Registratie van agressie en geweld op de spoedgevallendienst, een kwantitatieve studie

Madieke Maseman, VUB

Promotor: **Prof Dr. D. Devroey**, Diensthoofd Huisartsgeneeskunde VUB

Co-promotor: **Prof. Dr. I. Hubloue**, Diensthoofd Urgentiegeneeskunde UZ Brussel

Praktijkopleider : **Dr L. Vanderkeelen**, Groepspraktijk De Linde, Sint Andries

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017– 2019

INHOUDSOPGAVE

1.Abstract **4**

2.Inleiding **5**

2.1.Achtergrond en definities 5

2.2.Literatuurstudie in binnen- en buitenland 6

2.2.1.Methodologie literatuurstudie 6

2.2.2.Belgische literatuur 7

2.2.3.Internationale literatuur 8

2.2.3.1.Huisartsen 10

2.2.3.2.Spoedgevallendiensten 10

2.2.3.3.Ander (para-)medisch personeel 12

2.2.4.Conclusie Literatuurstudie 12

2.3.Doel van het onderzoek 13

3.Methode **14**

3.1.Studiedesign 14

3.2.Enquête 14

3.3.Studiepopulatie 15

3.3.1.Inclusiecriteria 15

3.3.2.Exclusiecriteria 15

3.4.Anonimiteit 15

3.5.Bias 16

3.6.Analyse en statistiek 16

3.7.Goedkeuring ethische commissie 17

4.Resultaten **18**

4.1.Demografie personeelsleden/slachtoffers 18

4.2.Informatie omtrent het agressie-incident 19

4.2.1.Andere antwoordmogelijkheden 22

4.3.Kenmerken van de agressor 23

4.4.Zelfreflectie slachtoffers 24

5.Discussie **27**

5.1.Belangrijke discussiepunten 27

5.1.1.Inleiding discussie 27

5.1.2.Profiel van het slachtoffer en het voorkomen van specifieke vormen van geweld 28

5.1.3.Inrichting en manier van werken op de spoedgevallendienst 28

5.1.4.Profiel van de agressor 29

5.1.5.Problemen voor de arts-patiënt relatie 30

5.1.6.Informatie omtrent het registreren van de agressie-incidenten 30

5.2.Beperkingen van het onderzoek 33
5.3.Toekomstig onderzoek 35
6.Conclusie **36**
7.Bedanking **37**
8.Referenties **38**
9.Bijlagen **42**
9.1.Vragenlijst 42
9.2.Informed Consent voor de respondent 45
9.3.Goedkeuring Commissie Medische Ethiek UZ Brussel 46
9.4.Verbreken van de therapeutische relatie met het UZ Brussel 47

1. ABSTRACT

Achtergrond : *Agressie tegen artsen is een welbekend fenomeen, ook in de Belgische gezondheidszorg. Internationaal werd heel wat onderzoek uitgevoerd. In België zijn de onderzoeken schaarser. Voortgaande op een Belgisch onderzoek uit 2017, waaruit bleek dat de spoedgevallendienst, de huisartsenpraktijk en de psychiatrie bovenaan stonden als hoogste risicoberoepen met betrekking tot agressie-incidenten, ontstond het initiatief deze voorvallen met focus op de spoedgevallendienst en huisartsenpraktijk beter in kaart te brengen.*

Doelstelling : *Het volledige onderzoek werd uitgevoerd door twee onderzoekers die zich elk bezighouden met een specialisme. Met dit onderdeel van de studie wordt getracht een antwoord te bieden op de vraag met welke incidentie agressie op een spoedgevallendienst voorkomt en welke beroepsgroepen hier het meest mee worden geconfronteerd. Een ander belangrijk aspect van de studie is het nagaan welke vormen van agressie voorkomen en of dit, zoals in de literatuur, ook meer om verbaal geweld gaat jegens gezondheidsmedewerkers.*

Methode : *De resultaten uit deze kwantitatieve studie werden bekomen door middel van het invullen van een vragenlijst die online via lime-survey te vinden was. De deelnemers dienden vooraf in te stemmen met een geïnformeerde toestemming en de resultaten werden strikt confidentieel bekeken. Er werd gebruikt gemaakt van SPSS en statistische testen om tot de resultaten van het onderzoek te komen.*

Resultaten : *In totaal werden 41 gevallen van agressie gemeld over een zestal maanden tijd. Het mannelijk personeel werd hier vooral door getroffen met 0,4% ten opzichte van 0,2% van de vrouwen. Er werd geen significant verschil gemerkt tussen agressie gepleegd tegen artsen of tegen verpleegkundigen, met een p-waarde van 0,06. Artsen en verpleegkundigen komen wel meer in contact met geweld dan de onthaalmedewerkers, respectievelijk met een p-waarde van 0,001 en 0,000. 68% van de gevallen van geweld betreffen verbale agressie.*

Conclusie : *De incidentie van agressie op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel bedraagt 6,8 gevallen per maand. Deze agressie komt het meeste voor ten opzichte van de mannelijke personeelsleden. Artsen en verpleegkundigen komen even vaak in contact met agressie op het werk. Verbaal geweld blijft de meest voorkomende vorm van agressie. In deze studie kon geen seksueel geweld aangetoond worden, waar echter in de literatuur wel naar verwezen wordt. Vermits de spoedgevallendienst de plek is waar werknemers worden geconfronteerd met verscheidene combinaties van risicofactoren van geweld, wordt uit het onderzoek duidelijk dat een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is om agressie op de werkvloer in te perken.*

Trefwoorden : *agressie, gezondheidsmedewerkers, agressie op de werkvloer, spoedartsen, onthaalmedewerkers, verpleegkundigen, agressie-melding, fysiek geweld, verbaal geweld*

2. INLEIDING

2.1 Achtergrond en definities

Agressie tegen artsen kwam de voorbije jaren vaak in het nieuws. In 2017 werd in een samenwerking tussen de Vrije Universiteit Brussel en de Orde der Artsen in België een nationaal onderzoek uitgevoerd onder Belgische artsen, welke gepubliceerd werd in de vorm van een masterproef (1). Uit de enquête 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 aangaven significant vaker met agressie en geweld in contact te komen. Ook artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis en artsen in psychiatrische instellingen ondervonden vaker problemen als gevolg van agressie en geweld. Binnen de ziekenhuizen bleek de spoedgevallendienst het gevaarlijkst.

"Health care is a dangerous occupation, but surprisingly some of the worst occupational hazards do not come from bloodborne pathogen exposure, falls or chemical exposure dangers. One of the greatest dangers come directly from people as evident in workplace violence. "(2)

The World Health Organisation schat dat elk jaar ongeveer 1,6 miljoen mensen sterven ten gevolge van agressie en geweld (3). Agressie op de werkvloer is hiervan dus een onderdeel en is een wereldwijd gekend fenomeen dat continu in opmars blijkt te zijn (4,5). Het schaadt niet alleen de waardigheid van miljoenen mensen maar is ook een grote bron van discriminatie en ongelijkheid, wat dan weer leidt tot een grote werkdruk en stressgehalte. Verder kan het ook zorgen voor conflicten en stigmatisering op de werkvloer (6). Van deze gevallen van agressie zou 25% in de gezondheidszorg voorkomen (7). De toenmalige Directeur Generaal van het WHO Margaret Chan verklaarde in haar standpunt van 2013 dat de veiligheid van de faciliteiten en van de gezondheidsmedewerkers sacrosanct is (8). Jaarlijks komen zo'n 70-80% van alle dokters, verpleegkundigen en gezondheidsmedewerkers in contact met één of andere vorm van agressie (9). In een onderzoek uit de EU uit 2015 wordt gesteld dat 8-10% van alle gezondheidsmedewerkers blootgesteld worden aan agressie op de werkplek (10). Het is dus een grootschalig probleem dat de gezondheid van de (para)medici in het gedrang brengt en dus zo ook een invloed heeft op onze gezondheidszorg, zowel op de kwaliteit van zorg als op de kostprijs ervan (6,11).

Als we de literatuur er op nalezen bestaat er een groot probleem om agressie te definiëren. Bijna elke studie gebruikt een andere manier om agressie aan te duiden en verschillende termen worden door elkaar gebruikt. Door deze verschillen in definities is het moeilijk om de reeds uitgevoerde onderzoeken met elkaar te vergelijken. Dit ook omdat zowel agressie en geweld beiden aan een bepaalde subjectiviteit onderworpen zijn en zo ook door iedereen anders worden ervaren. De meest gebruikte definities zijn deze van de Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (12), The World Health Organization (WHO) en de International Labour Office (ILO). In 2002 ontstond er een Joint Programme on Workplace Violence in The Health Sector (13) alwaar agressie op de werkvloer in al zijn facetten besproken werd. Dit programma ontstond in samenwerking

met de WHO, de ILO, de International Council of Nurses (ICN) en de Public Services International (PSI). Hier werd dan ook een algemene definitie voor “workplace violence” voorgelegd. Voor dit onderzoek wordt dan ook gekozen om gebruik te maken van de algemene definitie, daar deze ook door de European Commission geadapteerd werd (14). Zie tabel nr 1.

TABEL NR 1 : DEFINITIES VAN GEWELD

Agressie of geweld :	**“Any incident where staff are abused,threatened or assaulted in circumstances related to their work, including commuting to and from work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, wellbeing or Health.” (13)**
- **Fysiek geweld**	Licht fysiek geweld zoals duwen, grijpen en spugen. Zwaar fysiek geweld zoals bijten, schoppen, slaan. Aanval met een voorwerp. Het beschadigen van eigendommen of diefstal.
- **Verbaal geweld**	Dreigen, schelden of beledigen.
- **Psychisch geweld**	Vernederen, verwijten, schuldgevoel bezorgen, dreigen met zelfmoord of automutilatie, manipulatie, aanzetten tot illegale zaken, chantage, laster en smaad.
- **Seksueel geweld**	Opmerkingen, handelingen bij zichzelf of bij u, stalking en verkrachting.

Bovenstaande Nederlandstalige definities zijn afgeleid uit het Engelstalige “Joint Programme on Workplace Violence in The Health Sector” (13).

In totaal bestaan er vier soorten van agressie op de werkvloer, deze types zijn gebaseerd op de relatie tussen de agressor en het slachtoffer (5,15). Zo handelt type I over agressors die helemaal geen connectie hebben met de werkvloer, vaak zijn dit personen die echt actief op zoek zijn naar geweld, de zogenaamde “derden”. Type II bestaat in geweld dat gepleegd wordt door een patiënt of zijn familielid. De derde vorm van agressie, type III is de agressie die kan ontstaan tussen werknemers onderling en type IV handelt dan weer over persoonlijke agressie, waar het geweld in se niet wordt gepleegd tegen de werkplaats, maar wel tegen een werknemer op die plaats, daar er tussen slachtoffer en geweldpleger een persoonlijke band bestaat. In dit onderzoek gaan we ons beperken tot de types I en II van agressie op de werkvloer.

2.2 Literatuurstudie in binnen- en buitenland

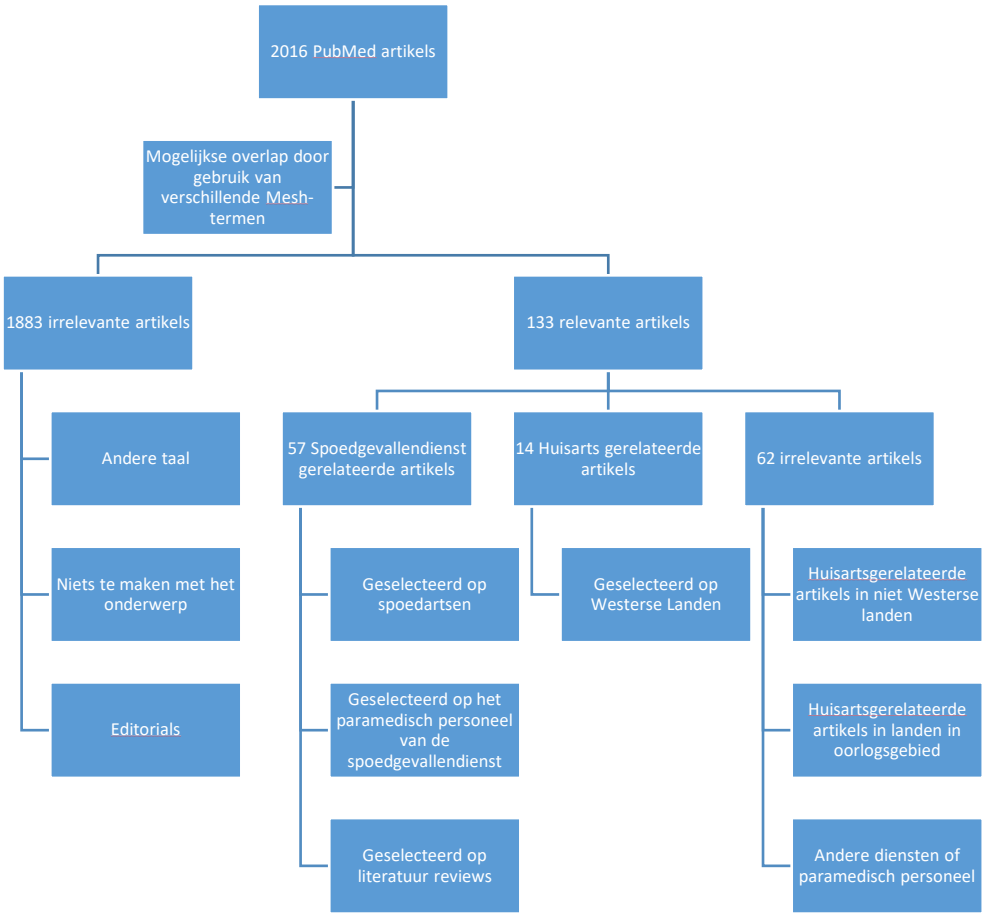
2.2.1 Methodologie literatuurstudie

De literatuur werd bestudeerd door beide onderzoekers van de studie, compleet onafhankelijk van elkaar. De ene spitste zich meer toe op het vinden van artikels over agressie op spoedgevallendiensten en de andere in de huisartsenpraktijk. Hiervoor werd de zoekmachine PubMed gebruikt. Als zoektermen werd gebruik gemaakt van ‘workplace violence’ , ‘emergency department’, ‘general practice’, en ‘health care workers’. Er werd

getracht om zoveel mogelijk studies te vinden en hierbij werd vaak gebruik gemaakt van de 'related article feature' om additionele artikels te zoeken. Om enkel de relevante artikels over te houden werd eerst gekeken naar de titel en nadien werd het abstract gelezen om zo de artikels die niets te maken hadden met het onderwerp te verwerpen. Nadien werd het volledige artikel gelezen en weerhouden om meer achtergrondinformatie te verzamelen. Er werd geprobeerd om literatuur-reviews te vinden daar deze essentieel zijn voor de predictie van agressie op de spoedgevallendienst. Deze zijn belangrijk voor de opstart van toekomstig onderzoek en de mogelijkse start van klinische trials.

Bij het grondig doornemen van de literatuur werden de verschillende vragenlijsten die ter beschikking gesteld stonden naast elkaar gelegd. Zo kon een enquête opgesteld worden, met vragen die het meest geschikt waren voor dit soort van onderzoek.

FIGUUR NR 1 : STAPPENPLAN VOOR HET VINDEN VAN ARTIKELS IN PUBMED



**Daarnaast zijn nog verschillende referenties gebruikt die niet op PubMed te vinden zijn zoals bepaalde internetartikels, boeken, etc…*

2.2.2 Belgische literatuur

Tot voor kort waren er in de Belgische literatuur weinig artikels terug te vinden over agressie en geweld tegen artsen. Als de artikels verschenen hebben ze zich vaak gericht op de prevalentie van geweld, gebruik makende van vragenlijsten. Waardoor wel een globaal beeld van agressie kon geschetst worden, maar waar er niet echt

werd ingegaan op bepaalde beroepscategorieën in de zorg, en waar er weinig ingespeeld werd op het vinden van oplossingen betreffende dit probleem.

