Tabel 9 Welke preventieve maatregelen nam u ter bescherming van uw praktijkomgeving? (*N*=92)

Kenmerk	**Percentage (*n*)**
Camerabewaking	41,3% (38)
Beveiligde kassa en/of betaalterminal	13,0% (12)
Alarminstallaties	41,3% (38)
Alarmknop op gsm of bureau	25,0% (23)
Lijst met risicopatiënten (persoonlijk, in groepspraktijk, aantekening in dossier)	19,6% (18)
Wachtposten	34,8% (32)
Secretariaat	42,4% (39)
Geen van bovenstaande	16,3% (15)
Andere	15,2% (14)

Aan de mensen die aangaven preventieve maatregelen genomen te hebben werd tot slot nog bevraagd wat de reden daartoe was. Media-aandacht voor agressie en geweld tegen artsen bleek hiervoor de meest voorkomende reden te zijn (36,4%). Toch gaf ook 32,5% van de respondenten aan geen specifieke reden te hebben om aan preventie te doen.

Tabel 10 Wat was uw reden om preventieve maatregelen te nemen? (*N*=77)

Kenmerk	**Percentage (*n*)**
Incident bij mijzelf in het verleden	19,5% (15)
Incident bij collega's in het verleden	28,6% (22)
Aandacht in de media voor agressie en geweld tegen artsen	36,4% (28)
Aandacht hiervoor in de opleiding tot (huis)arts	10,4% (8)
Toename van agressie in de patiëntenpopulatie	18,2% (14)
Geen specifieke reden	32,5% (25)
Andere	16,9% (13)

4 Bespreking

4.1 Belangrijkste resultaten

Met een respons van 92 volledige en correct ingevulde vragenlijsten was het aantal deelnemers van deze enquête lager dan die van het nationaal onderzoek van de Orde der Artsen uit 2017[1] en het artikel in *Huisarts Nu* van 2018[2]. De verklaring hiervoor was dat het vorige onderzoek direct verstuurd werd naar alle artsen via de mailinglijsten van de Orde der Artsen en belangstelling kreeg in de medische pers. Het huidige onderzoek werd verstuurd naar de Vlaamse huisartsenkringen, waarvan niet alle kringen deel wensten te nemen. Tot slot was aan het vorige onderzoek een accreditatiepunt verbonden waar dit bij het huidige onderzoek niet het geval was.

Bij de deelnemers was een evenwichtige verdeling tussen man en vrouw te zien, alsook wat werkingsgebied en hoofdactiviteit betrof. Het aantal deelnemende HAIO's en het aantal jongere deelnemers was naar verhouding groot. Dit kon verklaard worden door de aandacht die aan de enquête gegeven werd op de website van het ICHO en de seminariegroepen. Door het naar verhouding grotere aandeel van HAIO's en jongere deelnemers was de onderzoekspopulatie niet volledig representatief.

In dit onderzoek werd onderzocht welke de perceptie was van de Vlaamse huisarts op de verschillende vormen van agressie en geweld. Uit de resultaten bleek dat artsen vooral zware vormen van fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan en wurging) en seksuele agressie (met uitzondering van seksuele opmerkingen) als zeer ernstige vorm van agressie beschouwden. De verbale en psychische vormen van agressie werden hoewel nog steeds als ernstig, toch als minder ernstig beschouwd dan de non-verbale. Een significant verschil tussen de perceptie van agressie en geweld werd tussen de subgroepen niet gevonden. Tot slot dient nog vermeld te worden dat enkele deelnemers aangaven geen enkele vorm van agressie als ernstig beschouwd te hebben. Een mogelijke verklaring hiervoor was het foutief interpreteren van de vraagstelling waardoor een verkeerd antwoord gegeven werd.