Als belangrijkste onderzoeken voor de millennium-overgang kunnen de enquêtes in de Artsenkrant van 1995 (16) en 1998 (17) weerhouden worden. Na de millennium-overgang werden nog een aantal artikels gepubliceerd. Waaronder een onderzoek uitgevoerd in 2010 in de specialistische geneeskunde (18), een Masterproef over Nederlandstalige huisartsen te Brussel in 2010 (19) , een Gentse enquête peilende naar het onveiligheidsgevoel bij huisartsen in 2016 (20) en een grote enquête, alweer gepubliceerd in de Artsenkrant, naar de werkomstandigheden onder artsen in 2017 (21). Het meest recente artikel werd gepubliceerd in Huisarts Nu in 2018 gebaseerd op de database van de Masterproef uit 2017, hier zich specifiek richtend tot de Vlaamse huisarts (22).

Uit voorgaande onderzoeken kunnen als voornaamste conclusies worden getrokken dat verbale agressie het meest voorkomend is en dat vrouwelijke artsen het meest in contact komen met seksueel geweld. Het zijn vooral de jonge artsen en vrouwelijke artsen die naar voor geschoven worden als risicovol. De voornaamste agressor is de patiënt en op de tweede plaats komt zijn familie. Uit de onderzoeken wordt wel besloten dat agressie daarom niet leidt tot het zich continu onveilig voelen op de werkplaats, maar artsen voelen wel een nood naar opleiding in agressiemanagement, nood aan het continu aanwezig zijn van security in het ziekenhuis en strikte bezoekersuren. De meest voorkomende redenen tot agressie, gevonden in de Belgische literatuur, zijn het niet akkoord gaan met het beleid van de arts, drugs en alcoholmisbruik, een voorgaande psychiatrische aandoening hebben en de weigering van een bepaalde behandeling of aflevering van een attest.

Vanuit de Belgische artsen zelf ontstaan ook bepaalde initiatieven om zichzelf te beschermen zoals de anti-agressie groep PRaag (23)opgericht in 2015 ,'Het meldpunt van de Orde der Artsen' (24) en de website Arts in Nood (25) beiden opgericht in 2016. Maar ondanks deze initiatieven blijft het aantal geregistreerde feiten van fysiek geweld tegen artsen status quo. Dit uit cijfers van het ministerie van Binnenlandse Zaken. De meeste van deze agressie-incidenten worden geregistreerd in Vlaanderen (26).

2.2.3 Internationale literatuur

Ook artsen in het buitenland komen tegen agressie op door verschillende meldpunten op te starten zoals in Frankrijk (l'Observatoire de la sécurité des médecins) (27) en Duitsland (artsenmonitor) (28) of door gevalsbesprekingen en editorials (29–32) te schrijven over meegemaakte voorvallen van agressie op de werkvloer. Een voorbeeld hiervan is de "Declaration of Hydarabad" uit 2013, waar orthopedisten zich samen schaarden tegen agressie en geweld. Zij maakten hierbij volgend statement :

"Violence of any kind represents an unacceptable lack of elementary respect for the dignity and integrity of all members of the human race. Amongst these agressions, those directed against healthcare personnel, who expose themselves to assist those who are wounded and disabled, cannot be tolerated. Besides the serious harm done to individuals, this violence will impair the general healthcare system and compromise medical assistance to the world's population."(8)

Als we de internationale literatuur erop nalezen is het niet gemakkelijk om conclusies te trekken. Voor het jaar 1996 werd dit onderwerp eerder anekdotisch bekeken, nadien werd het moeilijk om studies te vergelijken. Maar ook toen bleek al dat vooral huisartsen, spoedgevallendiensten en psychiatrische eenheden de grootste risicogroepen waren (33). Het blijft wel zo dat vele studies elkaar tegenspreken, dit grotendeels omdat de methode per onderzoek verschilt. De focus van de meeste onderzoeken ligt wel op de prevalentie van geweld, omdat daaruit conclusies kunnen getrokken worden om beleidsregels op te stellen. De onderzoeken kunnen vaak niet veralgemeend worden, doordat je verschillende landen moeilijk met elkaar kan vergelijken. Als er verder wordt gekeken kan zelfs besloten worden dat bepaalde provincies in hetzelfde land of zelfs steden onderling niet vergeleken kunnen worden (34). Dit doordat de studiepopulatie andere eigenschappen heeft en doordat rekening moet gehouden worden met de verstedelijking versus de rurale gebieden. Globaal kan wel gesteld worden dat agressie in welke vorm dan ook zorgt voor een negatieve impact op de werksfeer waardoor personeelsleden minder voldoening uit hun werk halen. Dit zorgt ervoor dat personeelsleden vaak zonder het te beseffen toch een vorm van posttraumatische stresssymptomen vertonen. Wat uiteindelijk zelfs kan leiden tot een situatie van burn-out. Vaak wordt dit geuit in werkverlet, verminderde productiviteit, veranderen van specialiteit/dienst, desinteresse in het werk, verminderde zelfzekerheid op het werk, verminderde QoL (Quality of Life) en cynisme naar collega's en patiënten toe (4,7,35). Dit alles leidt tot een wantrouwen in de arts-patiënt relatie en komt onze gezondheidszorg niet ten goede. Vooral omdat dit vertrouwen één van de fundamenten is van de Geneeskunde (36).

Over welk geslacht nu het meest in contact komt met agressie kan lang gediscussieerd worden, wat wel duidelijk is, is dat vrouwen zich vaak onveiliger voelen of zichzelf vatbaarder voelen voor agressie dan mannen. Dit vooral in de specialiteiten die vroeger vooral mannelijk waren (37).

"There is no evidence that women doctors are more often victims than men, though women may take more precautions to reduce the risk" (30)

Op de meeste werkplekken, zeker de ziekenhuizen, bestaat er al een standaardmethode om agressie te rapporteren. Maar uit de onderzoeken komt naar voren dat deze manieren niet voldoen omdat hieruit een lage incidentie van agressie wordt gemeten, dit in tegenstelling tot de enquêtes die afgenomen werden (38). Vaak zien artsen bepaalde vormen van geweld als 'part of the job', of vinden ze dat het rapporteren van geweld op niets uitdraait (39). Zo is het moeilijk voor het managementteam van de werkplek om hiertegen een beleid op te stellen (40). Vele managers en beleidsmedewerkers zijn aanhangers van de zerotolerantie tegen agressie (41), maar literatuur duidt aan dat vele artsen niet zero-tolerant reageren naar de agressor toe. Dit omdat zij vinden dat veel agressie-incidenten in de grijze zone belanden, waar de patiënt maar deels verantwoordelijk is voor zijn daden (42).

Hieronder wordt geprobeerd een overzicht te geven van de buitenlandse literatuur, rekening houdende met de verschillende beroepscategorieën.

2.2.3.1 Huisartsen

Huisartsen zijn vaak het slachtoffer van agressie-incidenten omdat ze als eerstelijnsartsen fungeren en dus de eerste plaats zijn waar patiënten gaan aankloppen. Hierbij is er dus een direct contact tussen arts en patiënt. Patiënten vertellen er hun meest intieme en sensitieve problemen en deze emoties kunnen soms leiden tot tegengestelde reacties, of agressie-incidenten (30). Hiervoor is het dus belangrijk als huisarts om over de juiste communicatievaardigheden te beschikken. In het verleden waren vele huisartsen er niet van op de hoogte dat er meldingspunten voor agressie bestonden. Zo ook in Australië was dit voor huisartsen nog weinig gekend en dit in tegenstelling tot de welgekende rapportering in de UK (43). Een studie uit Nieuw Zeeland vond dat mannen meer het slachtoffer werden van fysieke agressie waaronder diefstal en beschadiging van goederen (44). Terwijl seksuele agressie dan weer vooral voorkomt tegen vrouwelijke artsen (45). Voor 1976 werd seksuele agressie niet benoemd of gedefinieerd (46). Nadien kwam het vaak in de pers aan bod en kwam dus ook aan het licht dat seksuele agressie vaak gericht is tegen vrouwelijke artsen. Vrouwelijke huisartsen hebben dus de macht van het arts zijn in hun voordeel, maar de sekse in hun nadeel (47). Een andere bevinding was dat er relatief meer geweld tegen jonge artsen aanwezig was. Dit wordt door een onderzoek in Australië verklaard door het feit dat oudere artsen al meer ervaring en ontwikkelde vaardigheden hebben om moeilijke situaties te omzeilen. Ook hebben ze vaak al meer respect verworven van hun patiënten, door de jarenlange arts-patiëntrelatie (48). De meldingen van agressie vallen het meeste voor voor sluitingstijd, ‘s nachts op huisbezoek, bij artsen die meer uren draaien of buiten de normale werkuren consulteren (49). Het is dan ook belangrijk om geen nieuwe patiënten in te boeken juist voor sluitingstijd, daar er dan ook minder personeel aanwezig is op de werkvloer. Een speciale risicofactor is het tewerkgesteld zijn in sociaaleconomische zware buurten (43). Een onderzoek uit Canada ondervindt dat een op vijf huisartsen geconfronteerd wordt met agressie (50). Gelijklopend aan voorgaande onderzoeken vindt een literatuuronderzoek uit Australië (51) dat verbale agressie het meest voorkomend is. Hierin wordt ook aangehaald dat veiligheidsmaatregelen noodzakelijk zijn, maar deze kunnen er niet altijd voor zorgen dat patiënten hierdoor geen agressie meer gaan vertonen. Er is meer nood aan bio psychosociale interventies om patiënten en hun familieleden tot bedaren te brengen.

2.2.3.2 Spoedgevallendiensten

De spoedgevallendienst is de toegangsdeur tot alle andere diensten van het ziekenhuis en staat open voor het publiek, dit omdat zorg aan een patiënt niet kan/mag geweigerd worden (52). De spoedgevallendienst is ook nooit gesloten. Er is altijd iemand van wacht en is dus 24/24h 7/7d open (53). Waardoor het moeilijk wordt om continu de controle te hebben over wie er binnen en buiten gaat, welke familieleden er nu aanwezig zijn bij welke patiënt en vooral hoeveel familieleden de patiënt op bezoek heeft (38). Op de spoedgevallendienst is er ook van heel dichtbij interactie tussen de gezondheidsmedewerkers en de patiënt waardoor agressie al wel eens vaker kan voorkomen. Hier moet ook snel kunnen gehandeld worden en is het belangrijk dat het personeel op elkaar kan rekenen en werkt als een goed geolied team, wat uiteraard ook kan leiden tot veel stress (5).

Geweld tegen personeel van de spoedgevallendienst is driemaal zo hoog dan tegen andere beroepsgroepen, zelfs hoger dan tegen politieagenten of cipiers (2). Zowat 90% van al het personeel op de spoedgevallendienst zal wel met één of andere vorm van agressie tijdens hun carrière in contact komen (41). Het is gekend dat verpleegkundigen vaker in contact komen met geweld dan de artsen. Ook in Europa werd dit aangetoond met de NEXT studie (54). Dit omdat zij als eerste in contact komen met de patiënt, meer contact hebben met de patiënten en niet altijd de juiste training in communicatievaardigheden gekregen hebben (10). Ook op de spoedgevallendiensten komt verbaal geweld meer voor dan fysiek geweld. Als men de percentages van verschillende studies vergelijkt, kan besloten worden dat meer dan de helft van alle spoedartsen en verpleegkundigen werkzaam op de spoedgevallendienst met verbale agressie in contact komt, over de laatste 12maanden (2). Al kan het verbale geweld hier wel sneller uitmonden in fysiek geweld. Uiteindelijk leidt dit tot evenveel posttraumatische stress symptomen/stoornissen (35). Ook op de spoedgevallendienst wordt bevestigd dat hoe jonger men is, hoe meer men in contact komt met agressie (7). Ook hier is gender een heikel punt. In sommige studies is er een significant verschil (11,55,56) terug te vinden tussen sekse en de mate van in contact komen met agressie, terwijl dit in andere studies weer fel tegengesproken wordt (53,57,58). Een profiel van de agressor kan uit de literatuur niet omschreven worden, al werd wel in quasi alle artikels vermeldt dat de agressor in de meeste gevallen ofwel de patiënt zelf, ofwel een familielid was. Geweld is een gekend fenomeen op de spoedgevallendienst maar is onderworpen aan verschillende risicofactoren met betrekking tot de patiënt, de werkplek en het personeel (53). Zie hiervoor de niet limitatieve tabel nr 2.

TABEL NR 2 : RISICOFACTOREN OM MET GEWELD IN CONTACT TE KOMEN

Patiënt gerelateerde factoren	**-Angst om een bepaalde aandoening te hebben, pijn, het niet krijgen van medicatie (38).** **-Alcohol en drugsproblematiek zijn een grote oorzaak van agressie, zo vond het onderzoek van Warburton dat een op acht meldingen van agressie alcohol gerelateerd waren (55).** **-Psychiatrische voorgeschiedenis en bepaalde neurologische aandoeningen zoals dementie (39).** **-Het in bezit hebben van een vuurwapen, dit vooral in de US (59).**
Werkplek gerelateerde factoren	-Lange wachttijden door een te groot aantal patiënten die zich op de dienst spoedgevallen presenteren (38).

	-Security of politiehulp die niet op tijd of niet 24/24h aanwezig zijn (2). -Geen comfortabele wachtzalen en ruimtes (53).
Personeel gerelateerde factoren	-Geen voorafgaande agressietraining (39). -Werken wanneer er een tekort aan personeel is (2).

Vele studies geven aan dat agressie-incidenten vaak voorkomen tijdens de avond- en nachtshiften. Dit niet altijd door het tijdstip, maar eerder door het feit dat er dan een hogere werkdruk is omdat er minder artsen en verpleegkundigen aanwezig zijn en er 's nachts wel meer drugs en alcohol geïntoxiceerden passeren (60,61). Zo vond Gillespie et al. dat de meeste patiënten zich op de spoedgevallendienst aanmeldden tussen 18u en 19u 's avonds en dat het minste volk aanwezig is tussen 04-05u 's ochtends (53). Maar ook dit kan tegengesproken worden zoals door Kowalenko et al.(57). Elk ziekenhuis heeft wel een rapporteringssysteem voor geweld, maar vele artsen en verpleegkundigen, inclusief de spoedartsen en –verpleegkundigen gebruiken die systemen niet frequent genoeg. Dit omdat ze bepaalde vormen van geweld als 'part of the job' (58) zien, omdat die systemen vaak veel tijd innemen om in te vullen en dat dit in tijden van drukte niet mogelijk is of omdat ze niet geloven dat dit iets van verschil gaat uitmaken. Verpleegkundigen zijn vaak ook bang voor vergelding van hun werkgevers (40). Vaak is er wel een adequate security aanwezig en kan er beroep gedaan worden op de politie, wat meestal wel een gevoel van veiligheid geeft. Al zorgt dit niet voor vermindering van het aantal agressie-incidenten (5). Volgens de studie van Kasangra et al. voelt één op vier verpleegkundigen zich nooit veilig op de werkvloer (62).

Hieruit kan vooral geconcludeerd worden dat agressie op de werkvloer alomtegenwoordig is, maar te weinig wordt gerapporteerd en vooral grotendeels genegeerd (63).

2.2.3.3 Ander (para-)medisch personeel

In de literatuur is ook nog veel terug te vinden over andere specialisten of gezondheidsmedewerkers, zoals kinderartsen (64), intensivisten (65),verpleegkundigen in woonzorgcentra (66), etc… Daar deze artikels niet expliciet van toepassing zijn voor deze studie wordt besloten hier ook geen rekening mee te houden.

2.2.4 Conclusie Literatuurstudie

Dus met de voorgaande (Belgische) literatuur in acht te nemen ontstaat het idee om verder onderzoek uit te bouwen omtrent de belangrijkste conclusies van de Masterproef uit 2017. Zo wordt besloten een nieuw onderzoek te starten over de meest vulnerabele groepen artsen waartegen geweld gepleegd wordt. In het

ziekenhuis betreft dit de spoedgevallendienst en bij artsen met hoofdactiviteit buiten het ziekenhuis betreft dit de huisartsen. Het is dus belangrijk na te gaan hoeveel agressie voorkomt en tegen wie dit het meest gepleegd wordt. Het is ook belangrijk dat er nagegaan wordt welke invloed dit kan hebben op de slachtoffers en of deze soms extra maatregelen in gedachten hebben om de agressie in de gezondheidszorg aan banden te leggen.

"To tolerate abusive or violent behaviour invites the perpetrator to repeat his or her actions. Therefore the prevention of violent and threatening behaviour is vital to our professionalism." (33)

2.3 Doel van dit onderzoek

Het doel van dit specifiek onderzoek is om zich te focussen op agressie-incidenten op de spoedgevallendienst. Er werd gekozen voor een kleinschalig onderzoek dat zich beperkt tot de omgeving van één spoedgevallendienst in België. Hiervoor werd de spoedgevallendienst van het UZ Brussel uitgekozen.

Als belangrijkste uitgangspunten wil men uit deze studie kunnen concluderen hoeveel agressie voorkomt en tegen welke beroepsgroepen of sekse dit het meeste voorkomt. Ook wordt getracht een profiel op te stellen van de agressor en meer aandacht gevraagd om het voorval te omschrijven , dit aan de hand van meerkeuze vragen.

Zo komen we tot de kern van dit onderzoek, namelijk:

Registratie van agressie en geweld op de spoedgevallendienst, een kwantitatieve studie.

Met als bijhorende onderzoeksvragen :

- Wat is de incidentie van agressie binnen de gecontroleerde periode van zes maanden op de spoedgevallendienst?
- Welke vormen van agressie komen het meeste voor op de spoedgevallendienst ?
- Bestaat er een verschil in het voorkomen van agressie binnen de verschillende beroepsgroepen werkzaam op de spoedgevallendienst ?

Hierbij zal nauw samengewerkt worden met mijn collega huisarts in opleiding Lennart De Jager die verder onderzoek zal doen naar agressie en geweld in de huisartsenpraktijk.

3. METHODE

Agressie is een veel voorkomend gegeven in de medische sector en wordt bovendien door iedereen anders ervaren. Voortgaande op eerder onderzoek aan de VUB, in het kader van een masterproef, blijkt dat agressie veel voorkomt bij spoed- en huisartsen. Waardoor de opstart tot dit nieuw onderzoek.

3.1 Studiedesign

Deze studie is een apart onderdeel in het kader van een grootschaliger onderzoek naar agressie en geweld in de medische sector, met name specifiek in de huisarts- en de urgentiegeneeskunde. Het is dus een studie met een gemeenschappelijke achtergrond maar twee aparte settingen en onderzoeksvragen. Deze studie spitst zich toe op het gedeelte met betrekking tot de urgentiezorg.

Het studiedesign is een niet-interventioneel kwantitatief onderzoek betreffende de registratie van agressie en geweld op de spoedgevallendienst. Er wordt getracht een antwoord te vinden op een paar gestelde vragen.

3.2 Enquête

Er werd een vragenlijst opgesteld, die terug te vinden is in de bijlage. Deze enquête is gebaseerd op voorafgaand onderzoek, maar aangepast aan de specifieke setting van de spoedgevallendienst. Na het opstellen van de vragenlijst werd deze door de onderzoekers nagekeken en gevalideerd : er werd geen piloot-studie uitgevoerd om de validiteit te sterken. De vragenlijst werd aangeboden via een online platform, namelijk Limesurvey deze werd toegankelijk gesteld via de VUB. Het onderzoek betreft een kwantitatief onderzoek waar in de vragenlijst maar één vraag staat met een deels open antwoord, wat beschrijvend zal worden weergegeven. Het was de bedoeling dat de enquête ingevuld werd als er agressie had plaatsgevonden.

Er wordt gepeild naar de vorm van agressie, agressie tegen bepaalde beroepsgroepen of agressie tegen een bepaalde sekse. Hierdoor bestaat de vragenlijst uit een paar onderdelen :

- Demografie, waarbij er gepeild werd naar de basisinformatie van de slachtoffers. Dit om de anonimiteit van de respondent in deze kleine populatiegroep te vrijwaren.
- Het voorval zelf met vragen over :
    - De soort agressie, gedefinieerd per vorm.
    - Wanneer op de dag en in welke deelstraat op de spoedgevallendienst de agressie is voorgevallen.
    - Wat de aanleiding en het gevolg is van de agressie.
    - De melding van agressie.

- Vragen over de agressor, waarbij gepeild wordt of bepaalde ziektes aan de basis liggen en wie de agressor was door middel van demografische vragen.
- Zelfreflectie over het agressie-incident en wat dit teweeggebracht heeft bij het slachtoffer.

De volledige vragenlijst is als bijlage nr 1 toegevoegd aan het onderzoek.

3.3 Studiepopulatie

Het onderzoek wordt uitgevoerd op de dienst Spoedgevallen van het UZ Brussel. De dienst is een onderdeel van het Universitair Ziekenhuis en dus ook verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel, hierdoor wordt het aanzien als een tertiair centrum en opleidingsziekenhuis. Als studiepopulatie wordt het voltallig paramedisch personeel van de spoedgevallendienst ingezet. Op deze dienst zijn in totaal 142 personeelsleden werkzaam, waaronder 21 administratief medewerkers, 46 artsen en 75 verpleegkundigen. Wat betreft de verhouding vrouw/man werken er respectievelijk 80% vrouwen tov 20% mannen als onthaalmedewerker, bij artsen is dit 50/50 % en bij de verpleegkundigen verloopt deze verhouding 60% vrouwen tov 40% mannen.

Hieronder nog eens kort de verschillende bedoelde beroepscategorieën :

- Stafleden Urgentiegeneeskunde.
- Assistenten Specialisten in Opleiding en Huisartsen in Opleiding werkende op de spoedgevallendienst.
- Verpleegkundigen op de spoedgevallendienst.
- Onthaalpersoneel op de spoedgevallendienst.

3.3.1 Inclusiecriteria

In het jaar 2018 werkzaam op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel.

3.3.2 Exclusiecriteria

- De poetsdienst.
- Artsen werkzaam op andere diensten die een wacht uitvoeren.
- Studenten geneeskunde en verpleegkunde.
- Stagiairs onthaalmedewerk.

3.4 Anonimiteit

Vooraleer de vragenlijst kan ingevuld worden via de Limesurvey moet een geïnformeerd toestemmingsformulier ingevuld worden. Waarin duidelijk aangegeven staat dat de vragenlijst volledig anoniem is en de deelname volledig vrijwillig. Via de Limesurvey is er geen enkele mogelijkheid om de identiteit van de respondent te achterhalen. Elke respondent kan zich ook op elk moment bij het invullen van de enquête

terugtrekken. De gegevens worden strikt vertrouwelijk verwerkt in een gegevensbank en worden enkel geanalyseerd door de onderzoekers van deze studie.

Als bijlage nr 2 is het mogelijk om de geïnformeerde toestemming te raadplegen.

3.5 Bias

Om eventuele bias te beperken is er geopteerd om de enquête te laten invullen op het moment dat een agressie-incident zich juist heeft voorgedaan. De vragen werden hier dan ook naar aangepast. Deze studie handelt over een kleinschalig project waardoor de vragenlijsten maar ingevuld kunnen worden door het personeel dat werkt op eenzelfde plaats, namelijk de spoedgevallendienst van het UZ Brussel. Dit zorgt natuurlijk wel voor een selectiebias, waar de onderzoekers zich bewust van zijn. Er is daarom geopteerd om de vragen over demografie basis te houden, zodat de kans op herkenning van participanten in deze kleine studie-populatie laag wordt gehouden. Dit onderzoek was gedurende 26 weken online te vinden via de Limesurvey, zodat elk personeelslid de kans had om de vragenlijst in te vullen als een agressie-incident zich voordeed. Voorafgaand aan het online zetten van de vragenlijst werd een mailtje rondgestuurd met de nodige informatie in verband met deze studie, zodat deze juist en waarheidsgetrouw kon worden ingevuld. Nadien werd er elke maand en op het einde van de 26 weken, elke week een mailtje verstuurd om respondenten zoveel mogelijk aan te moedigen om deel te nemen. Op deze manier wordt selectie van mensen met een hoge zelfeffectiviteit voorkomen. De mogelijkheid bestaat wel dat respondenten die vaak in contact komen met agressie en geweld meer geneigd gaan zijn deze vragenlijst telkens in te vullen na een agressie-incident, dan respondenten die hier nog nauwelijks mee in aanraking gekomen zijn.

3.6 Analyse en statistiek

De data worden vanuit de Limesurvey geëxporteerd naar Microsoft Excel en daar ook opgeslagen. Voor de beschrijvende statistiek wordt gebruik gemaakt van Microsoft Excel 2019 en de verdere analyse zal gebeuren door gebruik te maken van IBM SPSS Statistics 24 en het Open-Source Programma Open-Epi.

Er wordt gebruik gemaakt van de t-test en chi-kwadraat-test voor de vergelijking van groepen. Deze testen behoren tot de univariate analyse. Als p-interval wordt de waarde van $< 0,05$ weerhouden.

- De t-test wordt gebruikt voor continue variabelen.
- De chi-kwadraat-test wordt gebruikt voor discrete variabelen.

Ontbrekende gegevens zijn behandeld volgens het principe listwise deletion: vragenlijsten met minstens één ontbrekend antwoord worden uitgesloten van analyse.

Voor de vormgeving van de kwantitatieve data wordt gekozen om gebruik te maken van tabellen en grafieken. Er wordt nagegaan of de data aanleiding geven tot afwijkende antwoorden, die dan op hun beurt aanleiding kunnen geven tot verder en meer grootschalig onderzoek.

3.7 Goedkeuring ethische commissie

De studie werd op 30 mei 2018 goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZB onder het protocolnummer B.U.N. 143201835674 .

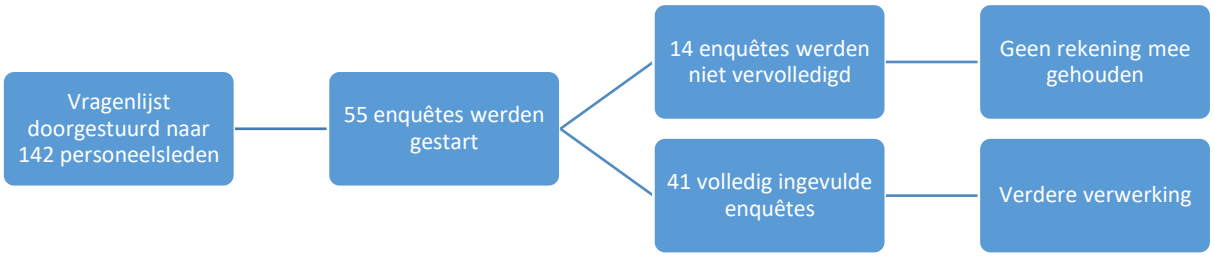
Er zijn geen incentives verbonden aan deze studie, het studieprotocol kan ook geen kwaad berokkenen aan de deelnemers.

Het volledige document van de Commissie Medische ethiek is terug te vinden als bijlage.

4. RESULTATEN

In totaal hebben 55 deelnemers de enquête ingevuld over een periode van 26 weken, waarvan 14 niet volledig. Hier werd dan ook geen rekening mee gehouden. De volgende resultaten zijn dus interpretaties van de 41 volledig ingevulde enquêtes. Er zijn dus in totaal 41 incidenten van agressie gemeld over de periode van 1 juli tot en met 31 december 2018.

FIGUUR NR 2 : AANTAL INGEVULDE ENQUÊTES GEDURENDE DE STUDIEPERIODE



Als we kijken naar de gegevens in verband met de patiënten toestroom op de spoedgevallendienst te Brussel kan gesteld worden dat er in het jaar 2018 in totaal 75 646 patiënten werden gezien door de personeelsleden op de spoedgevallendienst, waarvan 37 075 patiënten in de periode van 1 juli tot en met 31 december 2018, dit met een gemiddelde van 207 patiënten per dag. Als we dit nu correleren met het aantal agressie-incidenten dat gemeld werd via de enquête kan besloten worden dat de incidentie van agressie op de spoedgevallendienst 41 incidenten per 6 maand bevat, of eerder 6,8 gevallen van agressie per maand. Wat overeenkomt met 41 gevallen van agressie per 37 075 patiënten, ofwel 11 per 10 000 patiënten die op de spoedgevallendienst gezien worden.

4.1 Demografie personeelsleden / slachtoffers

De agressie-incidenten worden voornamelijk tegen het mannelijk personeel gepleegd, namelijk 0,4%, in vergelijking met 0,2% van het vrouwelijk personeel. Deze bevinding is ook significant daar de p-waarde < 0,05 bedraagt, namelijk p = 0,03. Er is zelfs een significant verschil te bemerken tussen de mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen, zo bestaat er in dit onderzoek meer agressie jegens mannelijke verpleegkundigen, met een p-waarde van 0,03. Dit verschil is niet te vinden voor de beroepscategorieën artsen en onthaalmedewerkers met respectievelijk een p- waarde van 0,38 en 0,19. Er is geen verschil in het voorkomen van agressie tegen artsen (0,5%) of tegen verpleegkundigen (0,3%), dit met een p-waarde van 0,06. Door het feit dat er maar één event van agressie gemeld is tegen onthaalmedewerkers zijn volgende bevindingen significant te verklaren. Er bestaat dus meer agressie tegen artsen (0,5%) dan tegen onthaalmedewerkers (0,1%), wat overeenkomt met een p-waarde van 0,001. En daarnaast bestaat er meer agressie tegen verpleegkundigen (0,3%) dan tegen onthaalmedewerkers (0,1%), dit met een p-waarde van 0,00. Natuurlijk zijn er ook meer artsen en verpleegkundigen aan het werk op de spoedgevallendienst, dan onthaalmedewerkers. Waardoor tegen deze

beroepsgroepen ook meer agressie bestaat. De agressie komt vooral voor tegen jongere verpleegkundigen, in de leeftijdscategorie van <40 jaar, met een significante p-waarde van 0,03. Opvallend genoeg wordt deze significantie niet teruggevonden bij artsen, zowel jonge als oudere artsen komen evenveel in contact met agressie. Globaal kan wel gesteld worden dat de meest risicovolle functies dus de verpleegkundigen en de assistenten in opleiding zijn. De stafleden en het onthaalpersoneel worden redelijk gevrijwaard van agressie.