Op basis van deze resultaten zou men kunnen concluderen dat voor de huisartsen een verschil in perceptie bestaat voor de verschillende vormen van geweld. Daarmee zou rekening gehouden moeten worden in de publicatie van statistieken van geweld tegen artsen. Het louter publiceren van een totaalcijfer van agressie, zonder rekening te houden met de ernst daarvan, geeft namelijk een mogelijk vertekend beeld van de door artsen ervaren agressie. Een goede oplossing hiervoor zou zijn het opdelen van agressie in een milde (lichte) en in een ernstige (zware) vorm. Onder mild zouden dan verbale (met toevoeging van seksuele opmerkingen) en psychische agressie worden verstaan en onder ernstig de fysieke en seksuele agressie (m.u.v. seksuele opmerkingen).

Bij het bekijken van de resultaten van de incidentie van geweld in de onderzoeksgroep viel op dat 91,3% van de respondenten aangaf het voorbije jaar met een of andere vorm van agressie te maken te hebben gehad. Dit percentage lag hoger dan in vorige onderzoeken, wat mogelijk toch een gevolg kon zijn van een zekere selectiebias (meer respons door artsen die te maken hebben gehad met agressie). Wanneer werd gekeken naar de milde vormen van agressie (verbaal, psychisch en seksuele opmerkingen) dan viel op dat deze veel vaker voorkwamen dan ernstige en ook meerdere keren bij dezelfde persoon. Fysiek geweld kwam het minst voor en bleef in iets meer dan de helft van de gevallen beperkt tot één incident per jaar. Ernstige vormen van seksuele agressie (met uitzondering van seksuele opmerkingen) bleven gelukkig beperkt.

Wat de opdeling in een milde en ernstige vorm van agressie betreft dient ook verwezen te worden naar de studie van *Miedema et al.* uit 2010, waarin een classificatie van kleine, grote en ernstige incidenten gemaakt werd[21]. Ook daar was de incidentie van agressie beduidend lager wanneer enkel gekeken werd naar ernstige vormen van agressie.

In de vergelijking van de incidentie van geweld tussen mannen en vrouwen viel op dat verbale agressie (in het bijzonder schelden en/of beledigen), vernederen (psychische agressie) en seksuele opmerkingen (seksuele agressie) vaker voorkwamen bij vrouwelijke huisartsen. Opvallend was dat al deze vormen van agressie zowel door mannelijke als door vrouwelijke huisartsen als minder ernstig werden beschouwd dan bijvoorbeeld fysieke agressie en de andere vormen van seksuele agressie. Wanneer enkel gekeken werd naar de als zeer ernstig beschouwde vormen van agressie dan werden geen significante verschillen gevonden tussen de subgroepen. Men zou daaruit kunnen concluderen dat hoewel vrouwen vaker met agressie te maken krijgen, dit over het algemeen de mildere vormen van agressie zijn. Verder zou men met de resultaten van het nationaal onderzoek uit 2017[1] nog kunnen stellen dat wanneer een patiënt besluit over te gaan op een ernstige vorm van agressie deze tegen vrouwen eerder seksueel van aard zal zijn.

Belangrijke trends uit de voorgaande onderzoeken waren het significant vaker voorkomen van agressie tegen vrouwelijke artsen (in het bijzonder seksuele agressie) en het vaker voorkomen van agressie tegen jonge artsen. Deze resultaten konden in dit onderzoek niet bevestigd worden. De oorzaken hiervoor dienden vooral gezocht te worden in de kleine onderzoekspopulatie en mogelijk ook in het niet representatief zijn van de onderzoeksgroep voor de totale populatie van Vlaamse huisartsen. Hoewel seksuele agressie in de onderzoekspopulatie vaker gerapporteerd werd door vrouwelijke huisartsen was dit statistisch gezien geen significant verschil. De incidentie van agressie en geweld in het algemeen was voor alle groepen ongeveer gelijk.