TABEL NR 3 : DEMOGRAFIE VAN DE SLACHTOFFERS VAN GEWELD OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

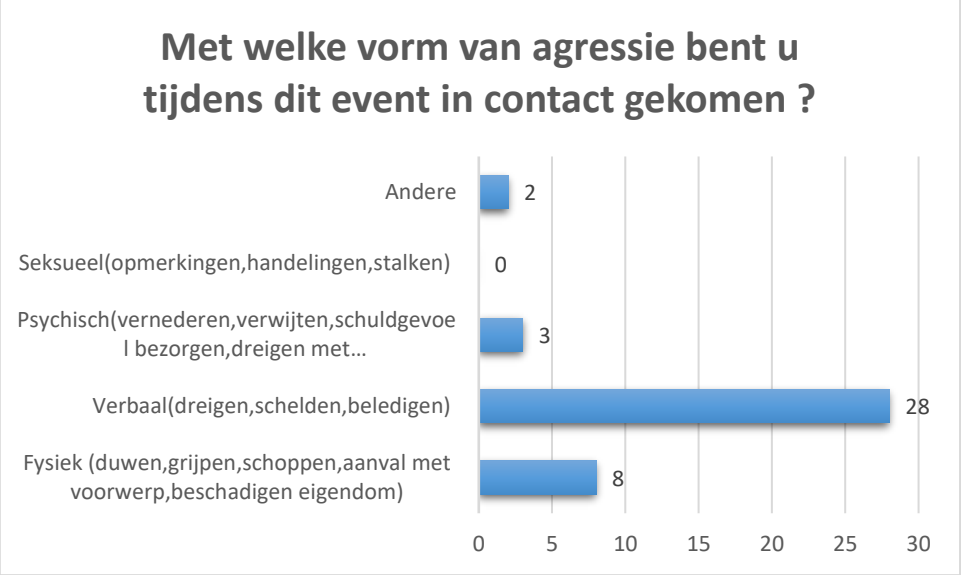
				Geslacht			
				Man	Vrouw	Totaal # incidenten	Percentages
				22	19		
				(54%)	(46%)	= 41	100%
Functie	AS0	Leeftijdscategorie	<40j	5	9	14	34%
			>40j	0	0	0	0%
	Staflid	Leeftijdscategorie	<40j	1	1	2	5%
			>40j	3	0	3	7%
	Verpleegkundige	Leeftijdscategorie	<40j	9	9	18	45%
			>40j	3	0	3	7%
	Onthaalmedewerker	Leeftijdscategorie	<40j	1	0	1	2%
			>40j	0	0	0	0%

**ASO = Assistent in Opleiding*

4.2 Informatie omtrent het agressie-incident

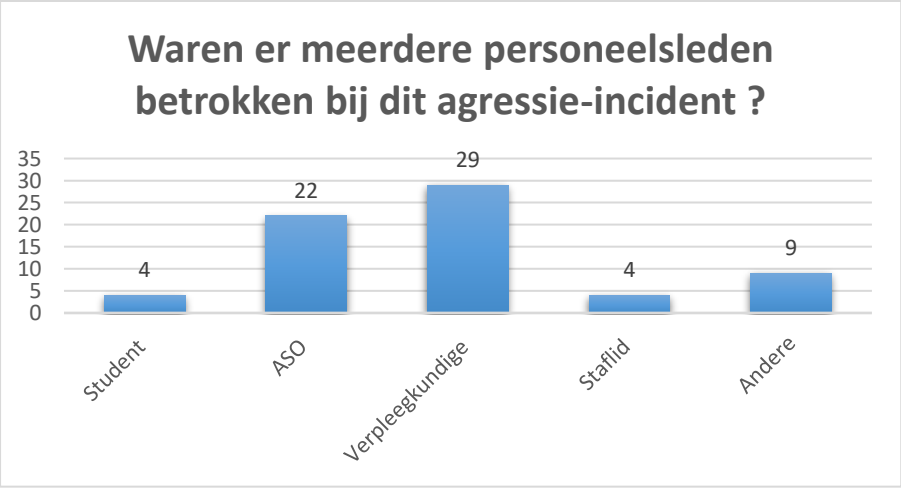
De meest voorkomende vorm van agressie is verbale agressie met 68%, gevolgd door fysiek geweld met 20%. Opvallend is dat er geen enkel incident gemeld is met betrekking tot seksuele agressie. Artsen komen significant meer in contact met verbale agressie dan verpleegkundigen (p = 0,03) . Terwijl er geen significante verschillen bestaan in het voorkomen van fysiek geweld (p = 0,08) en psychologisch geweld (p = 0,34) tegen artsen of verpleegkundigen. Een verschil in significantie tussen de verschillende vormen van geweld tegen onthaalmedewerkers met respectievelijk artsen of verpleegkundigen wordt niet onderzocht, daar er maar één agressie-incident gemeld is door een onthaalmedewerker. De agressie wordt meestal uitgelokt door het langdurig moeten wachten en niet akkoord zijn met de medische manier van aanpakken, respectievelijk 39% en 22%.

GRAFIEK NR 1 : HET CONTACT MET VERSCHILLENDE VORMEN VAN AGRESSIE



De meeste voorvallen van geweldpleging komen voor tijdens de avond- en nachtshiften, respectievelijk 41% en 27%. De grootste zorgstraat van de spoedgevallendienst is de Urgent Care, waar volgens dit onderzoek de meeste agressie-incidenten plaatsvinden. Gevolgd door de Trauma-Care en nadien de Pediatric Care. Opvallend is dat er vaak meer dan 1 personeelslid betrokken is bij het incident.

GRAFIEK NR 2 : BETROKKENEN BIJ DE VOORGEVALLEN AGRESSIE-INCIDENTEN



**ASO = Assistent In Opleiding*

De slachtoffers probeerden in de meeste gevallen te reageren op een rustige manier (66%), gevolgd door alarm slaan (15%) of door zich fysiek te verdedigen (10%). De agressor werd in het grootste deel van de gevallen naar buiten geëscorteerd door de security. Al is het wel opvallend dat er vaak ook geen gevolg was voor de agressor zelf.

TABEL NR 4 : NADERE OMSCHRIJVINGEN VAN DE AGRESSIE-INCIDENTEN

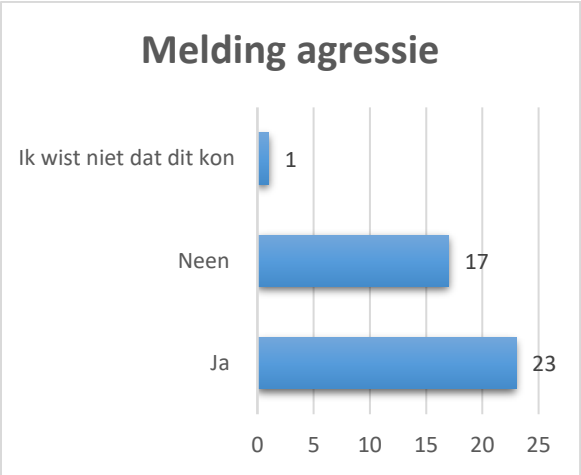
		# / 41	Percentages
Moment van de dag	ochtend	3	7%
	middag	10	24%
	avond	17	42%
	nacht	11	27%
Setting	andere	7	17%
	onthaal	2	5%
	triage	3	7%
	UC	15	37%
	CC	0	0%
	TC	8	19%
	PC	6	15%
	telefonisch	0	0%
	MUG	0	0%
	PIT	0	0%
Aanleiding tot agressie	andere	6	15%
	wachttijden	16	39%
	miscommunicatie	3	7%
	geweigerde/ te korte AO	0	0%
	attitude	2	5%
	manier van aanpakken	9	22%
	uiting ziekte	4	10%
	onbekend	1	2%
Reactie op agressor	andere	4	10%
	rustig verbaal	27	66%
	scheldpartij	0	0%
	fysiek verdedigen	4	10%
	toegeving	0	0%
	alarm slaan	6	14%
Gevolg voor agressor	andere	10	24%
	excuses aanbieden	3	7%
	waarschuwing gekregen	4	10%
	security	13	32%
	geen	11	27%

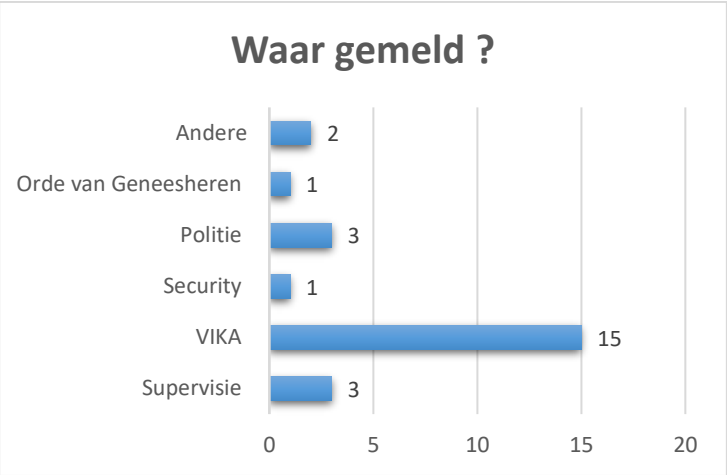
**Afkortingen tabel : UC = urgent care ; CC = critical care ; TC = trauma care ; PC = pediatric care ; MUG = mobiele urgentiegroep ; PIT = paramedisch interventieteam ; AO = arbeidsongeschiktheid*

In de meeste gevallen is er een melding gebeurd van de agressie-incidenten en dit vooral via het algemeen meldpunt van het ziekenhuis, de zogenaamde VIKA-melding (Vragen-Incidenten-Klachten-Aanbevelingen). In totaal zijn er, in het jaar 2018, 28 VIKA meldingen geregistreerd vanop de spoedgevallendienst. Waarvan er dus

15 werden ingevuld gedurende de zes maand lopende periode van dit onderzoek. Zowel de verpleegkundigen als de artsen vullen de VIKA-meldingen in : er is hierbij dus ook geen significant verschil te meten (p = 0,78). Als we kijken of fysiek geweld meer gemeld wordt dan verbaal geweld vinden we geen significant verschil (p = 0,54).

GRAFIEK NR 4 EN 5 : NAGAAN OF SLACHTOFFERS EN MELDING DOEN VAN GEWELD EN WAAR ZE DEZE DAN AANGEVEN.





**VIKA = Vragen-Incidenten-Klachten-Aanbevelingen meldpunt*

4.2.1 Andere antwoordmogelijkheden

Op de vraag of agressie ook voorkomt op andere settingen dan de reeds vernoemde kwamen vaak de combinatie van meerdere settingen aan bod zoals trauma care en triage. Maar ook de holding care werd een paar keer vermeld. Dit is een deelstraat waar een patiënt via de spoed één nacht gehospitaliseerd wordt alvorens te kunnen doorschuiven naar een dienst of alvorens terug uit het ziekenhuis te kunnen ontslagen worden. Ook worden de artsen of verpleegkundigen vaak uitgestuurd in het ziekenhuis om bijstand te verlenen bij precaire situaties, zo werd de psychiatrische afdeling en de critical care van de dienst cardiologie aangegeven.

Vaak zijn er meerdere personeelsleden betrokken bij het agressie-incident, ook anderen dan degenen die men kon aanduiden in de vragenlijst zoals, de internist, de psychiater, een ambulancier maar vooral de security wordt hier al vermeld. Eigenlijk kan hieruit besloten worden dat iedereen in direct contact met de agressor bij het incident betrokken is.

Op de vraag of er nog andere vormen van geweld gebruikt werden, was het bijkomende antwoord eerder dat verschillende vormen van geweld samen kunnen voorkomen. Zoals fysiek en verbaal geweld of verbaal en psychisch geweld.

Bij de antwoordmogelijkheid “andere” bij de vraag wat de aanleiding was tot agressie komt naar boven dat soms de combinatie van meerdere aanleidingen tot agressie leidt. Nog een belangrijke aanleiding tot agressie is

de triagekleur die de patiënt krijgt of een patiënt die niet akkoord gaat met de ABM-procedure (Afdeling tot Bescherming van de Maatschappij = collocatie).

Als reactie op de agressor komt vaak naar boven dat personeelsleden de veiligheid van collega's gaan opzoeken om zich hiertegen te beschermen en zo snel mogelijk de patiënten box proberen te verlaten.

De gevolgen voor de agressor zijn vaak nog ernstiger dan vooropgesteld, zoals fysieke of chemische fixatie, opstarten van een ABM procedure, patiënt isoleren en vooral laten buiten zetten door de politie. Een opmerkelijk antwoord was dat de agressor de ombudsdienst heeft gecontacteerd, omdat hij zich onrecht voelde aangedaan.

4.3 Kenmerken van de agressor

Als we een profiel willen opstellen van de agressor op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel dan wordt dit zeer moeilijk. Zowel de patiënt als de familie van de patiënt zijn op gelijke basis de onruststokers en vaak veroorzaken ze beiden het agressie-incident. Een logische bevinding is dat op de Pediatric Care de familie in alle gevallen de agressie uitlokken en in geen enkel geval de patiënt zelf. Wel zijn het in deze vragenlijst vooral mannen(78%) in de leeftijdscategorie tussen 19-49 jaar die voor de onrust zorgen, met een piek in de leeftijdsgroep tussen 30 en 39 jaar. De agressie komt vooral onverwacht, opvallend genoeg zonder gekende oorzaak (66%). Naast het onverwachte hebben de agressors vaak een psychiatrische voorgeschiedenis (15%), of zijn ze gekend met middelenmisbruik (12%.) .

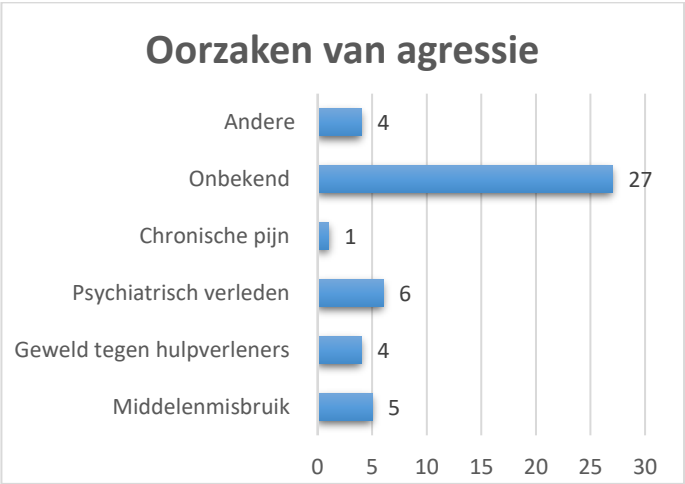
TABEL NR 5 : DEMOGRAFIE VAN DE UITVOERDER(S) VAN AGRESSIE-INCIDENTEN OP DE SPOEDGEVALLENDIENST

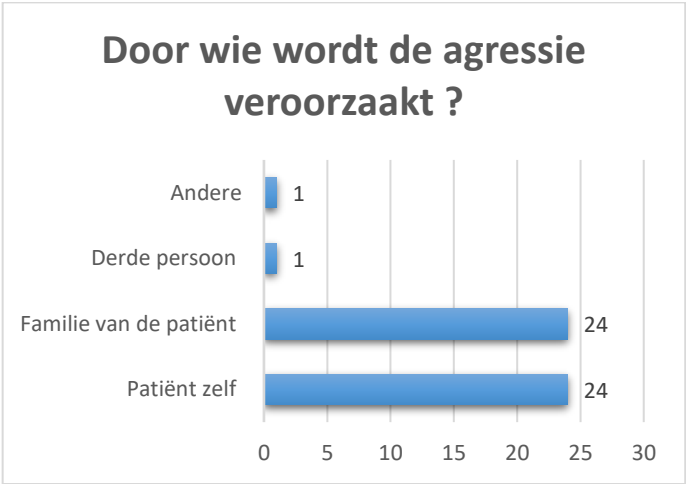
		Geslacht agressor				
		man	vrouw	onbekend	Totaal # incidenten	Percentages
		32	8	1	41	100%
		(78%)	(20%)	(2%)		
Leeftijdscategorie agressor	0-18j	1	0	0	1	2%
	19-29j	7	3	0	10	24%
	30-39j	13	2	1	16	39%
	40-49j	5	3	0	8	20%
	50-59j	6	0	0	6	15%
	60-69j	0	0	0	0	0%
	>=70j	0	0	0	0	0%

		Agressie door patiënt (24)	Agressie door familie (24)	Agressie door derden (1)
Setting	anderen	6	3	0
	onthaal	2	1	0
	triage	3	1	0
	UC	10	8	0
	CC	0	0	0
	TC	3	6	0
	PC	0	5	1
	telefonisch	0	0	0
	MUG	0	0	0
	PIT	0	0	0

**Afkortingen tabel : UC = urgent care ; CC = critical care ; TC = trauma care ; PC = pediatric care ; MUG = mobiele urgentiegroep ; PIT = paramedisch interventieteam*

GRAFIEK NR 6 EN 7 : WIE VEROORZAAKT DE AGRESSIE EN OM WELKE REDEN WORDT DE AGRESSIE UITGEVOERD





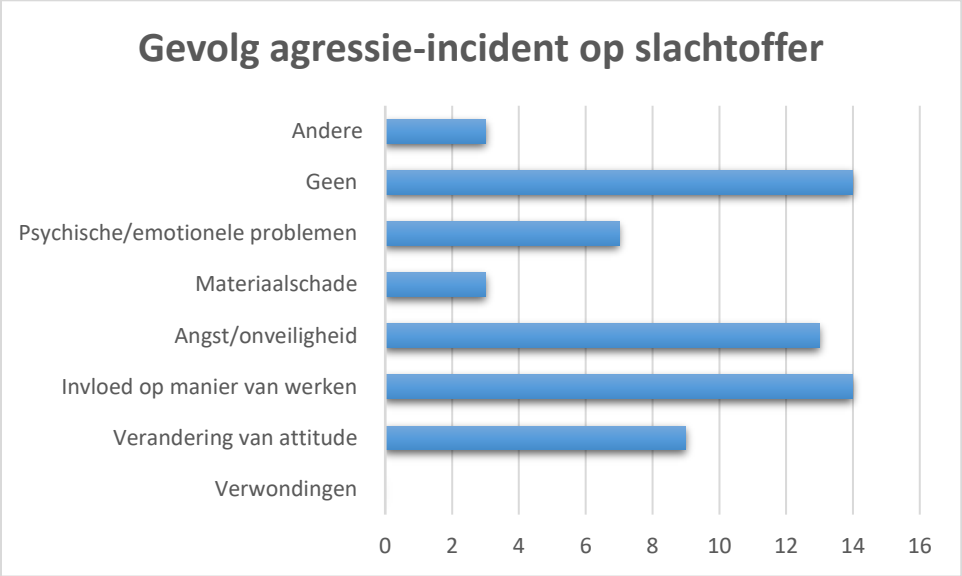
Bij de vraag of de agressor nog met iets anders gekend was dan de mogelijke antwoordopties kwam een paar keer het antwoord naar boven dat hij/zij helemaal met niets gekend is en dat de agressie dus plots en uit het niets komt. Bij een ander geval is de agressor geen onbekende bij de politie.

4.4 Zelfreflectie slachtoffers

Het agressie-incident heeft bij de meeste personeelsleden ofwel geen gevolgen (34%) ofwel tot gevolg dat ze hun manier van werken gingen aanpassen (34%) en ze zich onveilig op het werk beginnen voelen (32%). Ook ondervindt een groot deel van de personeelsleden hierbij psychische en emotionele klachten (17%). Op de vraag wat het voorval nog meer tot gevolg heeft bij de slachtoffers komt een veelheid aan andere

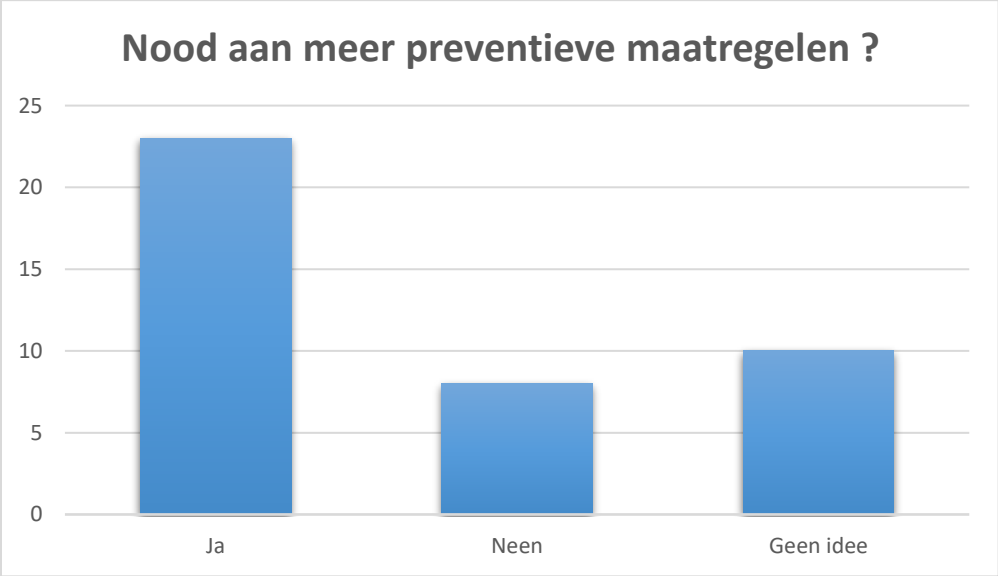
mogelijkheden, zoals de afname van empathie, de vraag naar de zingeving van een job in de zorgverlening, gefrustreerd geraken en kwaad zijn en vooral een verminderde motivatie en stress op het werk.

GRAFIEK NR 8 : WELKE GEVOLGEN HEEFT DE AGRESSIE OP DE SLACHTOFFERS



56,10% van de personeelsleden die de enquête hebben ingevuld na een agressie-incident vinden dat er meer preventieve maatregelen dienen genomen te worden om agressie aan banden te leggen.

GRAFIEK NR 9 : PREVENTIEVE MAATREGELEN



Op de gedeeltelijk open vraag over mogelijkheden tot preventieve maatregelen komt een hele resem ideeën aan de oppervlakte bovendrijven. De meest genoemde maatregelen zijn een betere educatie van de patiënten omtrent het gebruik van de spoedgevallendienst en de mogelijke wachttijden. Dit zou kunnen gecommuniceerd worden op de wachtschermen in de wachtzalen, door de personeelsleden, door vrijwilligers

of door speciaal hiervoor opgeleid personeel aan te nemen. Deze kunnen dan instaan voor een betere communicatie naar de patiënten toe in de wachtzaal. Velen geven ook aan dat de agressor op zijn daad dient terechtgewezen te worden en indien zijn pathologie niet ernstig is hij ook buitengezet dient te worden. Anderen spreken dan weer over het gebruiken van een 'zwarte lijst' waar de namen van agressors op terechtkomen en indien zij zich aanmelden op de spoedgevallendienst met een niet urgente kwestie ze de toegang geweigerd worden. De personeelsleden vinden dan weer wel dat die agressors hiervan ook op de hoogte moeten gesteld worden via een brief. Ook wordt er aangegeven dat er meer nood is aan extra en correct opgeleid personeel, met vooral goed opgeleide veiligheidsagenten. Ook is er vraag naar bijkomende opleidingen over agressie-management. Qua logistiek wordt gevraagd naar het correct afsluiten van de wachtzaal met de behandelingsboxen en met de plaats waar het personeel zijn taken uitvoert. Ook wordt gevraagd om het aantal bezoekers te beperken en vooral de continue wissel van bezoekers bij de patiënten aan banden te leggen. Als laatste vinden de personeelsleden het belangrijk dat de mogelijkheid zou moeten bestaan dit correct te bespreken met de leidinggevende. En vooral indien nodig dat er ook psychologische bijstand voorhanden is.

Men vindt dat er een gedoogbeleid omtrent agressie op de spoedgevallendienst bestaat en dat er misschien eerst klappen zullen moeten vallen vooraleer een beter stappenplan zal ontstaan.

5. DISCUSSIE

5.1 Belangrijke discussiepunten

5.1.1 Inleiding discussie

Agressie in de gezondheidszorg en specifiek hier op de spoedgevallendienst is multifactorieel (4). Er hebben zodanig veel factoren een invloed op de incidentie van agressie dat deze moeilijk te vatten zijn in een onderzoek. Dit allereerst omdat geen twee spoedgevallendiensten op dezelfde manier werken. Ten tweede omdat elk land ook zijn eigen gezondheidszorgsysteem heeft en ten derde afhankelijk is van de verschillen in cultuur, taal en het gedrag van de mens zelf. Als we de incidentie van dit onderzoek bekijken, 11 per 10 000 patiënten, kan gesteld worden dat deze relatief laag ligt ten opzichte van het aantal patiënten dat dagelijks op de spoedgevallendienst langskomt. Betekent dit dat maar het topje van de ijsberg gerapporteerd wordt in dit onderzoek? Of ligt het aan het feit dat dit ziekenhuis een tertiair centrum en opleidingsziekenhuis is en zo minder vatbaar schijnt te zijn voor agressie ? Een bewijs hiervoor kunnen we met deze studie niet leveren. Wat wel geweten is is dat het aantal patiënten dat zich aanmeldt op de spoedgevallendienst elk jaar groter wordt. Zo zitten ze op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel nu al ,voor het jaar 2019, aan een gemiddelde van 237 patiënten per dag, waar dit er vorig jaar nog 207 per dag waren. Zo kan men ook in een vicieuze cirkel terechtkomen zoals Turkcuer et al. al aangaf (67). Meer patiënten zorgt voor een verhoogde werkbelasting voor het aantal aanwezige personeelsleden (dat niet altijd mee-evolueert) en creëert langere wachttijden voor de patiënten en hun familieleden en zou zo kunnen zorgen voor meer agressie en geweld op de werkvloer. Wat dan weer kan leiden tot meer stress bij de personeelsleden en kans op emotionele uitputting met uiteindelijk burn-out tot gevolg. In deze studie kan enkel uitgegaan worden van het feit dat personeelsleden na een agressie-incident vaak geen gevolgen hiervan ondervonden of dat het toch een zekere invloed had op hun manier van werken. Dit lijkt allemaal zeer rooskleurig, maar men mag niet aan de kant schuiven dat 17 % van de slachtoffers toch de nodige emotionele schade ondervond van het incident en hierbij werd door de slachtoffers zelf aangegeven dat sommigen hun empathie voor het werk verloren en vaak gefrustreerd rondliepen wat de werksfeer niet bevordert. Jammer genoeg kan dit niet met significante cijferwaarden gestaafd worden in deze studie. Dit werd in voorgaande buitenlands onderzoek wel onderzocht. Zo werd gevonden dat agressie een trigger is voor de soms lage moraal van de personeelsleden op een spoedgevallendienst. Dit kan dan aanleiding zijn voor een verminderde productiviteit en zelfs tot werkverzuim. Bij sommige ernstige gevallen leidt dit tot het nemen van ontslag of het aanvragen van een transfer naar een andere dienst (7). Ook de NEXT studie, die onderzoek uitvoerde in Europese landen, toont aan dat vaak in contact komen met geweld geassocieerd is met hogere cijfers van burn-out (54). 32% van de slachtoffers meldt toch een zeker gevoel van onveiligheid op het werk wat in voorgaand onderzoek vaak de basis was van het ontwikkelen van stress en onzekerheid voor het vak en de job die men uitvoert (39). Verder onderzoek naar de draagwijdte van deze bevindingen is nog broodnodig zodat met deze factoren rekening kan gehouden worden in beleidsmaatregelen om agressie op de werkvloer te vermijden.

"You can't do the job if you're afraid all the time : implying that constant fear is incompatible with coping with the workload and attending properly to patients welfare, and with accomplishing profession, in the sense of displaying appropriate control and competence"(30)

5.1.2 Profiel van het slachtoffer en het voorkomen van specifieke vormen van geweld

Op de onderzoeksvraag of agressie meer voorkomt tegen een bepaalde beroepsgroep of sekse konden volgende conclusies getrokken worden. Namelijk dat in deze studie er meer agressie jegens mannen bestaat en dan vooral nog tegen mannelijke verpleegkundigen. Bij artsen kon dit verband niet gelegd worden. In de literatuur worden deze conclusies zowel verworpen (53,57,58) als aanvaard (11,56,68). Er kon geen significant verschil gemaakt worden of verbaal geweld meer voorkwam bij vrouwen dan bij mannen en omgekeerd of fysiek geweld meer voorkwam bij mannen dan bij vrouwen, dit in tegenstelling tot bepaalde onderzoeken in het verleden (7,64). Zo komen we ook tot dezelfde conclusie als voorgaande literatuur en dat is dat er dus een enorme discrepantie hieromtrent bestaat. Een uitleg daarvoor kan erin bestaan dat ook dit gegeven cultureel bepaald wordt. Vroeger dacht men dat er meer gender gebaseerde agressie bestond omdat er toen minder vrouwelijke gezondheidsmedewerkers waren en dat dit nu meer gelijk zou lopen en dat namelijk zowel mannen als vrouwen evenveel met agressie te maken krijgen (10). In deze studie wordt deze gedachtegang teniet gedaan. Als we kijken naar de agressie tegen bepaalde beroepscategorieën kan gesteld worden dat artsen en verpleegkundigen evenveel blootgesteld worden aan agressie, wat in de literatuur soms onderstreept (7,39) wordt maar evenveel wordt tegengesproken (6,10,35,54,58). Er is wel een significant verschil te vinden in het aantal gemelde agressie-incidenten tegen artsen en verpleegkundigen als tegen onthaalmedewerkers, wat ondersteund wordt door voorgaand onderzoek (7,39). Maar het is niet omdat agressie tegen onthaalmedewerkers minder voorkomt dat we deze beroepsgroep minder moeten beschermen; ook zij hebben vragen omtrent agressie en veiligheid op de werkplaats. Als we kijken naar de leeftijd kan gesteld worden dat hoe jonger de verpleegkundigen, hoe significant meer ze in contact komen met agressie, deze bewering geldt nogmaals niet voor de artsen. Dit statement kan alweer zowel op bijval rekenen (35,56,59) van de literatuur als tegengesproken (58) worden. Als verklaring hiervoor kan gedacht worden dat werkervaring leidt tot het beter kunnen omzeilen van precaire situaties, of het kan ook zijn dat ouderen minder gevoelig geworden zijn voor agressie-incidenten en hier niet meer zo van opkijken. Een andere verklaring kan gezocht worden in het feit dat jongeren nog minder kansen hebben gehad om een cursus agressiemanagement bij te wonen. Ook uit dit onderzoek komt naar voren dat verbaal geweld meer voorkomt dan fysiek geweld of dan psychologisch geweld (6,48,54,58). Opvallend is dat geen enkel incident met seksuele agressie is voorgevallen. Artsen komen ook significant meer in contact met verbale agressie dan de verpleegkundigen. Voor fysiek en psychologisch geweld kon deze significantie niet bewezen worden.

5.1.3 Inrichting en manier van werken op de spoedgevallendienst

Uit dit onderzoek kan men gaan vermoeden dat agressie meer voorkomt tijdens de avond- (42%) en nachtshiften (27%), al kan dit niet statistisch vastgesteld worden. Een voorzichtige conclusie zou hieruit kunnen

getrokken worden dat er meer patiënten op de spoedgevallendienst passeren tijdens de avonduren, waardoor er meer agressie voorkomt tijdens deze uren, ook omdat er buiten de kantooruren gewerkt wordt met een minimumbezetting. Dit wordt in de literatuur vaak ook beaamd, dat men geen significant verschil kan meten maar er toch bemerkt wordt dat het in die bepaalde shiften meer zou voorkomen (2,5,41,57). Andere onderzoeken tonen dan weer wel een significant verschil aan (56,61,69). In deze context kan dan vermoedelijk ook een verband gelegd worden met de meest voorkomende aanleiding tot agressie, namelijk de wachttijden (33%). De slachtoffers proberen in de meerderheid van de omstandigheden rustig verbaal (66%) te reageren maar soms moet er toch alarm geslagen worden (14%) of moeten ze zich effectief fysiek verdedigen (10%). Dit kan tot resultaat hebben dat bij één agressie-incident vaak meer dan één persoon betrokken wordt. Vooral de artsen en verpleegkundigen gaan elkaar hierin ondersteunen, daar ze ook het nauwste met elkaar samenwerken. Deze bevindingen blijven vermoedens, daar dit in de literatuur ook nog niet gestaafd kan worden. De spoedgevallendienst is zo ook ingericht dat iedereen ten allen tijde weg kan van het geweld en de behandelboxen kunnen alleen betreden worden met personeelsbadges. Er zijn ook een paar isolatieboxen aanwezig. De indeling van de spoedgevallendienst wordt ook als belangrijk aanzien in de literatuur om de agressie onder controle te krijgen (41,70).