4.2 Aanbevelingen voor preventief beleid

Wat de preventie van geweld betrof werden gelijkaardige resultaten gezien als in voorgaande onderzoeken. De voorbije jaren werd in de media veel aandacht gegeven aan agressie tegen artsen. Uit de resultaten van dit onderzoek bleek dat dit de belangrijkste reden was voor huisartsen om aan preventie te doen. Blijvende aandacht voor preventie, bijvoorbeeld in de medische pers of door middel van bijscholingen lijkt dus heel zinvol. Slechts een minderheid gaf aan dat aandacht voor agressie in de opleiding tot (huis)arts een reden was om aan preventie te doen. Het lijkt dat hier nog veel winst te behalen valt en een voorstel zou zijn om dit te incorporeren in de opleiding tot huisarts.

De populairste vorm van preventie was het secretariaat. Een tegemoetkoming voor een onthaal en administratief bediende bestaat al in Vlaanderen en lijkt daarmee een goede rol te spelen als preventieve maatregel tegen agressie. Het stimuleren of eventueel uitbreiden van deze tegemoetkoming lijkt dan ook zinvol. Camerabewaking en alarminstallaties werden vaak gebruikt als preventieve maatregel en kunnen op individueel niveau aan huisartsen geadviseerd worden (bijvoorbeeld door aandacht hiervoor in de medische literatuur). De wachtposten bleken uit de resultaten ook dienst te doen als preventieve maatregel, waarmee deze dus zeker verder gestimuleerd en gesubsidieerd zouden moeten worden.

4.3 Beperkingen van het onderzoek

Zoals eerder aangehaald in de bespreking was de onderzoekspopulatie klein. Het beoogde aantal deelnemers van 100 werd met 92 deelnemers niet behaald. Hierdoor waren de te gebruiken statistische testen beperkt en werd vaak geen significant verschil gevonden waar dit in vorige onderzoeken wel zo was.

Een zekere selectiebias werd gevonden op het vlak van HAIO's en jonge artsen, die naar verhouding ruimer vertegenwoordig waren dan op basis van de algehele populatie te verwachten zou zijn. Verder was de incidentie van agressie hoger dan in andere onderzoeken, door mogelijk een kleinere deelname van artsen die het voorbije jaar niet met agressie te maken kregen. Voor de resultaten van de belangrijkste onderzoeksvraag, namelijk welke de perceptie is van huisartsen over geweld, hoeft deze bias geen probleem te zijn. Een variabiliteit van perceptie tussen de verschillende vormen van geweld blijft duidelijk zichtbaar en kan gebruikt worden om te staven dat huisartsen verschillend denken over de ernst van verschillende vormen van agressie.

Voor wat de perceptie van agressie betrof leek bij een kleine minderheid van de respondenten een fout in de interpretatie van de vraag gebeurd te zijn. Mogelijk was de vraagstelling niet helemaal duidelijk en had beter benadrukt moeten werden dat het hier om de perceptie betrof. De invloed op het totaal van resultaten door de foutieve beantwoording leek zeer beperkt.

Het aantal vragen werd klein gehouden om vroegtijdig afhaken te voorkomen. Hierdoor werd de focus vooral gelegd op de perceptie en moesten in de opstelling van de enquête concessies gedaan worden wat andere gewenste te onderzoeken informatie betrof.

4.4 Toekomstig onderzoek

In toekomstig onderzoek wordt bij het opstellen van een classificatie best rekening gehouden met de perceptie die (huis)artsen hebben van de verschillende vormen van agressie en geweld (bijvoorbeeld milde en ernstige agressie). Op die manier kan verder gezocht worden naar de in dit onderzoek vermoede verschillen in incidentie van milde en ernstige agressie tussen de verschillende subgroepen. Ook kan in volgend onderzoek gericht gezocht worden of er een verschil bestaat in impact op de huisarts tussen milde en ernstige vormen van agressie.

Wat preventie betreft kan onderzocht worden welke belemmeringen artsen ondervinden in het uitvoeren van preventieve maatregelen.