5.1.4 Profiel van de agressor

Zowel de patiënt als zijn familie worden bijna even vaak en soms samen genoemd als de uitlokkers van agressie. Patiënten in een ziekenhuissetting worden vaker begeleid door familieleden dan bijvoorbeeld bij de huisarts, vaak zijn het dan ook de familieleden die scherper uit de hoek durven komen. Dit omdat ze de medewerkers in het ziekenhuismilieu niet kennen en waarschijnlijk ook door een onderliggende ongerustheid omtrent de gezondheidstoestand van de patiënt (71). Het kan dus gesteld worden dat men op de spoedgevallendienst niet alleen oor moet hebben voor de bezorgdheden en noden van de patiënt maar ook voor deze van hun familieleden. Dit zeker op de pediatrische afdeling van de spoedgevallendienst. Daar zijn ouders vaak zo ongerust over het lot van hun kinderen dat dit wel al eens in een incident kan uitmonden. Zo werd met deze studie gevonden, dat van de zes incidenten die gemeld werden op de pediatrische afdeling er niet één uitgelokt werd door de patiënt zelf. Wat ook een logische redenering kan zijn omdat de kinderen vaak te jong zijn of omdat de perceptie van personeelsleden over agressie door kinderen helemaal anders kan liggen, zoals al aangegeven in een andere studie (53). Maar dit blijven allemaal speculaties.

In deze studie kunnen we vermoeden dat meer mannen agressie plegen en dit vooral in de leeftijdsgroep van 19-49 jaar, maar ook hier dient omzichtig met deze antwoorden omgesprongen te worden daar er geen significant bewijs voor bestaat. Ook hier zijn de agressors vaak gekend met middelenmisbruik of een psychiatrische voorgeschiedenis, zoals al vaker aangegeven in de literatuur (39,63). Al is de meerderheid van de gevallen hier opvallend genoeg met niets gekend. En dit kan stof tot nadenken geven. Men kan dus moeilijk een globaal profiel opstellen van ‘de agressor’, omdat dit subjectief is en afhankelijk blijkt van land tot land en zelfs anders kan zijn binnen eenzelfde land (6). Agressie is vaak een gegeven van een repetitief verkeerd gedrag, dat vaak eerst relatief bijkomstig lijkt maar bij opsomming kan leiden tot een ernstige vorm van

geweld. Zo kan het dat verschillende vormen van geweld niet geïsoleerd bestaan maar in elkaar overlopen en zo voor ernstige problemen kunnen zorgen (6). Als we kijken naar de gevolgen voor de agressor is er eigenlijk geen consensus te vinden. Een deel zal door de security naar buiten begeleid worden maar een bijna even groot deel zal van zijn agressie geen gevolgen ondervinden. Wat in de maatschappij van vandaag toch niet meer door de beugel kan.

5.1.5 Problemen voor de arts-patiënt relatie

Vertrouwen is een van de bakermatten van de geneeskundige zorg, zoals onderstaande quote aangeeft. Botsingen tussen gezondheidsmedewerkers en patiënten of familieleden kan leiden tot een wederzijds ontstaan van frustratie, onzekerheid en kwaadheid naar de ander toe. Dit kan dan weer leiden tot een wantrouwen van beide partijen in de arts-patiëntrelatie. Wat dan weer directe (maken van fouten en het geven van ondermaatse zorg) en indirecte (veel wissel in personeel door overspanning en het aanvaarden van onervaren personeel) problemen tot gevolg heeft. Uiteindelijk kan gesteld worden dat het verlies van vertrouwen in de therapeutische relatie kan leiden tot een deuk in onze gezondheidszorg en zo ook een negatieve impact heeft op de kwaliteit van onze zorg.

"A seeker of wisdom asked Confucius about the essential elements of governing a state. Confucius replied : It is to provide food, protect people with weapons, and gain trust from people. The seeker asked further which should be abandoned first if the state is forced to choose between foregoing food, weapons or trust. Confucius advised to abandon weapons first, then food. However, he advised never to abandon trust. Trust is more important than life itself."(36)

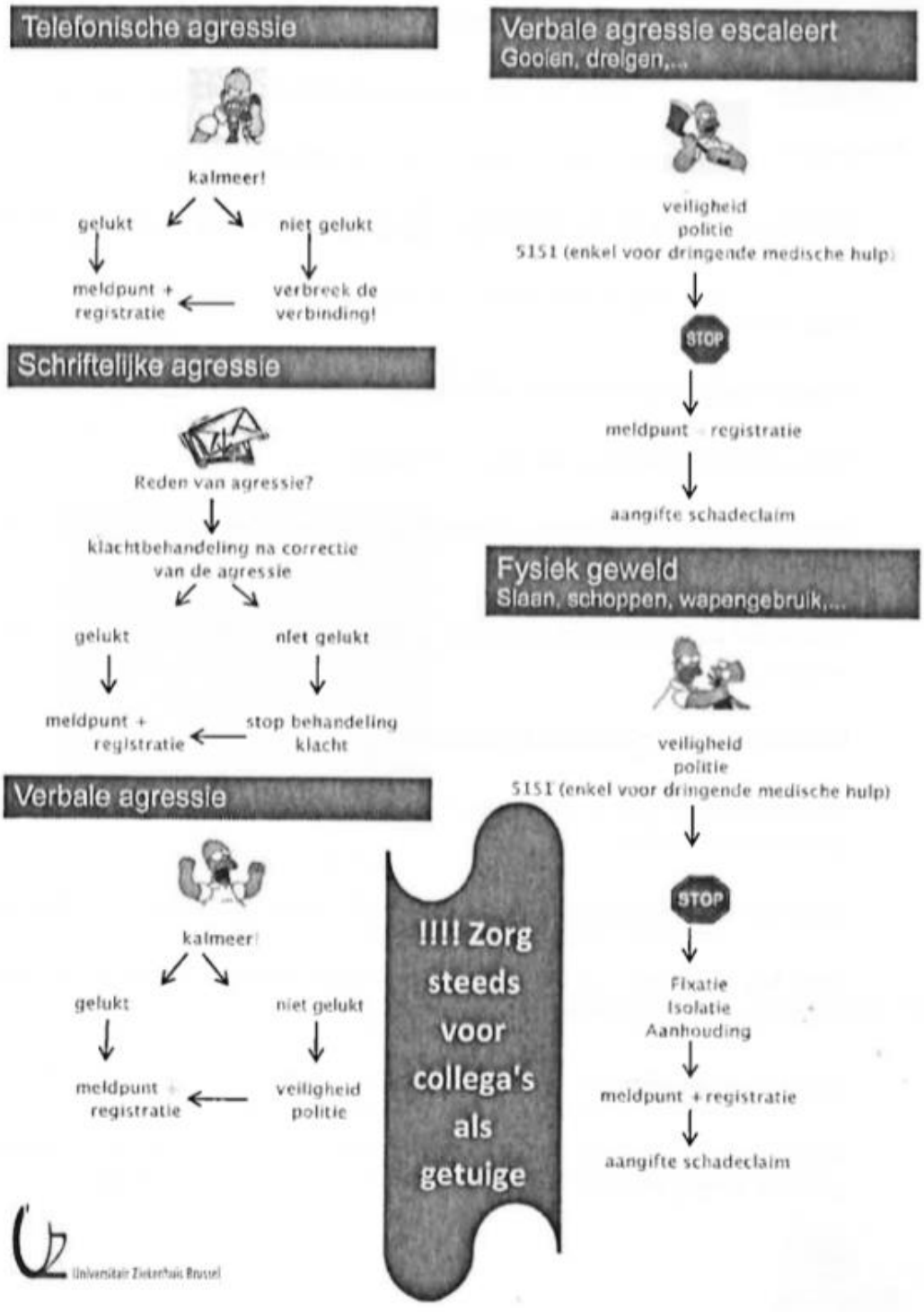
5.1.6 Informatie omtrent het registreren van de agressie-incidenten

Als er naar de meldingen gekeken wordt, kan vastgesteld worden dat 23 van de 41 agressie-incidenten gemeld werden. Wat dus eigenlijk nog niet de helft van alle meldingen bedraagt. Van die 23 meldingen zijn er 15 VIKA-meldingen uitgevoerd. Zowel artsen als verpleegkundigen vulden evenveel de melding in, een significant verschil tussen de beroepsgroepen werd hier niet gevonden. Ook wordt opgemerkt dat er geen significant verschil valt op te merken tussen het melden van verbaal of fysiek geweld, beiden worden dus evenveel aangegeven. De VIKA-melding is in het UZ Brussel het objectieve registratieformulier voor agressie (72). Als we deze bevindingen correleren met de literatuur gaat het wel de goede richting uit, daar er relatief veel meldingen via de correcte manier verlopen. In bepaalde artikels, handelend over spoedgevallendiensten in andere landen, wordt vermeld dat nog zeer weinig personeelsleden op de hoogte zijn van de officiële registratie netwerken en dat er vaak nog veel verwarring bestaat omtrent de term melding (5). Vaak wordt gedacht dat het noteren van de agressie in het dossier of de security erbij halen en het bespreken met de supervisie voldoende is (35). Maar zolang er geen formele melding gedaan wordt in het systeem kan er van hogerhand niet voldoende op ingespeeld worden. De personeelsleden hebben tal van redenen om het voorval niet te melden, zoals als er niemand gewond is het ook de moeite niet is om het incident te melden en daarbovenop wordt verbale agressie vaak aanzien als 'part of the job' (7,38). Het formulier is vaak omvangrijk

en omslachtig om in te vullen en velen komen hier niet toe op de drukke momenten tijdens hun dienst (40). Dit zou hier ook een reden kunnen zijn van de lage responsratio van het onderzoek. Soms wordt zelfs aangegeven dat het toch niet zou uitmaken of ze nu een klacht indienen of niet, anderen zijn dan weer bang om geviseerd te worden door hun werkgever (5,52). En zo komt men in de meeste artikels tot de conclusie dat de officiële meldingen een pak lager liggen dan de zelf gerapporteerde data uit de vragenlijsten (2,5,40).

De VIKA-meldingen in het UZ Brussel worden verzameld in een databank van waaruit een risico-analyse uitgevoerd wordt en zo kan teruggekoppeld worden naar het actuele preventiebeleid (72). Als we kijken naar de mogelijke preventieve maatregelen die aangeboden worden door de personeelsleden in deze studie zijn een deel daarvan al geïncorporeerd in het agressie-beleid van het UZ Brussel. Er is dus al veel inzet getoond vanuit het beleid naar het personeel toe, maar vaak blijven deze misschien nog te theoretisch, oppervlakkig en te weinig praktijkgericht. Al toont een analyse van de VIKA-meldingen , in het jaar 2018, op de spoedgevallendienst dat 57% van de personeelsleden al de agressie-opleiding gevolgd heeft. Wat in de literatuur kan beaamt worden als een belangrijke maatregel om agressie in te perken (59,65,73). Dit omdat hier ook op communicatievaardigheden, omgangsmechanismen en de-escalatie wordt getraind (74). Al blijft het belangrijk om de cursus te herhalen en misschien meer gericht per dienst om met bepaalde tips en tricks te werken. Andere maatregelen die al in voege zijn, zijn bijvoorbeeld het niet aanvaarden van agressie in het ziekenhuis. Dit wordt naar de patiënten toe gecommuniceerd via de wachtschermen en brochures. Een tweede voorbeeld is dat elke agressor een officiële waarschuwing krijgt per brief als er klacht tegen hen werd ingediend. Indien het incident voldoende ernstig is kan zelfs geopteerd worden om met een bepaalde persoon de therapeutische relatie te onderbreken. Dit wil zeggen dat de toegang tot het ziekenhuis geweigerd wordt in het kader van niet-dringende medische hulpverlening, zie hiervoor bijlage nr 4. Zo bestaat er ook een te volgen crisisplan bij agressie op de dienst, zoals aangetoond in onderstaande figuur nr 3. Daarom is het misschien noodzakelijk om de actuele preventie-procedures geregeld te herhalen en te communiceren naar het personeel toe. Het is ook belangrijk om als managementteam nog meer open te staan voor de aanvullingen van het personeel. Zoals bijvoorbeeld de vraag naar het aanvaarden van meer (opgeleid) personeel, zowel security-gewijs als op de dienst zelf. Zo dacht men aan een personeelslid dat kan instaan voor een betere communicatie tussen de patiënt en de artsen en verpleegkundigen. Zij zouden al kunnen starten met het berichten van de wachttijden, het uitleggen waarvoor de spoedgevallendienst dient en het starten van de-escalatie technieken vanaf de triage om zo de frustraties en het aantal agressie-incidenten te minderen. Ook dit werd reeds in verschillende artikels aangeraden (39,53,63). Nu bestaat de mogelijkheid al om na het incident te debriefen met een collega of met de supervisie. Indien nodig kan psychologische hulp aangeboden worden aan het slachtoffer (72). Dit is een belangrijke maatregel die nog niet welgekend is onder het personeel. Het beleidsmanagement zal hier nog veel energie in moeten steken om dit kenbaar te maken en zo een halt toeroepen aan beginnende surmenage of burn-out. In de literatuur blijft dit ook een belangrijk punt van aandacht (11,39).

FIGUUR NR 3 : VEILIGE ZORG IN HET UZ BRUSSEL



De natte droom van elke onderzoeker is om een simpel en op maat gemaakte oplossing te vinden voor zo'n divers probleem als agressie op de werkvloer (63). Maar zolang geweld ingebed zit in onze samenleving zullen we de weerspiegeling ervan merken op de werkvloer. En al zeker omdat geweld en agressie van nature uit vaak spontaan en plots ontstaan dat het zich wapenen hiertegen veel kunde en beheersing vraagt (56).

5.2 Beperkingen van het onderzoek

Zoals al vermeld in de methode is dit onderzoek onderhevig aan een grote selectiebias. Dit doordat de studie uitgevoerd werd binnen een gelimiteerde geografische regio. Erger nog : het onderzoek vond plaats in één enkele stad en zelfs maar op één spoedgevallendienst binnen deze stad. Hierdoor is het mogelijk dat bepaalde antwoorden in deze setting als belangrijk aanzien worden maar dat deze op andere plaatsen zelfs helemaal niet van toepassing zijn. Wat ervoor zorgt dat we de bevindingen van deze studie niet kunnen veralgemenen. Door de kleinschaligheid van het onderzoek werden de demografische vragen omtrent de slachtoffers ook basis gehouden zodat er niet gepeild werd naar bv culturele achtergrond of etnische kenmerken. Als we dit vergelijken met onderzoek uit het verleden is er weinig literatuur terug te vinden over de significantie van de etniciteit van het personeel onderhevig aan agressie, met uitzondering van bv Gillespie et al. (53).

Een gemiste kans was het niet bevragen van de migratie-achtergrond van de agressor, zeker in een multiculturele stad als Brussel. Ook in het verleden werd nog maar heel weinig onderzoek gedaan naar de etnische kenmerken van de agressor, hierbij wordt enkel het onderzoek van Kaeser et al. (74) genoemd. In het algemeen is er in het verleden weinig literatuur te vinden over het profiel van de agressor zelf. Tot voor 2010 handelde geen enkel artikel daarover (2). In deze studie werd getracht dit wel te doen. Al blijkt dit niet zo eenvoudig. Allereerst omdat de vragenlijst ingevuld werd door de slachtoffers en het dus onderhevig is aan een bepaalde subjectiviteit en ten tweede omdat het moeilijk is om significante uitspraken hieromtrent te doen, zoals ook werd ondervonden in het artikel van Philips et al. (63). Dit omdat er op de spoed zo'n diverse populatie aan patiënten passeert en het niet makkelijk is om hierover specifieke statistiek terug te vinden. Al is in deze studie gepoogd een beter beeld te scheppen over de agressie en zijn mogelijke oorzaken op een Brusselse spoedgevallendienst.