5 Besluit

In dit onderzoek werd verder gegaan op het nationale onderzoek onder Belgische artsen uit 2017[1] en het daaruit voortgekomen artikel over Vlaamse huisartsen van 2018[2]. Uit de resultaten bleek dat huisartsen vooral zware vormen van fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan en wurging) en seksuele agressie (met uitzondering van seksuele opmerkingen) als zeer ernstige vorm van agressie percipieerden. De verbale en psychische vormen van agressie werden hoewel nog steeds als ernstig, toch als minder ernstig beschouwd dan de non-verbale. Een significant verschil tussen de perceptie van agressie en geweld werd tussen de subgroepen niet gevonden.

Wat de preventie van geweld betrof werden gelijkaardige resultaten gezien als in voorgaande onderzoeken. In de toekomst zou onderzocht kunnen worden welke belemmeringen artsen ondervinden in het uitvoeren van preventieve maatregelen. Verder wordt in toekomstig onderzoek bij het opstellen van een classificatie en vergelijken van statistieken best rekening gehouden met de perceptie die (huis)artsen hebben van de verschillende vormen van agressie en geweld.

6 Dankwoord

Deze masterproef kwam tot stand in een nauwe samenwerking met mijn collega HAIO Madieke Maseman. Ik wil haar dan ook bedanken voor de samenwerking zowel aan de thesis als tijdens het jaar waarin wij beiden als HAIO op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel werkten.

Verder wil ik mijn promotor Prof. Dr. Dirk Devroey bedanken voor zijn bijdrage en steun tijdens de totstandkoming van deze thesis. Het schrijven van een masterproef is geen gemakkelijke taak en het is goed om iemand te hebben om te zijner tijd op terug te kunnen vallen.

Verder wil ik mijn ouders bedanken voor hun nog altijd aanwezige toewijding en steun op mijn weg naar het beroep van huisarts. Mijn vriendin wil ik bedanken voor haar geduld en steun in wat nu echt de laatste jaren zullen zijn geweest van mijn bestaan als student.

Tot slot gaat mijn dank uit naar alle huisartsen die zich bereid gevonden hebben om deel te nemen aan dit onderzoek.

7 Literatuur

1. de Jager L, Deneyer M, Devroey D. Agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiëntrelatie: Een cross-sectioneel onderzoek in België. Vrije Universiteit Brussel; 2017.
2. de Jager L, Deneyer M, Buyl R, Roelandt S, Pacqueu R, Devroey D. Agressie en geweld tegen huisartsen. Huisarts Nu. 2018;47:62–7.
3. Selleslagh P, Avonts D. Portrait de la violence. Le J du Médecin. 1996;17(929):5,9-25.
4. Backx P, Ceulemans F, Roelandt P, Pacqueu R. Arts en agressie. Artsenkrant. 1999;20(1163):2-4,15-21.
5. Enquête - Werkomstandigheden. Artsenkrant. 2017;
6. Demeur V, Devos S, Jans E, Schoenmakers B. Aggression towards the GP: can we profile the GP–victim? A cross-section survey among GPs. BJGP Open. 2018;bjgpopen18X101604.
7. Huisartsenvereniging Gent. Verslag veiligheidsenquête. 2016.
8. Beveiliging van huisartsen-Samenwerking met de Huisartsenkringen.pdf [Internet]. 2018. Available from: https://www.ordomedic.be/news/document/download/nl?XMLHttpRequest=241&Beveiliging+van+huisartsen-Samenwerking+met+de+Huisartsenkringen.pdf
9. Een veilige dokterspraktijk: Preventietips om uw praktijk en werkomgeving veilig te maken [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 9]. Available from: https://www.besafe.be/nl/publicaties/een-veilige-dokterspraktijk
10. Orde der artsen. Nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 9]. Available from: https://ordomedic.be/nl/aanmeldingsformulier-agressie/
11. Artsen aangevallen: 52% patiënten die de arts kent - De Specialist [Internet]. 30-03-2019. [cited 2019 Apr 9]. Available from: https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/artsen-aangevallen-52-patienten-die-de-arts-kent.html
12. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. N Engl J Med [Internet]. 2016;374(17):1661–9. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1501998
13. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: A gendered risk? Sociol Heal Illn [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Feb 9];38(3):426–41. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26498299
14. 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.
15. Joa TS, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. Scand J Prim Health Care [Internet]. 2012 [cited 2017 May 8];30(1):55–60. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3337531/pdf/pri-30-55.pdf
16. 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 [Internet]. 2011 Jun 6 [cited 2017 May 8];194(11):605–8. Available from: www.mja.com.au
17. 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 [Internet]. 2008;54(9):1278–84. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2553472/pdf/0541278.pdf