Er is ook een redelijk lage respons ratio voor dit onderzoek. Dit kan twee zaken betekenen : ofwel komt er weinig agressie voor op deze spoedgevallendienst, ofwel zijn er onderliggende inhibitoren tot het invullen van de vragenlijst. Jammer genoeg zijn hoge respons ratio's noodzakelijk om een accuraat beeld te krijgen van het gestelde probleem. In dit onderzoek worden enkele associaties aangetoond, maar deze zijn niet altijd voldoende om oorzakelijke verbanden te kunnen aanwijzen.

In deze studie is getracht om de recall bias te verminderen doordat het slachtoffer de vragenlijst direct na het incident diende in te vullen. In de meeste voorgaande studies wordt geopteerd om incidenten te herinneren die de laatste 12 maanden zijn voorgevallen zoals bij Gilava et al. (38). Natuurlijk kan dit ook voor een soort van participatie bias zorgen. Zo wordt ervan uitgegaan dat als er geen incident gemeld wordt er ook geen agressie heeft voorgedaan. Een paar voorbeelden van mogelijkse nonresponder -bias : Dat slachtoffers zich op het

moment van het agressie-incident nog niet volledig emotioneel hiertoe in staat voelen om de vragenlijst rationeel te vervolledigen. Dat ze geen tijd kunnen vrijmaken voor het invullen van de enquête door de inherente drukte van de spoedgevallendienst. Een andere mogelijkheid blijft ook dat de enquête misschien iets te lang duurt om in te vullen. En zo kan dit natuurlijk leiden tot een onderschatting van het aantal agressie-incidenten. Een andere limitatie die tot een onderschatting van agressie kan leiden is de subjectiviteit van het gegeven. Zo zal de drempel van wat men onder agressie verstaat bij iedere persoon anders liggen en zal iedere persoon dus maar bepaalde incidenten melden. Men heeft getracht er hier in deze studie rekening mee te houden door dit gegeven te ondermijnen door definities van de verschillende vormen van geweld weer te geven. Het enige nadeel hiervan is dat men de vragenlijst al moet geopend hebben om in contact te komen met de definities. Zo zal een deel van de agressie-incidenten onder de radar blijven en onopgemerkt worden. Anderen die vaak in contact komen met geweld kunnen dan weer meer geprikkeld zijn om de enquête bij elk klein incident in te vullen. Al lijkt systematische bias bij dit onderzoek eerder onwaarschijnlijk.

Men kan niet garanderen dat meerdere personeelsleden hetzelfde agressie-incident gemeld hebben, al werd deze limitatie wel geminimaliseerd door een vraag toe te voegen aan de vragenlijst, namelijk om aan te geven of meerdere personeelsleden betrokken waren bij het agressie-incident. Dit zou kunnen leiden tot een overschatting van het aantal agressie-incidenten.

Door het onderzoek kleinschalig te houden heeft men enkele begrenzingen moeten opstellen. Zo werd er niet gepeild of de personeelsleden al een cursus agressie-management hadden gevolgd en of deze een impact heeft gehad op hun manier van werken. Ook werd er geen rekening gehouden met artsen van andere diensten die wachten uitvoeren of met de studenten geneeskunde en verpleegkunde die ook vaak op de spoedgevallendiensten stage lopen. Ook wordt er geen opvolging van de beperkte studiepopulatie voorzien, dit doordat de studie ook maar over een korte tijdsperiode werd uitgevoerd. Maar ook dit kan leiden tot het minder betrouwbaar zijn van de conclusies die getrokken worden.

Nog een gemiste kans was het niet dieper ingaan op de emotionele weerslag van agressie op de slachtoffers. In dit onderzoek wordt dit thema enkel rakelings aangekaart, terwijl uit verschillende onderzoeken in de literatuur gebleken is dat agressie een verhoogde kans op posttraumatische stress en burn-out geeft. Waardoor dit gegeven zeker dient meegenomen te worden voor verder onderzoek.

Er kan ook gesteld worden dat hier gebruik gemaakt wordt van een ‘convenience sampling’ , door het kiezen van een steekproef met een gemakkelijke bereikbaarheid, namelijk de spoedgevallendienst waar de onderzoekers beiden werkzaam zijn geweest. Dit kan leiden tot een lage validiteit van de studie en deze kan dus als niet representatief bevonden worden. Al is hier op voorhand goed over nagedacht en is er specifiek gekozen voor een kleinschalig project om verder en grootschaliger onderzoek in de toekomst mogelijk te maken en hiervoor tools op te stellen. Opdat het belangrijk is om voor toekomstig onderzoek gebruik te maken van dezelfde soort vragenlijsten en vooral dezelfde definities van geweld. Zo bleek het in het verleden immens moeilijk te zijn om de incidenties van agressie te berekenen, doordat er geen twee gelijkaardige studies bestonden, zoals al gezegd in de review van Taylor et al. (2).

5.3 Toekomstig onderzoek

De grootste focus van voorgaand literatuuronderzoek ligt op de incidentie en prevalentie van agressie in de gezondheidszorg. Het begon allemaal met de gevalsstudies, die het topje van de ijsberg omvatten en nadien werd overgeschakeld op meer longitudinaal observationeel onderzoek van zelf gerapporteerde data. Daardoor kan deze studie wat achterhaald lijken, maar dit soort van beschrijvend onderzoek is nog niet eerder uitgevoerd op deze manier op Belgische bodem. Ook is het belangrijk om het in de toekomst grootser te zien, contact te hebben met meerdere spoedgevallendiensten, kijken naar de werkcondities en de emotionele belasting van het personeel en meer energie steken in het proberen opstellen van een profiel van de agressor. Er moet vooral ook rekening gehouden worden met de kans dat meerdere oorzaken of antwoorden mogelijk zijn, waardoor zoveel mogelijk halfopen vragen dienen gesteld te worden. Volgende studies moeten veel energie steken in het gebruik van meer interventionele en experimentele methodes om agressie op de werkvloer in te perken. Zoals voor het nagaan of bestaande vormen van beleid tegen agressie hun vruchten ook effectief afwerpen. Men dient gebruik te maken van dezelfde definities en liefst ook van dezelfde tools als voorgaand onderzoek. Laat de limitaties van deze studie een uitgangspunt zijn om toekomstig onderzoek beter en uitgebreider te kunnen voeren. Dit door bijvoorbeeld gebruik te maken van verschillende soorten methodes om data te verzamelen om zo meerdere soorten bias kort te sluiten, zoals reeds aangehaald in Faisal et al. (7).

Gehoopt wordt dat met de uitkomsten van dit onderzoek grootschaliger onderzoek mogelijk is om multidisciplinaire strategieën te bedenken, die zowel rekening houden met culturele, sociale, economische, medische, ethische, legale en politieke barrières. Dit om tot een geïntegreerd en sensitief niet discriminerend biopsychosociaal model te komen om agressie tegen te gaan (2,6). En dit ook op het voorplan te kunnen schuiven in ons Gezondheidszorgbeleid op hoger niveau.

6. CONCLUSIE

Uit deze studie kan geconcludeerd worden dat de incidentie op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel niet zo bijster hoog is, namelijk 6,8 gevallen per maand, maar dat dit ook kan te maken hebben met de lage responsratio's. Agressie richt zich vooral tegen mannelijke gezondheidsmedewerkers en mannelijke verpleegkundigen. Er is geen significant verschil te vinden tussen het meer voorkomen van agressie tegen artsen of verpleegkundigen. Deze significantie werd wel gevonden tussen artsen versus onthaalmedewerkers en verpleegkundigen versus onthaalmedewerkers. Er komt meer verbaal geweld voor dan andere vormen van agressie. Zo komen ook significant meer artsen met verbale agressie in contact dan de andere beroepsgroepen. Deze significantie wordt niet bevestigd met betrekking tot de andere vormen van agressie: die komen in dezelfde mate voor. Het is dus belangrijk in het achterhoofd te houden dat men op de spoedgevallendienst vaak in contact kan komen met agressie. Dit komt door de zorg voor acuut zieke- en gewonde patiënten, die leiden aan een enorm spectrum van verschillende mogelijke fysieke of mentale ziektes en vaak ook sociale problemen hebben (59). Maar als we zelfs de minder gevaarlijke vormen van agressie gaan beginnen te tolereren zitten we in een straatje zonder einde, dus verder onderzoek is hier dan ook geoorloofd.

"Allowance of the inexcusable in the absence of an identified pathological basis is neither humane nor in the patient's best interests. Silence has ill served us all."(32)

Bij dit tweesporen onderzoek zien we dat in de huisartsenpraktijk meer vrouwen in contact komen met de lichte vormen van geweld en op de spoedgevallendienst het eerder de mannelijke personeelsleden zijn die in contact komen met geweld. Maar het feit blijft dat dit allen gezondheidsmedewerkers zijn, allen individuen zijn en dat ieder persoon op zich recht heeft op bescherming tegen agressie op de werkvloer. Als globale conclusie kan dus gesteld worden dat het louter publiceren van gegevens in verband met de incidentie van geweld vaak maar het topje van de ijsberg is en dus een vertekend beeld kan geven. Het wordt dan ook belangrijk rekening te houden met de mogelijke perceptie van geweld. Het zal dus ook in de toekomst belangrijk worden geweld in te delen in ernstige en lichte vormen. Al dient er wel gelet te worden op het indelen van geweld, gezien de emotionele weerslag van alle soorten geweld identiek is; zoals al beschreven in de literatuur. Hierdoor moet er vooral gekeken worden naar het onderzoeken van de emotionele weerslag op het personeel en dient nagegaan te worden welke moeilijkheden er bestaan bij het implementeren van de preventieve maatregelen die al bestaan in de praktijk of op de diensten in het ziekenhuis.

7. BEDANKING

Voor dit onderzoek zou ik graag mijn promotor Prof. Dr. Devroey en mijn copromotor Prof. Dr. Hubloue willen bedanken voor de ondersteuning bij de uitwerking van dit project. Indien er vragen waren kon ik steeds bij hen terecht, via mail, of via afspraak.

Hierbij wil ik ook zeker Myriam Plas niet vergeten, voor het talloze malen doorsturen van mijn email tot het invullen van de vragenlijst. Ook Door Lauwaert wil ik bedanken voor het verkrijgen van gegevens op de spoedgevallendienst.

Mijn Praktijkopleider Dr Vanderkeelen verdient ook een plaats in deze bedanking voor het bijstaan doorheen mijn laatste jaar als HAIO bij het schrijven van de Masterproef. En het nalezen op verstaanbaarheid voor het brede publiek.

Daarnaast was de samenwerking met mijn collega HAIO Lennart De Jagher voor dit onderzoek een absolute meerwaarde. We konden elkaar bijstaan en ondersteunen voor de kleine vragen die we hadden. Zo zijn we samen toch tot een mooi project gekomen.

Ook mijn familie wil ik bedanken voor de steun bij het schrijven van deze Masterproef, en ‘om de puntjes op de i te willen plaatsen’ bij spelfouten.

Als laatste wil ik ook mijn partner bedanken voor de emotionele steun doorheen heel dit proces.

8. REFERENTIES

1. de Jager L, Deneyer M, Devroey D. Agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiëntrelatie: Een cross-sectioneel onderzoek in België. 2017;

2. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: Workplace violence in the emergency department. J Clin Nurs. 2011;20(7–8):1072–85.

3. World Health Organisation [Internet]. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://www.who.int/search?page=1&pagesize=10&query=violence&sort=relevance&sortdir=desc&default=AND&f.Countries.size=100&f.Lang.filter=en&f.RegionalSites.size=100&f.Topics.filter=Violence&f.Topics.size=100&f.contenttype.size=100&f.doctype.size=101&facet.

4. Hosseinikia SH, Zarei S, Najafi Kalyani M, Tahamtan S. A Cross-Sectional Multicenter Study of Workplace Violence against Prehospital Emergency Medical Technicians. Emerg Med Int. 2018;2018:1–5.

5. Copeland D, Henry M. Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. J Trauma Nurs. 2017;24(2):65–77.

6. Martino V. Workplace violence in the health sector Country case studies Thailand and an additional Australian study by. 2002;49.

7. AlAnsari A, Abu Zeid M, Musbah Abbas E, Rafeea F, Elmusharaf khalifa. Violence toward health workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services’ emergency department. Open Access Emerg Med. 2017;Volume 9:113–21.

8. Hinsenkamp M. SICOT Declaration of Hyderabad on violence against healthcare workers. Int Orthop. 2014;38(4):685–7.

9. Khorasani-Zavareh D, Pourshaikhian M, Aryankhesal A, Barati A, Abolghasem Gorji H. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. Arch Trauma Res. 2016;Inpress(Inpress).

10. Fisekovic MB, Trajkovic GZ, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. Eur J Public Health. 2015;25(4):693–8.

11. Gao L, Shi L, Yan C, Fan L, Zhao C, Sun T, et al. Workplace violence against medical staff of Chinese children's hospitals: A cross-sectional study. PLoS One. 2017;12(6):e0179373.

12. (OSHA). Workplace Violence. Occupational Safety&Health Administration [Internet]. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/

13. ILO, ICN, WHO, PSI. International Labour Office ILO International Council of Nurses ICN World Health Organization WHO Public Services International PSI J o i n t P r o g r a m m e o n W o r k p l a c e V i o l e n c e i n t h e H e a l t h S e c t o r. World Health. 2002. 35 p.

14. ETUC, BusinessEuropea, UEAPME C. Implementation of the Framework agreement on Harassment and Violence at work. 2010. 1-51 p.

15. Wolf LA, Perhats C, Clark PR, Moon MD, Zavotsky KE. Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. Int Emerg Nurs [Internet]. 2018;39(August):33–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.002

16. Selleslagh P, Avonts D. Portrait de la violence. Le J du Médecin. 1996;17(929):5,9-25.

17. P B, F C, P R, R P. Arts en Agressie. Artsenkrant. 1999;20(1163):2–4.

18. Drie ziekenhuisartsen op vier geconfronteerd met agressie [Internet]. [cited 2019 Mar 3]. Available

from: https://www.knack.be/nieuws/belgie/drie-ziekenhuisartsen-op-vier-geconfronteerd-met-agressie/article-normal-9324.html?cookie_check=1551628990

19. Nys T, Kartounian J. Agressie tegen huisartsen in Brussel: Nood aan maatregelen en opleiding? 2010; Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/%7B278c7c46-b10e-9cb6-0c43-6de769980a8b%7D_Nys-Tom.pdf

20. Huisartsenvereniging Gent. Verslag Veiligheidsenquête. 2016.

21. Enquête - Werkomstandigheden. Artsenkrant. 2017;

22. de Jager L, Deneyer M, Buyl R, Roelandt S, Pacqueu R, Devroey D. Agressie en geweld tegen huisartsen. Huisarts Nu. 2018;47:62–7.

23. Patrik Roelandt Anti-Agressie Groep [Internet]. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://sites.google.com/site/praaggroep/home

24. Artsen O der. Meldpunt Agressie [Internet]. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://www.ordomedic.be/nl/aanmeldingsformulier-agressie/

25. Arts in Nood [Internet]. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://www.artsinnood.be/

26. Fysieke Agressie tegen artsen status quo [Internet]. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/fysieke-agressie-tegen-artsen-status-quo.html

27. Frankrijk: bijna 1.000 agressiegevallen geregistreerd tegen artsen [Internet]. 2016. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/frankrijk-bijna-1-000-agressiegevallen-geregistreerd-tegen-artsen.html

28. 75 agressiegevallen op Duitse artsen per dag [Internet]. 2018. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/75-agressiegevallen-op-duitse-artsen-per-dag.html

29. Bird S. Harassment of GPs. Aust Fam Physician. 2009;38(7):533–4.

30. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: A gendered risk? Sociol Heal Illn. 2016;38(3):426–41.

31. Linde K, Feistle M, Vorderwülbecke F, Mehring M, Schneider A. Aggression and Violence Against Primary Care Physicians. Dtsch Aerzteblatt Online. 2018;

32. Rothstein JM. Inappropriate patient sexual behaviors. Phys Ther. 1993;73(11):738–9.

33. Hobbs FD, Keane UM. Aggression against doctors: a review. J R Soc Med [Internet]. 1996;89(2):69–72. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8683503%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1295659

34. Al-Turki N, Afify AAM, Alateeq M. Violence against health workers in family medicine centers. J Multidiscip Healthc. 2016;9:257–66.

35. Rosenthal LJ, Byerly A, Taylor AD, Martinovich Z. Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers. Psychosomatics [Internet]. 2018;59(6):584–90. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psym.2018.04.007

36. Gong N, Kleinman A, McLaughlin MM, Tucker JD, Wong B, Huang M, et al. Patient–physician mistrust and violence against physicians in Guangdong Province, China: a qualitative study. BMJ Open. 2015;5(10):e008221.

37. Investigation O. Prevalence and Correlates of Harassment Among US Women Physicians. 2017;158:352–8.

38. Emam GH, Alimohammadi H, Sadrabad AZ, Hatamabadi H. Workplace Violence against Residents in Emergency Department and Reasons for not Reporting Them; a Cross Sectional Study. Emergency [Internet]. 2018;6(1):7. Available from: http://journals.sbmu.ac.ir/emergency/article/view/19430

39. Gates DM, Ross CS, McQueen L. Violence against emergency department workers. J Emerg Med. 2006;31(3):331–7.

40. Gillespie GL, Leming-Lee TS. Chart It to Stop It: Failure Modes and Effect Analysis for the Reporting of Workplace Aggression. Nurs Clin North Am. 2019;54(1):21–32.

41. Mitra B, Nikathil S, Gocentas R, Symons E, O'Reilly G, Olaussen A. Security interventions for workplace violence in the emergency department. EMA - Emerg Med Australas. 2018;30(6):802–7.

42. Elston MA, Gabe J, Denney D, Lee R, O'Beirne M. Violence against doctors: A medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. Sociol Heal Illn. 2002;24(5):575–98.

43. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. V I O L E N CE I N H E A L T H C A R E — R E SE A R CH Experiences of occupational violence in Australian urban general V I O L E N CE I N H E A L T H C A R E — R E SE A R CH. 2005;183(7):2–6.

44. Gale C, Arroll B, Coverdale J. Aggressive acts by patients against general practitioners in New Zealand: One-year prevalence. N Z Med J. 2006;119(1237):23–9.

45. 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.

46. Phillips SP, Schneider MS. Sexual Harassment of Female Doctors by Patients. N Engl J Med. 1993;329(26):1936–9.

47. Phillips S. Sexual harassment of female physicians by patients: What is to be done? Can Fam Physician. 1996;42(JAN.):73–8.

48. Forrest LE, Herath PM, McRae IS, Parker RM. A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia. Med J Aust. 2011;194(11):605–8.

49. Joa TS, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. Scand J Prim Health Care. 2012;30(1):55–60.

50. Miedema B, Phd R, Hamilton R, Anita M, Mls L-L, Tatemichi SR, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians. Can Fam Physician [Internet]. 2010;56:101–8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837705/pdf/056e101.pdf

51. 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.

52. Maliheh, Hemati-Esmaeili, Fatemeh, Heshmati-Nabavi, Pouresmail Z, Mazlom S, et al. Educational and Managerial Policy Making to Reduce Workplace Violence Against Nurses: An Action Research Study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2018;23(4):478–85.

53. Gillespie GL, Pekar B, Byczkowski TL, Fisher BS. Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. Arch Environ Occup Heal. 2017;72(2):79–86.

54. Estryn-Behar M, Van Der Eijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing - Results from the European "NEXT" study. Occup Med (Chic Ill). 2008;58(2):107–14.

55. Egerton-Warburton D, Gosbell A, Wadsworth A, Moore K, Richardson DB, Fatovich DM. Perceptions of australasian emergency department staff of the impact of alcohol-related presentations. Med J Aust. 2016;204(4):155.e1-155.e6.

56. Kang Z, Qiao H, Ma H, Gao L, Hong S, Sun Y, et al. Coping with Workplace Violence in Healthcare

Settings: Social Support and Strategies. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(11):14429–44.

57. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace violence in emergency medicine: Current knowledge and future directions. J Emerg Med [Internet]. 2012;43(3):523–31. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.02.056

58. Alexander C, Ph D, Area E, Training R. Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting : Implications for Managers. 2002;377–91.

59. Shah K, Shah A, Lech C, Fant A, Slovis B, Schnapp B, et al. Workplace Violence and Harassment Against Emergency Medicine Residents. West J Emerg Med. 2016;17(5):567–73.

60. Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W, Wang X. Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. Am J Ind Med. 2012;55(11):1000–8.

61. Şenuzun Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. Int Nurs Rev. 2005;52(2):154–60.

62. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, Gordon A, Magid DJ, Kaushal R, et al. NIH Public Access. 2012;15(12):1268–74.

63. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. N Engl J Med. 2016;374(17):1661–9.

64. Pernot IC, Hop HJMVBWCJ. Agressie tegen kinderartsen en assistent-geneeskundigen in de kindergeneeskunde in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd [Internet]. 2005;149(10):542–4. Available from: https://www.ntvg.nl/system/files/publications/2005105420001a.pdf

65. Lynch J, Appelboam R, McQuillan PJ. Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff. Anaesthesia. 2003;58(9):893–9.

66. Isaksson U, Åström S, Graneheim UH. Being flexible and tuning in: Professional caregivers' reflections on management of violent behaviour in nursing homes. Int J Older People Nurs. 2013;8(4):290–8.

67. Turkcuer I. Assessment of the Relationship between Violence and Burnout among Physicians Working in Emergency Departments, Turkey. Turkish J Trauma Emerg Surg. 2015;21(3):175–81.

68. Taylor JA, Barnes B, Davis AL, Wright J, Widman S, Levasseur M. Expecting the unexpected: A mixed methods study of violence to EMS responders in an urban fire department. Am J Ind Med. 2016;59(2):150–63.

69. Wu JC, Tung TH, Chen PY, Chen YL, Lin YW, Chen FL. Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. J Occup Health. 2015;57(6):540–7.

70. J Wright NM, J Dixon CA, E Tompkins CN. Managing violence in primary care: an evidence-based approach. Br J Gen Pract. 2003;(July):557–62.

71. Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: An observational study. BMC Health Serv Res. 2005;5:1–6.

72. Van de Gucht E, Vanschoenwinkel R. Omgaan met en aanpak van agressie. Wolters Kluwer Business; 2013. 164 p.

73. 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 [Internet]. 2011;40(5):565–79. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.11.007

74. Guerra R, Kobel C, Exadaktylos A, Moses M, Lanz U, Ricklin M, et al. Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(7):1423.

9. BIJLAGEN

9.1 Enquête

Vragenlijst studie :

Demografie :

1. Geslacht :
    a. Vrouw
    b. Man
2. Leeftijd :
    a. < 40j
    b. > 40j
3. Functie binnen de spoedgevallendienst :
    a. ASO
    b. Stafleden
    c. Verpleegkundigen
    d. Onthaalpersoneel

Event :

4. Op welk moment van de dag vond de agressie plaats ?
    a. Ochtend (8-12u)
    b. Middag (12-17u)
    c. Avond (17-23u)
    d. Nacht (23-8u)
5. In welke setting vond deze agressie plaats ?
    a. Onthaal
    b. Triage
    c. Urgent Care
    d. Critical Care
    e. Trauma Care
    f. Paediatric Care
    g. Telefonisch contact
    h. MUG-interventie
    i. PIT-interventie
    j. Andere:
6. Waren er meerdere personeelsleden betrokken bij het agressie-incident ? Zo ja, duid hun functie aan :
    a. Student
    b. ASO
    c. Verpleegkundige
    d. Staflid
    e. Andere :
7. Met welke vorm van agressie bent u tijdens dit event in contact gekomen
    a. Fysiek (duwen, grijpen, schoppen, aanval met voorwerp, beschadigen eigendom)
    b. Verbaal (dreigen, schelden, beledigen)
    c. Psychisch (vernederen, verwijten, schuldgevoel bezorgen, dreigen met zelfmoord, manipulatie, chantage)

d. Seksueel (opmerkingen, handelingen, stalken)
e. Andere

8. Wat was de aanleiding van agressie :
    a. Wachttijden
    b. Miscommunicatie
    c. Geweigerde/te korte arbeidsongeschiktheid
    d. Geweigerde voorschriften
    e. Attitude
    f. Medische manier van aanpakken
    g. Uiting ziekte (psychiatrisch of organisch)
    h. Onbekend
    i. Andere
9. Wat was uw onmiddellijke reactie op de agressie ?
    a. Rustige verbale respons
    b. Scheldpartij
    c. Fysiek verdedigen
    d. Toegeving aan patiënt
    e. Alarm slaan
    f. Andere :
10. Wat was het gevolg voor de agressor ?
    a. Heeft excuses aangeboden
    b. Heeft waarschuwing gekregen
    c. Begeleid naar buiten door security
    d. Geen
    e. Andere
11. Hebt u melding gedaan van de agressie :
    a. Ja
    b. Neen
    c. Ik wist niet dat dit kon
12. Zo ja, aan wie :
    a. Supervisie
    b. VIKA
    c. Security
    d. Politie
    e. Orde van Geneesheren
    f. Andere :

Agressor :

13. Door wie werd de agressie veroorzaakt (meerdere antwoorden zijn mogelijk) ?
    a. Patiënt zelf
    b. Familie van de patiënt
    c. Derde persoon
    d. Andere
14. Geslacht van de agressor :
    a. Man
    b. Vrouw
    c. Onbekend
15. Leeftijdscategorie agressor :
    a. 0-18 jaar
    b. 19-29 jaar

c. 30-39 jaar
d. 40-49 jaar
e. 50-59jaar
f. 60-69 jaar
g. > = 70jaar

16. Agressor gekend met (meerdere antwoorden zijn mogelijk):
    a. Middelenmisbruik
    b. Geweld tegen hulpverleners
    c. Psychiatrisch verleden
    d. Chronische pijn
    e. Onbekend
    f. Andere :

Zelfreflectie :

17. Wat had dit event tot gevolg voor uzelf (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
    a. Verwondingen
    b. Verandering van attitude
    c. Invloed op manier van werken
    d. Angst/onveiligheid
    e. Materiaalschade
    f. Psychische/emotionele problemen
    g. Geen
    h. Andere :
18. Moeten er meer preventieve maatregelen genomen worden ?
    a. Ja
        i. Zo ja, specifieer :
    b. Neen
    c. Geen idee

9.2 Informed consent voor de respondent

Informed consent met betrekking tot deelname aan een kwantitatieve niet interventionele studie

Dit in het kader van het behalen van een Master in de Huisartsgeneeskunde.

Beste collegae,

Graag nodigen wij u uit deel te nemen aan volgende studie omtrent de registratie van agressie en geweld op de spoedgevallendienst.

Een woordje uitleg omtrent het doel van dit onderzoek : Agressie is een veel voorkomend gegeven in de medische sector. Voortgaande op voorafgaand interessant onderzoek aan de VUB ,in het kader van een Masterproef, werd gezien dat spoedartsen als risicogroep naar boven kwamen. Daarmee willen wij met dit onderzoek nagaan wat de incidentie van agressie op de spoedgevallendienst is en welke beroepsgroepen binnen de spoedgevallendienst hier het meest mee geconfronteerd worden. Ook wordt er nagegaan welke vormen van agressie het meest voorkomen.

De vragenlijst bestaat uit 18 vragen en is volledig anoniem. Uw deelname is volledig vrijwillig, je kan zich op elk moment bij het invullen van de enquête terugtrekken. Uw gegevens zullen strikt vertrouwelijk verwerkt worden in een gegevensbank, met nogmaals de nadruk dat dit alles anoniem zal verlopen.

De vragenlijst dient ingevuld te worden nadat het agressie-incident is voorgevallen na uitdrukkelijk uw informed consent te hebben gegeven via Lime-survey.

De studie heeft de goedkeuring gekregen van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel.

Dit onderzoek staat onder toezicht van een arts/professor van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel en van Prof. Dr. I. Hubloue, diensthoofd Spoedgevallendienst van het UZ Brussel.

Indien u vragen of inlichtingen wenst kunt u zich altijd richten tot de onderzoekers, Lennart de Jager (HAIO), Madieke Maseman (HAIO) of Prof. D. Devroey (promotor)

Wij hopen op uw deelname aan dit onderzoek.
Alvast vriendelijk bedankt,

Madieke Maseman (HAIO)

(madieke.maseman@uzbrussel.be)

Lennart de Jager (HAIO)

(lennart.de.jager@uzbrussel.be)

9.3 Goedkeuring Commissie Medische Ethiek UZBrussel

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

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

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

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

Brussel, 30-05-2018

Ons Kenmerk: **2018/094**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Registratie van agressie en geweld op de spoedgevallendienst, een kwantitatieve studie
B.U.N. 143201835674

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen en de aangepaste documenten (protocol, vragenlijsten en informatie- en toestemmingsformulier in het Nederlands, dd 23-05-2018, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 30 mei 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

9.4 Verbreken van de therapeutische relatie met het UZ Brussel

Aanvraag tot verbreking van de therapeutische relatie met het UZ Brussel wegens veiligheidsredenen

In te vullen door het medisch diensthoofd of dienstverantwoordelijke

Ondergetekende . . . . . .,
diensthoofd van de dienst . . . . . wenst dat vanaf heden
de patiënt . . . . . met
dossiernummer . . . . . geen niet-dringende medische hulpverlening meer kan verkrijgen in het UZ Brussel ten gevolge van een incident opgetekend in het proces-verbaal van . . . / . . . / . . . . . (ref. PV . . . . .)

Korte beschrijving van het incident (verplicht in te vullen):

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Aanvraagdatum: . . . / . . . / . . . . .

Medisch diensthoofd | Aanvragende arts (indien van toepassing)

. . . . . | . . . . . .

Handtekening en stempel

Advies werd gevraagd aan volgende behandelende artsen:

(stempel). . . . . (handtekening). . . . . .

Advies: . . . . . .

(stempel). . . . . (handtekening). . . . . .

Advies: . . . . . .

(stempel). . . . . (handtekening). . . . . .

Advies: . . . . . .

(stempel). . . . . (handtekening). . . . . .

Advies: . . . . . .

(stempel). . . . . (handtekening). . . . . .

Advies: . . . . . .

(stempel). . . . . (handtekening). . . . . .

Advies: . . . . . .

In te vullen door de vertegenwoordiger van de Gemengde Commissie

Deze aanvraag werd bekrachtigd door de Gemengde Commissie van het UZ Brussel op datum . . . . / . . . . /20 . . . .

De vertegenwoordiger van de Gemengde Commissie namens de Gemengde Commissie

Dr. . . . . .

. . . . . .

Handtekening en stempel

- *De aanvraag kan enkel gebeuren door een arts in samenspraak met zijn/haar medisch diensthoofd.*
- *Deze aanvraag, mede-ondertekend door het medisch diensthoofd, dient doorgestuurd te worden naar de dienst patiëntenadministratie t.a.v. het diensthoofd die instaat voor het secretariaat van de Gemengde Commissie.*
- *De Gemengde Commissie wordt voorgezeten door de Gedelegeerd Bestuurder van het UZ Brussel en bestaat uit vertegenwoordigers van de medische directie en de medische raad.*
- *De patiënt evenals de Provinciale Raad van de Orde der Geneesheren zal door de patiëntenadministratie op de hoogte gebracht worden van de bekrachtigde beslissing.*
- *Dit formulier wordt opgenomen in het Elektronisch Dossier van de betrokken patiënt.*