18. 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.

19. J Wright NM, J Dixon CA, E Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. Br J Gen Pract. 2003;

20. 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.

21. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: A minor, major, or severe problem? Can Fam Physician [Internet]. 2010 [cited 2017 May 8];56(3). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837705/pdf/056e101.pdf

22. 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.

23. Ness GJ, House a, Ness a R. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. BMJ [Internet]. 2000;320(7247):1447–8. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=27389&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

24. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: One-year prevalence. N Z Med J [Internet]. 2006 Jul 7 [cited 2017 Apr 15];119(1237):U2050. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16862196

25. Barton B, Peat J. Medical Statistics: A Guide to SPSS, Data Analysis and Critical Appraisal [Internet]. Vol. 4. John Wiley & Sons Ltd.; 2014. 408 p. Available from: https://books.google.com/books?id=vo4_BAAAQBAJ&pgis=1

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1: Informed consent

Beste huisartsen,

Graag nodigen wij u uit om deel te nemen aan een studie omtrent de perceptie van geweld tegen huisartsen binnen de huisartsenpraktijk.

Het doel van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de perceptie van de huisarts over agressie en geweld binnen de huisartsenpraktijk. Ook zal met deze enquête onderzocht worden of een verband bestaat tussen de perceptie van geweld en de frequentie van agressie en geweld binnen de huisartsenpraktijk. Eenzelfde verband zal onderzocht worden wat preventieve maatregelen betreft. Voor de frequentie van geweld zal deze studie zich beperken tot de voorbije 12 maanden.

Deze studie heeft goedkeuring gekregen van de Commissie Medische Ethiek 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. De resultaten van dit onderzoek zullen gepubliceerd worden in de vorm van een masterthesis.

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).

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).

Lennart de Jager

Madieke Maseman

8.2 Bijlage 2: Vragenlijst

Deel 1: Perceptie van geweld

Vraag 1:

Op een schaal van 1 tot 5, gaande van niet ernstig tot zeer ernstig, in hoeverre beschouwt u de ernst van onderstaande actes als daad van agressie of geweld binnen uw huisartsenpraktijk?

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

Vraag 2:

Zijn er andere actes die u beschouwt als vorm van agressie en geweld die niet beschreven staan onder vraag 1? (open vraag) (maximum 3 antwoorden, kort geformuleerd)

Deel 2: Incidentie van geweld

Vraag 3:

Hoe vaak bent u de voorbije 12 maanden in aanraking gekomen met één van de volgende vormen van agressie?

a. Fysiek
    vii. Licht fysiek geweld (zoals duwen, vastgrijpen, spuwen)
    viii. Zwaar fysiek geweld (zoals bijten, schoppen, slaan, wurging)
    ix. Aanval met voorwerp, wapen en/of dier
    x. Beschadigen van eigendommen en/of diefstal
b. Verbaal
    xi. Dreigen met fysiek geweld
    xii. Schelden en/of beledigen
c. Psychisch
    xiii. Vernederen
    xiv. Verwijten en/of opzettelijk schuldgevoel bezorgen
    xv. Dreigen met zelfmoord en/of automutilatie
    xvi. Manipulatie en/of aanzetten tot illegale dingen
    xvii. Chantage
    xviii. Laster en/of smaad
d. Seksueel
    xix. Seksuele opmerkingen
    xx. Seksuele handelingen bij zichzelf
    xxi. U vasthouden
    xxii. Seksuele aanraking bij u
    xxiii. Verkrachting
    xxiv. Stalking

Deel 3: Preventieve maatregelen

Vraag 4:

Welke preventieve maatregelen nam u 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. Geen van bovenstaande

i. Andere (specificeer…)

Vraag 5:

Wat was uw reden om preventieve maatregelen te nemen? (meerdere antwoorden mogelijk)

a. Incident bij mijzelf in het verleden

b. Incident bij collega's in het verleden

c. Aandacht in de media voor agressie en geweld tegen artsen

d. Aandacht hiervoor in de opleiding tot (huis)arts

e. Toename van agressie in de patiëntenpopulatie

f. Andere (specificeer…)

g. Geen specifieke reden

Deel 4: Persoonlijke gegevens

Vraag 6: Wat is uw geslacht?

a. M

b. V

Vraag 7: Geboortejaar

a. #

Vraag 8: HAIO of huisarts?

a. HAIO

b. Huisarts

Vraag 9: Werkingsgebied

a. Stedelijk

b. Landelijk

Vraag 10: Wat is uw hoofdactiviteit?

a. Solopraktijk

b. Duopraktijk

c. Groepspraktijk

d. Wijkgezondheidscentrum

e. Anders

Vraag 11: Heeft u medewerkers in uw praktijk (inclusief meewerkende familieleden)?

a. 0

b. 1-5

c. >5

8.3 Bijlage 3: Goedgekeurd protocol

Protocol Niet Interventioneel Onderzoek, in het kader van het behalen van een Master in de Huisartsgeneeskunde

Een cross-sectioneel onderzoek met als titel 'Agressie en geweld in de huisartsenpraktijk: een cross-sectioneel onderzoek naar de perceptie van geweld.'

1. Aanleiding tot deze studie

Agressie is een veel voorkomend gegeven in de medische sector. Vorig jaar heb ik daar in het kader van mijn masterproef onderzoek naar gedaan bij alle artsen die werkzaam waren in België. Uit dit onderzoek bleek dat agressie veel voorkwam bij huisartsen en spoedartsen. Echter, mijn onderzoek kende enkele beperkingen. Eén daarvan was dat de definities van agressie en geweld multi-interpretabel zijn. Agressie en geweld kunnen door artsen anders ervaren worden. Mijn thesis zal zich dan ook focussen op de perceptie onder huisartsen. Ik zal daarbij nauw samenwerken met mijn collega Madieke Maseman, die verder onderzoek zal doen naar agressie en geweld op de spoedgevallendienst.

2. Doel van de studie

Dit deel van het onderzoek tracht een antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is de perceptie van de huisarts over agressie en geweld binnen de huisartsenpraktijk?
- Is er een verband tussen perceptie en frequentie van agressie en geweld in de huisartsenpraktijk?
- Is er een verband tussen perceptie en preventieve maatregelen in de huisartsenpraktijk?

3. Onderzoekers

Prof Dr. Dirk Devroey (Promotor)
Prof Dr. Ives Hubloue (Praktijkopleider en Co-Promotor)
Lennart de Jager (HAIO)
Madieke Maseman (HAIO)

4. Diensten betrokken bij de studie

Huisartsgeneeskunde VUB
Dienst Spoedgevallen UZ Brussel; Urgentiegeneeskunde VUB

5. Methode van dit kwantitatief onderzoek

Universitair Ziekenhuis Brussel
Spoedgevallendienst
Dr. Lennart De Jager
T-39301-88-006

28/02/2018

Er zal een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd worden door middel van een vragenlijst. Deze zal opgesteld worden door middel van Limesurvey en online aangeboden worden aan de deelnemers (zie bijlage voor vragenlijst). Hosting zal gebeuren op de servers van de VUB. Vooraf zal een informed consent ingevuld dienen te worden (zie bijlage voor informed consent).

Het onderzoek is grotendeels kwantitatief. Er zal in de vragenlijst slechts één vraag met open antwoord mogelijk zijn.

Er zal geen rekening gehouden worden met onvolledig ingevulde vragenlijsten. Het verzamelen van de vragenlijsten zal beginnen in september 2018 en lopen tot en met december 2018.

6. Deelnemers aan het onderzoek

Aantal deelnemers:

- Getracht wordt om ongeveer 100 volledig en correct ingevulde enquêtes te bekomen. Verspreiding zal gebeuren via de seminariegroepen, via mails verstuurd via het ICHO-platform, via LOK-groepen en via de huisartsenkringen.

Inclusiecriteria:

- Minstens een jaar werkzaam als huisarts of huisarts-in-opleiding
- Werkzaam in Vlaanderen of Brussel
- Kennis hebben van de Nederlandse taal

Exclusiecriteria:

- Minder dan een jaar werkzaam als huisarts of huisarts-in-opleiding
- Geen kennis van de Nederlandse taal

7. Analyse van de studie

Er zal vooral beschrijvende statistiek gebeuren. Voor de vergelijking van groepen zullen univariate en multivariate analyses gebruikt worden. De univariate analyse zijn t-test voor continue variabelen en chi-kwadraat voor discrete variabelen. Voor de multivariate analyses zal een logistische regressie gebruikt worden.
Statistische analyse zal gebeuren met behulp van Microsoft Excel 2016 en IBM SPSS Statistics 24. Onvolledig of foutief ingevulde vragenlijsten en ontbrekende data zullen geëxcludeerd worden van de analyses.
De kwantitatieve data zal in de vorm van tabellen gepresenteerd worden. Vergelijkingen zullen gemaakt worden op basis van de persoonlijke gegevens. Uit de resultaten van vraag 1 zullen op basis van visual binning groepen gecreëerd worden met een hoge en een lage perceptie van geweld. Deze groepen zullen gebruikt worden om de frequentie van geweld in de huisartsenpraktijk en de preventieve maatregelen te vergelijken.
De kwalitatieve data blijft in deze studie beperkt en zal gebruikt worden om eventuele andere vormen van gepercepteerde agressie en geweld op te sporen. Deze zullen in tabel gecodeerd worden, maar verder niet statistisch verwerkt. Eventueel kunnen die gegevens gebruikt worden voor volgend onderzoek.

28/02/2018

Universitair Ziekenhuis Brussel
Spoedgevallendienst
Dr. Lennart De Jager
1-39301-88-006

8. Publicatiebeleid

De resultaten van dit onderdeel van de studie zullen gebundeld worden en gepubliceerd worden in de vorm van een Masterproef. Ook publicaties in tijdschriften zijn mogelijk. De volgorde van auteurs zal dan zijn: Lennart de Jager, Madieke Maseman, Ives Hubloue en Dirk Devroey.

28/02/2018

Universitair Ziekenhuis Brussel
Spoedgevallendienst
Dr. Lennart De Jager
1-39301-88-006

8.4 Bijlage 4: Goedkeuring Commissie Medische Ethiek UZ Brussel

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 11-07-2018

Ons Kenmerk: **2018/095**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Agressie en geweld in de huisartsenpraktijk : een cross-sectioneel onderzoek naar de perceptie van geweld
B.U.N. 143201835694

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen en de aangepaste vragenlijsten dd 28-06-2018 in het Nederlands, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 11 juli 2018

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060

454_01

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 11-07-2018

Ons kenmerk: 2018/095

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB (since 28-02-2018)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. M. Deneyer, MD, PhD	CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Prof. dr. T. Goffin, LLM, PhD	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	M
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Mrs. B. Blommaert	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. de Asmundis, MD, PhD	Cardiology UZ BRUSSEL	M
Prof. dr. P. Forget, MD, PhD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. I. Gies, MD, PhD	Pediatrics UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Lintermans	Patient representative External Member	F
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Prof. Apr. I. Smolders, PhD	Pharmacology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Mrs. A. Van Scharen, LLM	Legal Expert Research & Development - VUB	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

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

454_01

8.5 Bijlage 5: Verzekeringsattest

533) Ba experimenten op menselijke persoon
agressie en geweld in e huisartsenpraktijk : een cross sectioneel onderzoek naar de perceptie van geweld
Prof. DEVROEY/HUIS (Lennart DE JAGER)

Ethias
Zetel voor Vlaanderen
Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt
Tel. 011 28 21 11 Fax 011 85 63 10

VERZEKERINGSATTEST
WET VAN 7 MEI 2004 BETREFFENDE EXPERIMENTEN OP DE MENSELIJKE PERSOON

Ethias NV, Prins-Bisschopssingel 73 te 3500 Hasselt, bevestigt dat de waarborgen van de burgerlijke aansprakelijkheidspolis nr. **45.147.458**, afgesloten door **Vrije Universiteit Brussel**, Pleinlaan 2 te 1050 Brussel, binnen de grenzen der algemene en speciale voorwaarden én overeenkomstig de bepalingen van de Wet van 7 mei 2004 inzake de experimenten op de menselijke persoon, van toepassing zijn op de burgerlijke aansprakelijkheid welke, uit hoofde van schade veroorzaakt aan de deelnemers en / of hun rechthebbenden, ten laste gelegd kan worden van de opdrachtgever voor het geheel der klinische studies welke worden uitgevoerd.

De dekking wordt verleend onder voorbehoud van goedkeuring door de Commissie Medische Ethiek.

Waarborgbedragen

De waarborg wordt verleend tot beloop van 2.500.000,00 € per schadegeval inzake de lichamelijke, materiële en immateriële gevolgschade vermengd. Voornoemd bedrag maakt tevens de maximale waarborgtussenkomst uit voor de volledige duur van de studie.

Dit verzekeringsattest is geldig voor de medische studies klasse 1 tot en met 3 die aanvang nemen in de loop van het verzekerinsjaar 2018.

Opgemaakt te Hasselt, 22 januari 2018.

Voor Ethias,
Voor het Directiecomité



Katrien Germeys
Head of Motor, Property & Liability Underwriting
Public & Corporate North

8.6 Bijlage 6: Zijn er andere actes die u beschouwt als vorm van agressie en geweld die niet beschreven staan onder vraag 1?

Agressie naar naasten, kinderen stalken

bedreigen familiearts

Bedreigen met voorwerp/dier/wapen

bedreiging van familie

Dreigen met geweld tegen collega's

onbeschoftheid

Onderhuidse dreiging

racisme

Roepen

Sociale media gebruiken om druk uit te oefenen

telefonische scheldtirades

vaak gaat het om een combinatie

Verbaal doodsbedreigingen uiten

Dreigen met geweld tegen andere patiënten

in groep rond u staan

respectloze houding

weerstand tegen verzorging

dronken of stoned verschijnen

8.7 Bijlage 7: Attest Good Clinical Practice

IMS Health & Quintiles are now IQVIA™

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

Awarded to

Lennart de Jager
UZ Brussel
for attendance at

ICH-GCP Training for investigational site staff –
including ICH GCP E6(R2)
(version 03/2017)
and passing the test

On 19 Jun 2018

Name of Trainer:
Karolien Van Orshoven & Mirella Sarrechia

"This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma, Inc. as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors."