SAMENWERKINGSAKKOORDEN ROND VEILIGHEID TUSSEN HUISARTSEN EN POLITIE: IN KAART BRENGEN VAN SAMENWERKINGSPROTOCOLLEN EN GEBRUIK VAN DEZE PROTOCOLLEN

Sofie Claeys, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotoren: Dr. Pauline Boeckxstaens, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2022

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

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

Voorwoord

Als jonge, vrouwelijke startende huisartsen behoren wij tot het grote deel van de huisartsen dat zich soms zorgen maakt over haar veiligheid. Dit is een bezorgdheid die we bij collega's ervaren, maar ook een bezorgdheid die vanuit onze omgeving geuit wordt. In welke mate deze bezorgdheid terecht is, wordt in de opleiding weinig tot niet besproken. Hoe we horen om te gaan met agressieve patiënten of situaties waarin onze veiligheid in het gedrang komt, evenmin. Ook Domus Medica is begaan met de veiligheid van de Vlaamse huisartsen en schreef daarom dit onderwerp uit als mogelijk masterproef-onderzoek.

Hopelijk kunnen onze samenvatting van de literatuur rond agressie tegen zorgverleners en de resultaten van onze enquêtes in de toekomst gebruikt worden om deze veiligheid te verhogen. De verzamelde protocollen en het opgestelde standaardprotocol kunnen hopelijk de drempel verlagen voor huisartsenkringen en politiezones om vlot samen te werken en zo het veiligheidsgevoel van de wachtdoende arts te verhogen.

Uiteraard waren een aantal mensen onmisbaar bij het schrijven van deze masterproef, dus hen willen we graag bedanken.

In eerste plaats willen we graag Gert Merckx bedanken. Bedankt voor de oriënterende mails in het begin van onze evolutie, bedankt voor de snelle antwoorden op onze vragen of telefoons en bedankt voor uw betrokkenheid en participatie. Hopelijk kan u het resultaat van onze masterproef gebruiken om de samenwerking tussen politie en huisarts in Vlaanderen nog verder te verbeteren.

Daarnaast een welgemeende dankjewel voor onze co-promotor Dr. Pauline Boeckxstaens. Bedankt voor het verduidelijken van wetenschappelijke literatuur-termen die soms vaag en ongrijpbaar waren. Bedankt voor het nalezen van deze uitgebreide tekst en voor het geven van uw feedback. Eveneens bedanken we onze promotor Prof. Dr. Peter Pype voor de ondersteuning en de feedback waardoor deze masterproef tot stand kon komen.

Daarnaast willen we ook elkaar bedanken. Dankjewel, Jolien, om mijn teamgenoot te zijn en te helpen de chaos in mijn hoofd te ordenen en gestructureerd op papier te krijgen. Dankjewel om de technische kantjes van bronvermelding en search strings op jou te nemen. Dankjewel om onze lay-out tot in de puntjes af te werken. Dankjewel om samen dit werk tot een mooi resultaat om te vormen.

Dankjewel Sofie, om steeds naast mij te staan in het hele proces van (huis)arts worden. Bedankt om ook deze uitdaging met mij aan te gaan en tot een goed einde te brengen. Jouw energiek enthousiasme en goede schrijfwerk hebben ervoor gezorgd dat deze masterproef een mooie bekroning is van ons reeds afgelegde traject. Wij hebben geen schriftelijk protocol nodig om te weten dat we steeds steun in elkaar zullen vinden.

En tot slot een grote bedanking voor onze partners, onze familie en onze vrienden. Zij hebben vaak eindeloos lang de details aangehoord waarop we bleven steken en ons hierin bijgestaan en gesteund met wijze raad en troost.

Wij wensen u veel leesplezier.

Sofie Claeys en Jolien Steenhouwer

Abstract

Inleiding

Geweld tegen zorgverleners is een frequent besproken thema. Zeker huisartsen bevinden zich op dit vlak in een kwetsbare positie. Er worden veel suggesties gedaan voor de aanpak van agressie tegenover huisartsen. Eén van de strategieën hierbij is het verhogen van de veiligheid door samenwerking met de politie. Het doel van dit onderzoek is enerzijds om in kaart te brengen waar er samenwerkingsprotocollen in kader van veiligheid tussen de huisartsen en de politie werden opgesteld en deze inhoudelijk te vergelijken. Anderzijds wordt nagegaan wat de opinies zijn over de bestaande protocollen en wat de hindernissen zijn tot het opstellen van een protocol.

Methodologie

Aan de hand van een literatuurstudie wordt zowel nationaal als internationaal in kaart gebracht wat de frequentie is van geweld tegen artsen, alsook het type geweld en de mogelijke aanpak. Ook worden afspraken rond samenwerking met de politie in literatuur gezocht en weergegeven, alsook het wettelijk kader rond deze samenwerking.

Door middel van het aanschrijven van de Vlaamse huisartsenkringen en politiezones via Domus Medica en de directeur-coördinatoren van de provincies, werd nagegaan waar er reeds een schriftelijk protocol bestaat. Bij de zones die reeds beschikken over een protocol werd met behulp van enquêtes geïnformeerd naar de opinie hieromtrent en werden de bestaande protocollen verzameld en vergeleken. Bij de kringen en zones zonder protocol wordt middels een andere enquête nagegaan of er op heden samengewerkt wordt en wat de eventuele moeilijkheden zijn bij het opstellen van een protocol.

Resultaten

Er werd reeds veel literatuur geschreven over agressie tegenover zorgverleners, doch er bestaat weinig literatuur over de samenwerking tussen huisartsen en politie en zo goed als geen documentatie over het opstellen of gebruiken van schriftelijke samenwerkingsprotocollen.

Door de bevraging werden negen protocollen bekomen. Hierbij werden bepaalde punten besproken waarbij de politie beroep kan doen op de huisartsen en omgekeerde situaties wanneer de huisarts de politie mag oproepen. Vooral over bloednames, het opstellen van een medisch attest voor goedkeuring voor opsluiting in de cel en het vaststellen van een overlijden wordt weergegeven onder welke voorwaarde de politie de huisarts kan oproepen en hoe de betaling geregeld wordt. Er wordt beschreven hoe de huisarts beroep kan doen op de politie in kader van (preventieve) ondersteuning tijdens verdachte huisbezoeken.

Tweeëntwintig huisartsenkringen en achtentwintig politiezones vulden de enquêtes in. Zowel politiezones als huisartsenkringen geven aan tevreden te zijn met het bestaande protocol, doch dit slechts beperkt te gebruiken. Probleempunten zijn vooral de betaling van de huisarts en de onduidelijkheid over contactpersonen. Politiezones en huisartsenkringen zonder protocol benadrukken de vraag naar een standaardprotocol dat als leidraad gebruikt kan worden.

Discussie

De eerste aanbeveling van dit onderzoek bestaat uit het betrekken van de politiezones en huisartsenkringen die niet deelgenomen hebben. Bijkomend kan het interessant zijn om met verder onderzoek in kaart te brengen wat de individuele huisartsen en politieagenten zelf vinden van de samenwerking en de bestaande protocollen.

Hiermee kunnen de bestaande protocollen bijgestuurd worden. Ten slotte lijkt het boeiend om een vergelijking te maken tussen de samenwerking voor en na het bestaan van een schriftelijk protocol.

Een standaardprotocol werd opgesteld op basis van de reeds bestaande protocollen, inclusief de GDPR-wetgeving. Hierop kunnen de huisartsenkringen en de politiezones zich baseren en dit verder aanpassen aan hun reeds bestaande samenwerking. Door het verspreiden van dit standaardprotocol kan mogelijks de drempel voor het opstellen van een schriftelijk samenwerkingsprotocol tussen huisartsenkring en politiezone verlaagd worden.

Inhoudstafel

1 Inleiding 7

2 Methodologie 9

3 Literatuur 11

3.1 Nationale cijfers over geweld tegen artsen 11

3.2 Internationale cijfers over geweld tegen artsen 13

3.3 Mogelijke aanpak van geweld 16

3.3.1 Aanpak van overkoepelende instanties 16

3.3.2 Aanpak van zorgverleners 17

3.3.3 Samenwerking met de politie 19

3.4 Wettelijk kader 20

3.4.1 Beroepsgeheim 20

3.4.2 GDPR-Wetgeving 22

4 Resultaten 25

4.1 Verzamelde protocollen 26

4.2 Resultaten van de enquêtes 30

4.2.1 Zones zonder protocol 30

4.2.2 Zones met protocol 32

5 Discussie 34

6 Conclusie 37

7 Bronnen 38

8 Bijlage 38

1 Inleiding

Zorgverleners komen vaak in contact met mensen die zich in minder comfortabele situaties bevinden. Patiënten zijn ongerust, hebben pijn of krijgen slecht nieuws te horen. Dit zorgt er mogelijks voor dat de patiënt zich in een opgejaagde of onrustige gemoedstoestand kan bevinden. Een patiënt kan met een bepaalde verwachting een zorgverlener contacteren of een bepaald verloop voor ogen hebben, hoewel dit uit het standpunt van de zorgverlener zelf niet altijd de geijkte gang van zaken vormt. Het niet invullen van deze verwachtingen kan een onrustige gemoedstoestand van een patiënt doen toenemen. Verder gebeurt het ook dat een patiënt onder invloed of met een psychische ziekte zeer uitgesproken emoties ervaart in situaties waarbij zorgverleners betrokken zijn. Bovenstaande zijn een aantal voorbeelden van situaties waarbij een zorgverlener in contact komt met mensen die mogelijks deze onrust of ontevredenheid kunnen uiten door het gebruik van agressie. Dit heeft een belangrijke invloed op de relatie en vertrouwensband tussen zorgverlener en patiënt, alsook op het mentaal en algemeen welzijn van zorgverleners.(1)

In de literatuur werden veel artikels teruggevonden die geweld tegenover alle soorten zorgverleners beschrijven, gaande van artsen op verschillende diensten in ziekenhuizen, huisartsen, verpleegkundigen, onthaalmedewerkers, enzovoort. Echter werd de keuze gemaakt om in deze masterproef vooral dieper in te gaan op de extra kwetsbare positie van de huisarts. De huisarts begeeft zich frequent bij de mensen thuis tijdens huisbezoeken, wat ervoor zorgt dat de arts minder controle heeft over de omgeving. Hier komt dan nog eens bij dat deze huisbezoeken mogelijks plaatsvinden tijdens een wachtdienst. Hierdoor bevindt de huisarts zich ‘s nachts, in het weekend of op feestdagen op onbekende locaties. Dit voegt voor veel huisartsen toe aan een mogelijks onveilig gevoel.

Er werd al veel geschreven over hoe de veiligheid van een zorgverlener, of meer specifiek een huisarts, verhoogd kan worden. Ten eerste speelt de huisarts zelf een belangrijke rol in de aanpak van geweld. Dit kan uiteraard proactief (inrichting van de praktijk, bewakingscamera’s, opleiding van medewerkers…), maar kan ook reactief van belang zijn (communicatieve vaardigheden, vluchtroute voorzien…). Hierover bestaat reeds veel literatuur, dus wordt gekozen hier niet verder op in te gaan.

De politie vormt een tweede belangrijke actor. Preventieve bijstand van de politie kan een grote impact hebben op het verhogen van de veiligheid. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan bijstand bij een huisbezoek dat door de huisarts als gevaarlijk of risicovol wordt ingeschat. Daarnaast wordt de politie logischerwijs betrokken wanneer een situatie escaleert en de huisarts zich in onmiddellijk gevaar bevindt.

Verder dient bemerkt te worden dat er ook situaties voorkomen waarbij de nood zich stelt om vanuit de politie beroep te doen op een huisarts. Voorbeelden hierbij zijn het uitvoeren van een bloedname of het vaststellen van een overlijden. Aangezien zowel de huisartsen als de politie ageren binnen de eerste lijn, kan in beide richtingen beroep gedaan worden op de andere partij. Duidelijke, raadpleegbare afspraken omtrent wanneer en hoe de partijen beroep kunnen doen op elkaar kan zorgen voor een vlottere samenwerking.

Om bovenstaande redenen werd gekozen om de focus van deze masterproef te richten op de samenwerkingsprotocollen tussen politie en huisarts. Hierbij wordt enerzijds in kaart gebracht wat er reeds bestaat van samenwerking door de bestaande protocollen te verzamelen en de inhoud te analyseren. Anderzijds wordt een poging gedaan om de mening van zowel huisartsenkring als

politiezone omtrent de onderlinge samenwerking weer te geven. Om af te sluiten wordt een blauwdruk opgesteld van hoe een samenwerkingsprotocol er dient uit te zien en welke onderdelen dit hoort te bevatten.

De opzet van deze masterproef is tweeledig en bestaat enerzijds uit een literatuurstudie en anderzijds uit het uitsturen en verwerken van enquêtes.

Literatuur

Rond het thema geweld tegen zorgverleners is reeds veel geschreven. Door middel van een literatuurstudie willen we de nationale en internationale cijfers van geweld en agressie tegen huisartsen nagaan. Gezien het onderwerp van deze masterproef ligt de focus voornamelijk op agressie tegenover huisartsen en minder tegenover andere zorgverleners.

Ook rond mogelijke aanpak van geweld verschenen reeds veel publicaties. Er wordt een kort overzicht gegeven over maatregelen en beleidsvorming ter preventie van geweld. Er wordt wederom vooral dieper ingegaan op de samenwerking tussen huisartsen en politie en andere preventieve maatregelen komen minder uitgebreid aan bod.

Verder geven we ook weer met welke legale omstandigheden rekening moet gehouden worden bij samenwerking tussen huisartsen en politie. Ook het wettelijk kader om te komen tot het opstellen van een protocol tussen huisartsen en politie zal besproken worden. Er moet namelijk rekening gehouden worden met zowel het beroepsgeheim als de GDPR-wetgeving wanneer er informatie overgedragen wordt van arts naar politie of omgekeerd.

Enquêtes

Het tweede luik bestaat uit het uitsturen van enquêtes. Hierbij worden alle Vlaamse huisartsenkringen aangeschreven met de vraag of men beschikt over een samenwerkingsprotocol met de politie. Zo wordt er getracht een overzicht te krijgen van de Vlaamse huisartsenkringen die reeds een protocol hanteren. Er wordt gepeild naar een aantal algemene zaken, zoals onder andere de frequentie waarmee er beroep gedaan wordt op het protocol, de eventuele herevaluaties die al plaatsvonden en de algemene tevredenheid over deze manier van werken. Bij de huisartsenkringen die aangeven dat er geen protocol uitgeschreven is, informeren we naar de wens om een protocol op te stellen, waarom dit momenteel nog niet gebeurd is, of er mondelinge overeenkomsten bestaan etc. Er wordt parallel ook getracht de visie van de politie te bekomen. Er gebeurde eerder nog geen onderzoek om het bestaan van dergelijke protocollen op te lijsten of deze onderling te vergelijken.

Het doel van dit onderzoek is enerzijds om in kaart te brengen waar er samenwerkingsprotocollen in kader van veiligheid tussen de huisartsen en de politie werden opgesteld en deze inhoudelijk te vergelijken en anderzijds na te gaan wat de hindernissen zijn tot het opstellen van een protocol.

2 Methodologie

Literatuur

Het onderwerp van deze masterproef werd voorgesteld door Domus Medica. We namen via e-mail contact op met Gert Merckx, directiemedewerker bij Domus Medica die zich toespitst op veiligheid van artsen. Er werd geïnformeerd naar de reeds bestaande documentatie rond dit onderwerp.

In bijlage ontvingen we de volgende bestanden:

- de protocollen van Midden-West-Vlaanderen, Zennevallei en Waasland
- de brief van Minister Jambon aan de huisartsenkringen en politiezones
- de presentatie die tijdens de opleiding tot veiligheidscoördinator in september 2016 aan de huisartsenkringen gegeven werd door dr. Jan Vanbeveren, voorzitter van huisartsenkoepel Waasland.

Verder werd contact opgenomen met de Provinciale Geneeskundige Commissies en met het kabinet van minister Jambon, toenmalig minister van Binnenlandse Zaken en Veiligheid. Verscheidene actoren werden op deze manier op de hoogte gesteld van het onderwerp van deze masterproef.

Er werd via e-mail contact opgenomen met het meldpunt agressie van de Orde der artsen en met de Patrick Roelandt Anti-Agressie Groep. Deze stappen leverden geen aanvullende informatie op. Er werd tevens via de Artsenkrant gezocht naar recente publicaties rond dit onderwerp. Hierbij werd vooral het recente onderzoek van de VGSO bekomen.

Een gestructureerd literatuuronderzoek werd uitgevoerd in de databanken PubMed, Proquest en de ICHO databank.

In de databank van PubMed werd volgende zoekopdracht toegepast: (("violence"[MeSH Terms]) OR ("aggression"[MeSH Terms]) OR (police[MeSH Terms])) AND "general practice"[MeSH Terms]. Enkel artikels die de laatste 10 jaar verschenen en waarbij de volledige tekst beschikbaar was, werden weerhouden. Dit leverde 145 resultaten op. Bij het screenen op basis van titel werden 38 artikels geselecteerd, waarvan na het doornemen van de volledige tekst 27 artikels weerhouden werden. De zoekterm: safety AND (police[MeSH Terms]) AND ("general practice"[MeSH Terms]) leverde geen zoekresultaten op.

De databank van Proquest werd doorgenomen door middel van de zoekopdracht: ab(Police) AND ft("violence against doctors"). Hierbij werd gefilterd op Engelstalige artikels uit de laatste tien jaar. Dit leverde 27 resultaten op. Na screening op abstract en titel, werden zeven artikels weerhouden. Er was geen overlap met de gevonden artikels van PubMed.

In de ICHO databank zochten we via de zoektermen ‘veiligheid’, ‘agressie’ of ‘geweld’ naar onderzoeken door voorgaande HAIO’s. Door middel van de term ‘veiligheid’ werden vijf zoekopdrachten gevonden. Drie hiervan betroffen therapeutische veiligheid, een vierde betrof veiligheid van de informatisering in de huisartsenpraktijk. Als vijfde zoekresultaat werd het onderzoek van Appeltans met als titel: ‘Veiligheid in de huisartsenpraktijk’ weerhouden, welke wel aansluit bij onze onderzoeksvraag.

Met de zoekterm ‘agressie’ werden drie onderzoeken teruggevonden, waarvan één gericht op de spoedgevallendienst en een andere op agressie tegen zorgkundigen. Verder wordt ook het onderzoek van De Jager, met als titel ‘Agressie en geweld in de huisartsenpraktijk: een cross-sectioneel onderzoek naar de perceptie van geweld’ gevonden. Dezelfde drie artikels worden teruggevonden onder de zoekterm ‘geweld’.

Finaal werden na samenvoegen van de resultaten uit de bovenstaande databanken met de artikels verkregen via de sneeuwbalmethode 49 artikels weerhouden.

Enquêtes

Door middel van een algemene e-mail via Domus Medica werden alle Vlaamse huisartsenkringen gecontacteerd om te informeren naar de bereidheid tot deelname aan het onderzoek. Eveneens werd nagevraagd waar er reeds een protocol schriftelijk werd vastgelegd. Contactgegevens van de bijhorende politiezone wordt bevraagd.

Hierna ontvingen de huisartsenkringen met protocol die wensten deel te nemen aan de studie een online enquête. Daarnaast ontvingen de huisartsenkringen zonder schriftelijk protocol die wensten deel te nemen aan het onderzoek een aparte enquête.

Het contacteren van de lokale politiezones verliep echter moeilijker. Er werd op verschillende manieren geprobeerd om contact op te nemen met de politie; enerzijds via contactgegevens van de lokale politiezones verkregen uit de enquêtes naar de huisartsenkringen, anderzijds op federaal niveau via het contactcenter. Uiteindelijk kon de enquête via de provinciale directeur-coördinatoren naar de korpschefs van de Vlaamse politiezones doorgestuurd worden. De korpschefs ontvingen zowel de enquêtes voor politiezones met als voor zones zonder protocol en konden de corresponderende enquête invullen.

3 Literatuur

De relevante literatuur wordt hieronder samengevat. Eerst volgt een weergave van de huidige incidentie van geweld tegen zorgverleners op Belgisch niveau, nadien volgt een overzicht van cijfers over geweld tegen zorgverleners uit verscheidene andere landen.

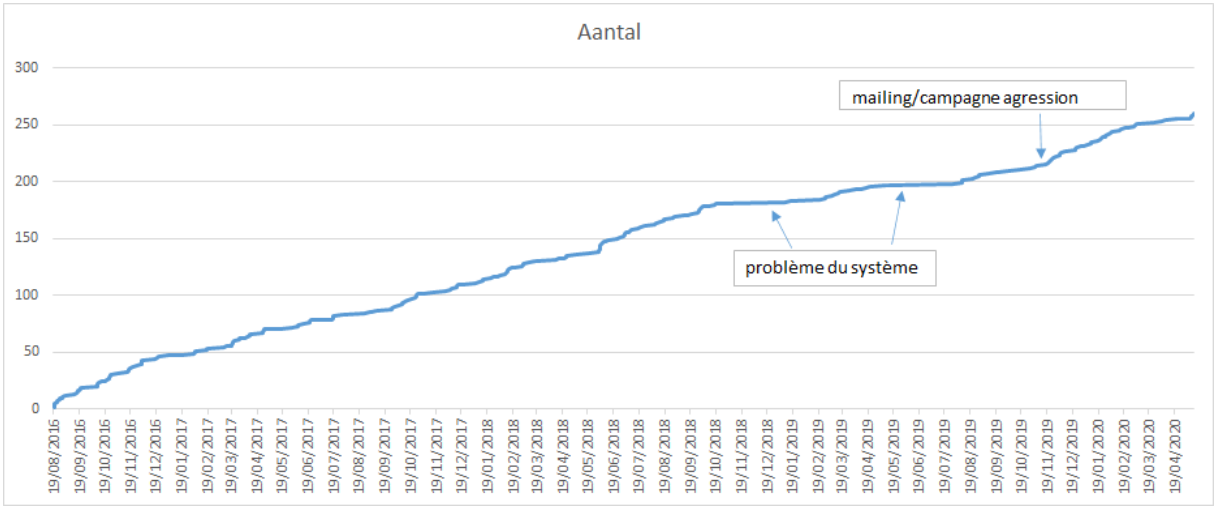
Vervolgens wordt gekeken naar de mogelijke aanpak van geweld. Dit deel omvat enerzijds de aanpak uitgevoerd door nationale en internationale overkoepelende instanties, met name de beleidsmatige aanpak door bijvoorbeeld regering, beroepsverenigingen etc. Anderzijds worden de mogelijkheden waarover individuele zorgverleners beschikken, aangehaald.

Hierop volgt een weergave van welke gegevens er momenteel al gekend zijn rond de samenwerking van zorgverleners met de politie. Wederom wordt gekozen voor de opsplitsing in nationale en internationale gegevens.

Ten slotte volgt een bespreking van het wettelijke kader waarin opgeklaard wordt op welke manier men dient rekening te houden met beroepsgeheim en GDPR bij de samenwerking tussen de artsen en de politie.

3.1 Nationale cijfers over geweld tegen artsen

In 2016 werd het meldpunt voor agressie tegen artsen opgericht door de nationale raad van de Orde der artsen.(2) Sindsdien werden 258 aangiftes over geweld tegen een arts gedaan (zie grafiek 1). Over het algemeen wordt agressie opgedeeld in 4 types; verbale, fysieke, psychologische en seksuele agressie.(3) Bij de onderverdeling op basis van het type geweld kwam naar voor dat 53% verbaal (138), 27% psychologisch (69), 17% fysiek (45) en 2% seksueel (6) geweld was. Het beduidend grootste deel van de meldingen werd door een huisarts gedaan (205, goed voor 84%) met op de tweede plaats de meldingen door een specialist (33, overeenkomstig met 13%). Elf meldingen gebeurden door een HAIO. In 128 gevallen (49%) trad de agressie op in de consultatieruimte, 16% vond plaats tijdens een huisbezoek en 1 melding betrof nachtelijke agressie in de privé woonst van de arts. Er waren veel oorzaken van het geweld, onder andere vraag naar niet conforme attesten of voorschriften (75 meldingen) en ontevredenheid met de beslissing of tussenkomst van de arts (63 meldingen).



*Grafiek 1: Cumulatief aantal meldingen van geweld sinds het oprichten van het meldpunt voor agressie tegen artsen in 201*6.(2)

In zijn doctoraat peilde L. De Jager ruimer dan enkel de meldingen bij het meldpunt voor agressie tegen artsen. Zijn enquête werd in 2017 ingevuld door meer dan 3700 artsen. Het resultaat toont dat 84,4% van de artsen tijdens zijn loopbaan minstens één keer het slachtoffer is geweest van geweld uitgeoefend door een patiënt. Meer dan één op drie artsen kreeg het voorbije jaar te maken met agressie.(4) Vrouwelijke artsen kregen vaker te maken met agressie dan mannelijke artsen (43,2% tegenover 30,9%). Oudere artsen ondervonden minder agressie. De aanleiding voor het geweld was vaak de medische aanpak van de artsen, gevolgd door de organisatie van de praktijk en geweigerde voorschriften. Slechts één op tien artsen gaf het geweld aan bij de politie.(4)

De Artsenkrant deed in 2017 een bevraging over de incidentie van geweld in de voorbije 10 jaar. Hieruit bleek dat 87,3% van de ondervraagde artsen in de voorbije 10 jaar verbaal geweld had ondervonden, 27,6% fysiek geweld en 38,3% seksueel ongewenst gedrag. Bij vrouwelijke artsen klimt dit laatste cijfer op tot bijna de helft.(5)

Deze cijfers komen grosso modo overeen met het onderzoek van Demeur et al dat in 2018 uitgevoerd werd bij 247 Vlaamse huisartsen. Hierbij gaf 79,8% van de huisartsen aan het afgelopen jaar agressie te hebben ondervonden. De grote meerderheid (89,8%) hiervan betrof verbale agressie. De andere vormen van agressie, namelijk psychische agressie, fysiek geweld en seksuele agressie, traden respectievelijk in 21,1%, 20,6% en 7,7% op. De meerderheid (63,6%) gaf aan de verbale agressie als het meest bedreigend te ervaren.(6) Bij het vergelijken van de resultaten op basis van geslacht of bij de opsplitsing tussen HAIO en huisarts, werden geen significante verschillen teruggevonden naar de perceptie van (ernstig) geweld.(7)

Dit onderzoek ging ook na op welke locatie het geweld optrad. Agressie vond in 40,1% plaats tijdens de consultatie, 22,7% tijdens huisbezoek, 18,6% telefonisch en 6,5% in de wachtzaal. In 55,1% van de incidenten kende de huisarts de agressor.(6)

Als gevolg van het geweld, gaf 31,2% van de huisartsen aan een emotionele impact te ervaren. Er was structurele/materiële schade in 5,7% van de gevallen. Fysieke letsels werd aangegeven bij 2,8% van de respondenten. Slechts 12,6% deed aangifte van het geweld bij de politie.(6)

Volgens de cijfers uit een onderzoek van Appeltans (2020), gaf slechts 17% van de ondervraagde artsen die in aanraking kwamen met geweld (11 op 63) dit aan bij de politie. Twee huisartsen deden een melding bij het nationale meldpunt van agressie tegen artsen van de Orde der artsen. Van de 11 meldingen bij de politie, was de arts in acht gevallen geconfronteerd met fysiek geweld. In de bevraging gaven 18 huisartsen aan fysiek geweld ervaren te hebben, doch dit niet aangegeven te hebben bij politie of meldpunt agressie tegen artsen. Ook de enige huisarts die in de bevraging het slachtoffer werd van seksueel geweld, deed geen aangifte. Er blijkt verder uit de enquête dat 55% (68 van de 123) van de bevraagde artsen niet op de hoogte was van het bestaan van het nationale meldpunt.(8)

In een recente studie uitgevoerd door de Vlaams Geneeskundig Studentenoverleg (VGSO) (2021), werden artsen in opleiding bevraagd. Hierbij gaf 53% van de huisartsen in opleiding aan slachtoffer geweest te zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag tijdens stages of op de werkvloer. Dit is opmerkelijk hoger in vergelijking met arts-specialisten in opleiding waarbij 38,73% aangaf hiermee in aanraking gekomen te zijn. De meeste incidenten hebben betrekking op verbaal seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals ongewenste opmerkingen en uitnodigingen (32,9%). Bij verbaal seksueel grensoverschrijdend gedrag vormt de patiënt in 54,4% van de gevallen de pleger. In acht

procent van de incidenten ging het over fysieke vormen zoals ongewenste aanraking en in enkele gevallen zelfs orale of vaginale penetratie. De plegers van fysieke seksuele agressie waren doorgaans andere studenten, personeelsleden of artsen en in mindere mate de patiënten. Meer dan de helft van de respondenten weet niet hoe te reageren op seksueel grensoverschrijdend gedrag of waar hulp men hulp kan vinden.(9)

De Algemene Nationale Gegevensbank (ANG) is een politiedatabank waarin feiten geregistreerd worden op basis van processen-verbaal die opgesteld werden tijdens missies van de gerechtelijke en bestuurlijke politie. Zij noteerden slagen en verwondingen aan uitvoerders van een medisch beroep: 241 in 2018, 248 in 2019 en 67 in het eerste trimester van 2020.(10)

Uit de bovenstaande cijfers valt te concluderen dat geweld tegen hulpverleners in de grote meerderheid verbale agressie betreft, met daarnaast ook zorgwekkende meldingen van fysieke en seksuele agressie. Er is in de literatuur onduidelijkheid over de invloed van geslacht en leeftijd op de perceptie of frequentie van geweld. Sommige bronnen menen hierin een verband te zien, anderen vermelden geen significante verschillen. Er worden slechts weinig aangiftes gedaan bij de politie of bij andere instanties.

3.2 Internationale cijfers over geweld tegen artsen

Ook in andere landen vindt er vaak geweld tegen zorgverleners plaats. In onderstaande tabel volgt een samenvatting van de internationale cijfers omtrent geweld tegenover huisartsen. Geweld tegenover zorgverleners in andere functies of posities valt buiten de scope van deze masterproef en wordt dus niet vermeld.

Australië, 2000	73% van de huisartsen vermeldt een uiting van gewelddadig of agressief gedrag van een patiënt	(11)
Australië, 2005	Agressie bij 63,7% van de huisartsen Laag niveau geweld: - Verbaal geweld: 42,1% - Diefstal of vandalisme: 28,6% - Bedreigingen: 23,1% Hoger niveau geweld: - Seksueel geweld: 9,3% - Fysiek geweld: 2,7%	(12)
Australië, 2007	Onderverdeling van de huisartsen op basis van geslacht: - Verbaal geweld: 49% van de vrouwen, 41% van de mannen - Vandalisme of diefstal: 24% van de vrouwen, 22% van de mannen - Fysiek geweld: 3% van de vrouwen en 4% van de mannen - Seksueel geweld: 0% van de vrouwen, 2% van de mannen	(13)
Australië, 2010	59,3% van de huisartsen kwam in aanraking met agressie de voorbije 12 maanden	(14)
Australië, 2010	- 58% verbale agressie in laatste 12 maanden - 6% fysiek geweld in laatste 12 maanden - 6,1% seksuele agressie in laatste 12 maanden - 18% ondervond schade of diefstal in laatste 12 maanden	(15)

Canada, 2000	Verbaal geweld: 73% van de vrouwelijke huisartsen doorheen volledige carrière, 71% het voorbije jaar Fysiek geweld: 33% van de vrouwelijke huisartsen doorheen volledige carrière, 11% het voorbije jaar.	(16)
Canada, 2010	- 98% gaf aan minstens één keer een 'mineure' vorm van agressie (verbale agressie) te hebben ervaren doorheen de carrière - 75% een 'majeure' vorm (bijvoorbeeld gooien met voorwerpen) - 39% een 'ernstige' vorm (onder andere fysiek geweld)	(17)
China, 2014	Meer dan 70% van de artsen ervaart verbaal of fysiek geweld op het werk	(18)
Duitsland, 2015	- Agressie doorheen de carrière: 91% - Agressie de laatste 12 maanden: 73% - Zware agressie doorheen de carrière: 23% - Zware agressie de afgelopen 12 maanden: 11% - Van de vrouwelijke artsen gaf 66% aan zich onveilig te voelen tijdens huisbezoeken op de wachtdienst, bij de mannelijke collega's 34%.	(19)
Israël, 2005	- Verbaal geweld: 58,5% van de eerstelijnsartsen - Fysiek geweld: 8,5% van de eerstelijnsartsen	(20)
Nieuw-Zeeland, 2006	Geweld tegen huisartsen de afgelopen 12 maanden: - Verbaal geweld: 15.4% - Intimidatie 11.5% - Klacht ontvangen 7.1% - seksuele ongepaste opmerkingen 6.2% - ongepaste aanrakingen 1.7% - schade 3% - stalking 1.9% - lichamelijke letsels 0.8%	(21)
UK, 2007	Geweld tegen 57% van de huisartsen in de afgelopen 12 maanden - verbaal 44% - schade of diefstal 23% - intimidatie 22% - seksuele opmerkingen 8% - fysiek geweld 3% - seksueel grensoverschrijdend gedrag 1%	(13)
UK, 2012	In de voorbijgaande maand ervaarden 62,9% van de huisartsen misbruik of geweld. Hiervan betrof 91,3% verbaal geweld, maar er vonden ook 90 incidenten van fysiek geweld of verwonding plaats	(22)
Turkije, 2009	82,8% van de huisartsen geeft aan geweld te ervaren, voornamelijk verbaal geweld	(23)

Tabel 1: overzicht van de internationale cijfers omtrent geweld tegenover huisartsen.

Los van de incidentie van geweld en het type geweld, werden ook onderstaande bevindingen vermeld in de literatuur.

In 2005 werd in Australië reeds vastgesteld door Magin et al dat geweld meer optrad bij vrouwelijke artsen, minder ervaren artsen of artsen in regio's met lagere sociaal-economische status. Ook artsen die buiten de kantooruren werken, ervaren meer agressie. Specifiek bij populaties met lagere

mentale gezondheid, drugs- of alcohol-gerelateerde problemen en sociale moeilijkheden, traden meer incidenten op.(12)

In 2010 werd in Australië een onderzoek uitgevoerd door Forrest et al., waarbij 804 huisartsen deelnamen. Verbaal geweld kwam meer voor bij de huisartsen met minder ervaring, de huisartsen die voltijds werkten en de huisartsen die in grotere praktijken werkten. Vrouwelijke huisartsen ondervonden meer seksuele agressie dan hun mannelijke collega's.(15) Uit een publicatie in 2016 in de Sociology of Health and Illness bleek dat vrouwelijke en jonge mannelijke artsen zich meer zorgen maakten over geweld en meer voorzorgen namen.(24) Een andere onderzoek toont daarentegen enkel een significant verschil tussen man en vrouw op vlak van seksuele agressie.(13)

In Australië vonden Magin et al. meer meldingen van agressie in landelijke praktijken dan in stedelijke praktijken. Er werd geen significant verschil gevonden in incidenten bij de medewerkers van de praktijk dan ten opzichte van de huisartsen zelf.(14) Een ander onderzoek in de UK toonde dat de locatie van de praktijk, namelijk platteland ten opzichte van stedelijk gebied, geen significant verschil maakte qua aantal incidenten.(13)

Een artikel over incidentie van agressie in India toonde aan dat het risico op agressie het grootste is tijdens wachtdiensten, voornamelijk tijdens de nachten.(22) Enkele studies bemerkten dat naarmate de arts ouder is, de incidentie van agressie daalt. De reden hiervoor (meer ervaring, betere communicatieve vaardigheden, een betere band met de patiënt of andere) is niet duidelijk.(25-28)

In China is er een hoge incidentie van geweld en agressie tegen hulpverleners. Naast geweld tegen individuele artsen, bestaat er ook het fenomeen 'Yi Nao', wat kan vertaald worden naar 'healthcare disturbance'. Dit is agressie van georganiseerde bendes, ingehuurd door patiënten of hun familie. De bendes bedreigen ziekenhuispersoneel, brengen schade toe aan de faciliteiten of weerhouden het ziekenhuis van een normale werking. Meestal wordt hiermee getracht een compensatie te verkrijgen na ontevredenheid met een medisch beleid. Ook in de eerstelijnszorg trad 'Yi Nao' op, waarbij 21,8% van de eerstelijnsvoorzieningen aangaf al slachtoffer van 'Yi Nao' geweest te zijn. In de studie van Sheng Zhi Yang et al. verklaart 40,4% van de artsen al in aanraking te zijn geweest met een 'Yi Nao'-incident.(18)

Ter conclusie kan gesteld worden dat er veel internationale studies over geweld bestaan, doch deze soms moeilijk met elkaar te vergelijken zijn gezien het verschil in omschrijving of onderverdeling van geweld, alsook in termijn die onderzocht wordt en de context of de functie van de zorgverleners in kwestie. Echter vertonen de internationale studies rond geweld gelijkenissen op vlak van frequentie en type geweld met wat er waargenomen werd op Belgisch niveau, namelijk het voornamelijk optreden van verbaal geweld en het lage aantal aangiftes bij de politie.

3.3 Mogelijke aanpak van geweld

Verschillende instanties leveren een bijdrage bij het verhogen van de veiligheid. Onder andere de overkoepelende instanties zoals de overheid, de huisartsenkringen, de Orde der artsen spelen een rol. Echter ook de aanpak van individuele zorgverstrekkers en de samenwerking met de politie is van belang.

3.3.1 Aanpak van overkoepelende instanties

3.3.1.1 Nationaal

Op nationaal niveau in België is de beroepsvereniging van de artsen, met name Domus Medica, een belangrijke speler. Domus Medica deed reeds enkele aanbevelingen van verschillende acties die ondernomen kunnen worden: (29)

1. Gegevensverzameling en verspreiding van de aanbevelingen:
    - registratie van incidenten
    - bijscholing rechten en plichten huisarts
    - sensibiliseringscampagne zerotolerantie
2. Structurele acties:
    - centraal oproepnummer met dispatcher en traceersysteem
    - huisbezoek met chauffeur
    - inrichten wachtpost
    - 1733 met veiligheidsprotocol
3. Statutaire, organisatorische aanbevelingen:
    - aanstellen veiligheidscoördinator
    - aangifteplicht van agressie
    - posttraumatische bijstandshulp
    - noodstopgids invullen
    - samenwerkingsprotocol met politie
    - huisartsenpraktijkpermanentie organiseren
    - registratie van incidenten

Een voorbeeld van een sensibiliseringscampagne is de campagne: ‘stop geweld tegen huisartsen’ die in 2019 opgericht werd door Veiligheid en Preventie van de Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken. Deze campagne trachtte te sensibiliseren door het gebruik van affiches en animatiefilmpjes.(30)

Verder dient bemerkt te worden dat de overheid via een brief de politiezones en huisartsenkringen heeft proberen te motiveren tot het opstellen van een samenwerkingsprotocol. Hiervoor werd in september 2018 vanuit de Minister voor Veiligheid en Binnenlandse zaken een brief rondgestuurd met de vraag aan de politiezones en de huisartsenkringen om contact op te nemen en vertrouwensbanden op te zetten of te verstevigen en zo preventief het veiligheidsgevoel te helpen verhogen.(31)

3.3.1.2 Internationaal

Op organisatorisch vlak werden internationaal al verschillende acties besproken of ondernomen. In Canada werd in 2016 een aanvraag ingediend bij de minister van justitie om een aanval op zorgverleners als een afzonderlijke criminele daad te beschouwen. Verder is het in een groot aantal Amerikaanse staten een misdrijf om ziekenhuismedewerkers lastig te vallen. Er is helaas nog geen onderzoek gebeurd naar de invloed van zo’n wetten op de frequentie of ernst van de aanvallen.(32)

De mogelijkheden tot organisatorische aanpassingen zijn afhankelijk van de organisatie van het gezondheidssysteem. Hierbij is een eerste verschil dat wordt aangehaald in de literatuur het

onderscheid tussen gezondheidszorg die grotendeels vanuit de staat gefinancierd wordt en gezondheidszorg die grotendeels door de patiënt bekostigd wordt. Een tweede verschil ligt in het de standvastigheid van de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Hierbij worden systemen vergeleken waarbij patiënten vast bij één zorgverlener of praktijk komen tegenover systemen waarbij patiënten op ieder moment vrij kunnen kiezen om te veranderen van zorgverlener.

In de UK, net als in Nederland en Denemarken, zijn de patiënten geregistreerd bij één huisarts of één groepspraktijk.(33) Sinds 2004 wordt in de UK gebruik gemaakt van 'Violent Patient Scheme' waarbij een patiënt die agressief of gewelddadig gedrag vertoont in de huisartsenpraktijk kan verbannen worden uit deze praktijk. De zorg voor de patiënt wordt dan (tijdelijk) overgenomen door een gespecialiseerd team van artsen en medewerkers in een praktijk met extra veiligheidsvoorzieningen (bewakers aan de ingang van de praktijk, veilige consultatieruimtes, voorziene opleidingen over omgaan met geweld voor medewerkers en artsen). De patiënt kan hier terecht voor telefonisch advies of op consultatie. In landen waarbij een patiënt niet gekoppeld wordt aan één huisarts of praktijk is het moeilijk om een gelijkaardig systeem zoals de 'Violent Patient Scheme' tot stand te brengen aangezien er minder tot geen controle is over het verloop van patiënten naar een andere praktijk.(34)

Gilliland et al. maakten de vergelijking tussen Noord-Ierland en de Republiek Ierland om de invloed van de organisatie van het gezondheidszorgsysteem op de invloed en perceptie van agressie in kaart te brengen. Gezondheidszorg in Noord-Ierland wordt georganiseerd volgens de principes van de National Health Service van de UK. Hierbij wordt de kost van de zorg voor de hele bevolking volledig of grotendeels gedragen door de regering op basis van belastinginkomsten. In de Ierse Republiek heeft 36% van de populatie recht op gratis zorg door huisartsen en betaalt het resterende deel van de bevolking zijn of haar huisarts zelf. De resultaten tonen aan dat artsen in beide systemen even vaak bedreigd worden door patiënten. Wel ervaren de artsen in Noord-Ierland, dus in een systeem van staatsgezondheidszorg, minder fysiek geweld en minder bezorgdheid rond veiligheid. Ook doen ze vaker aangifte wanneer er iets voorvalt en volgen er vaker medico-legale acties na een aangifte. Dit toont aan dat er een verschil is afhankelijk van het organisatorisch systeem.(35)

3.3.2 Aanpak van zorgverleners

In de literatuur vindt men veel terug over de mogelijkheden om als hulpverlener om te gaan met agressie van de patiënt.(28, 36, 37) De voorgestelde aanpak van agressie van patiënten door huisartsen is zeer uiteenlopend. Onder andere het voorzien van vluchtroutes, vermijden van cash geld, duidelijke communicatie bij opgelopen vertraging wordt vernoemd. Een secretariaat, camerabewaking en alarminstallaties, het gebruik maken van een huisartsenwachtpost en een alarmknop op de gsm of op het bureau zijn op heden de meest gebruikte preventieve maatregelen toegepast door de huisartsen.(7, 30, 36, 38)

Een Australische studie classificeerde de verschillende mogelijke responsen in primaire, secundaire en tertiaire maatregelen, zoals te zien op onderstaande tabel. Primaire maatregelen zijn maatregelen waarbij preventief geweld wordt voorkomen, bijvoorbeeld door ondersteuning van politie bij huisbezoeken die als mogelijks gevaarlijk waren ingeschat. Secundaire strategieën worden gebruikt wanneer een patiënt geagiteerd is, maar waarbij nog geprobeerd kan worden om te de-escaleren. Een voorbeeld van een secundaire strategie is het inzetten van communicatieve vaardigheden als

arts. De tertiaire maatregelen (onder andere zelfverdediging) zijn noodzakelijk wanneer de situatie uit de hand loopt en worden het minst frequent toegepast.(33)

TABLE 1 *GP Strategies for dealing with violence in clinical practice*

Primary Strategies

1. Restriction of Practice
   - Population Level Measures
     - Geographic
     - Temporal
     - Demographic
   - Individual Level measures
     - Vetting
     - Blacklisting
2. Discouraging Violence
   - Avoiding Practitioner Isolation
   - Companions & Destination Documentation
   - Health Professional Support
   - Police Support

Secondary Strategies

1. Personal Measures
   - Prompt Consultation with Agitated Patients
   - Interpersonal & Negotiation Skills
   - Acceding to Patient Demands
   - Physical Retreat
2. Environmental Measures
   - Physical Boundaries
   - Escape Routes

Tertiary Strategies

1. Idiosyncratic Measures
   - Self-defence Measures
     Alarm Systems
   - "Unorthodox" Measures

Proactive

Reactive

Tabel 2: classificatie van de verschillende mogelijke maatregelen als huisarts tegen geweld.(33)

Echter ligt in deze masterproef de focus op de samenwerking met politie en wordt niet dieper ingegaan op andere methoden om om te gaan met geweld.

Bij een navraag over de motivatie tot preventie blijkt dat de media-aandacht naar agressie tegen zorgverleners de belangrijkste reden is. Aandacht voor agressie in de opleiding tot (huis)arts vormt slechts bij de minderheid een reden om aan preventie te doen. Blijvende aandacht voor preventie lijkt dus zinvol en het incorporeren in de opleiding tot huisarts, zou eventueel een bijkomende aanvulling kunnen zijn.(7)

3.3.3 Samenwerking met de politie

3.3.3.1 Nationale samenwerking met politie

Van de bevraagde huisartsen geeft 29% aan een samenwerking te hebben met de politie. De meerderheid (53%) is niet op de hoogte van een lokaal protocol tussen de artsenkring en de lokale politie en 18% geeft aan dat er geen samenwerking is. Wel deed 46% al beroep op de lokale politie voor begeleiding als preventiemaatregel tijdens huisbezoek of tijdens een wachtdienst.(8)

Verder is het zo dat op lokaal niveau de politie en de zorgverstrekkers vaak dicht bij elkaar functioneren. De samenwerking is geacht vlot te lopen, maar soms kunnen hierbij conflicten optreden. Enerzijds kan onbegrip optreden als de twee actoren zich teveel op elkaars terrein bevinden, bijvoorbeeld bij het verzoek van politie om meer inzicht te krijgen in een patiëntendossier of medische kritiek op 'noodzakelijk' politiegeweld. Anderzijds kan het omgekeerde ook optreden als men te weinig op dezelfde golflengte zit. Een voorbeeld hiervan is dat men de verantwoordelijkheden bij een agressieve of verwarde patiënt wil doorschuiven naar de andere partij. Een ander bekend probleem is de uitwisseling van informatie. De vraag stelt zich welke informatie wanneer en met wie gedeeld mag worden rekening houdend met het beroepsgeheim, de wetgeving op gebied van privacy en de patiëntenrechten.(39) Gezien deze bemerkingen lijkt het bevorderlijk om duidelijke afspraken te maken en vast te leggen zodat alle betrokken partijen en individuen binnen de regio deze informatie kunnen raadplegen en toepassen.

In september 2018 werden alle verantwoordelijken van de huisartsenkringen en de korpschefs van de politie aangeschreven door minister Jambon, toenmalig minister van Veiligheid en Binnenlandse zaken. Hierin werden de politiezones en huisartsenkringen aangespoord om contact op te nemen om zo de ondersteunende werking inzake preventie van geweld te optimaliseren, dit met name door het vastleggen van samenwerkingsprotocollen. Deze masterproef zal in kaart brengen waar deze protocollen al werden vastgelegd en hoe de toepassing hiervan verloopt. Verder wordt ook nagegaan wat de moeilijkheden zijn indien men er nog niet in geslaagd is een protocol vast te leggen.(31)

In de provincies Antwerpen en Limburg bestaan protocollen tussen de ziekenhuizen en de lokale politie. Om te vermijden dat iedere individuele regio andere afspraken maakt of dat de gemaakte afspraken in strijd zijn met de wetgeving stelde de Orde der artsen in december 2020 een advies op inzake de samenwerking tussen politie, het openbaar ministerie en ziekenhuizen. Hiermee werd beoogd om een overzicht te geven welke deontologische beginselen de arts in acht moet nemen. Het recht op privacy, het beroepsgeheim, de toegang tot de zorg, de kwaliteit van de zorg, de veiligheid van de patiënt, de menselijke waardigheid en de autonomie van de patiënt werden in rekening gebracht en toegepast op specifieke situaties waarbij de politie beroep doet op de samenwerking met de arts of waarbij de arts de hulp inroept van de politie. Daarnaast werkt de nationale raad aan een advies betreffende de samenwerking tussen de politie, het openbaar ministerie en de huisartsen.(40)

3.3.3.2 Internationale samenwerking met politie

Als de internationale literatuur bekeken wordt, is de officieel vastgelegde samenwerking tussen huisartsen en politie beperkt. Enkele artikels bespreken de afwezigheid van een goede samenwerking of een tekort aan steun vanuit de overheid om de veiligheid bij de (huis)artsen te verbeteren.(41)

Meerdere artikels benoemen het contacteren van de politie als preventieve maatregel indien een situatie kans heeft om te ontsporen. Echter werd in deze artikels niet dieper ingegaan op het bestaan van een schriftelijk samenwerkingsprotocol.(38)

Het onderzoek van Sansone et al in de Verenigde Staten toonde aan dat reeds 41% van de artsen in deze bevraging reeds ooit politie of beveiliging belden om een patiënt naar buiten te escorteren.(42) In 2014 vond in India een groepering plaats van de artsen die in overheidsinstellingen werkten. Het doel was om de werkomstandigheden te verbeteren. Dit werd beoogd door het invoeren van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor de artsen, maar ook door een voorstel tot nauwe politionele bijstand voor elke gezondheidsinstelling.(41)

In China peilde het onderzoek van Sheng Zhi Yang et al naar de aangiftes bij de politie na agressie. Dit onderzoek bevat zowel artsen uit eerstelijnszorg als ziekenhuisartsen. Na een incident gaf 29,1% dit aan bij de politie. Van de restgroep die het niet aangaf, vond 58,8% een aangifte nutteloos, 20,9% wist niet waar ze terecht konden en 18,3% vond het te veel moeite. Van alle incidenten met fysiek geweld, werd 25,7% onderzocht. Meestal werd het onderzoek gevoerd door het ziekenhuis zelf (66,1%). 72,4% van de geweldplegers kreeg geen straf. Ook in het geval waarbij lichamelijke schade werd toegebracht met messteken, werd niet bestraft. De overige 27,6% kreeg een vorm van straf, betreffende een verbale waarschuwing (12,4%), een korte aanhouding (8,8%) of een gevangenisstraf (1,4%). Van de 'Yi Nao'-incidenten, werd 58,3% aangeven bij de politie en hierbij werd de meerderheid (83,3%) van de geweldplegers niet gestraft. In totaal was slechts 4,9% van de artsen blij met hoe het incident werd afgehandeld.(18)

In een ander Chinees onderzoek van 2007 kwam volgend resultaat naar voor: indien een ziekenhuis bijstand vroeg aan de politie in kader van een gewelddadige patiënt, werd in 55% hulp geweigerd of te traag gereageerd. In sommige gevallen kwam de politie ter plaatsen, maar namen ze een afwachtende houding aan.(43)

3.4 Wettelijk kader

3.4.1 Beroepsgeheim

Wanneer er nood is aan gegevensuitwisseling tussen huisarts en politie is het van belang om het wettelijke kader waarbinnen beide fungeren indachtig te zijn. Beide actoren zijn gebonden aan het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim dat beschreven wordt in artikel 458 van het strafwetboek (zie kader) geldt zowel voor zorgverleners als voor politieagenten.(44)

Artikel 458 van het Strafwetboek

"Geneesheren, heelkundigen, officieren van gezondheid, apothekers, vroedvrouwen en alle andere personen die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd en deze bekendmaken buiten het geval dat zij geroepen worden om in rechte (of voor een parlementaire onderzoekscommissie) getuigenis af te leggen en buiten [het geval dat de wet, het decreet of de ordonnantie hen verplicht of toelaat] die geheimen bekend te maken, worden gestraft met gevangenisstraf [van een jaar tot drie jaar en een geldboete van honderd euro tot duizend euro of met een van die straffen alleen]."(44)

Alles wat een arts of politieagent hoort of ziet bij de uitoefening van het beroep valt onder het beroepsgeheim. Bij schending van het beroepsgeheim riskeert hij/zij een strafrechtelijke (tot gevangenisstraf van 3 jaar en/of geldboete tot 1000 euro), burgerrechtelijke (schadevergoeding voor de patiënt) of een tuchtrechtelijke sanctie (opgelegd door Orde der artsen of de korpschef).

Echter is het beroepsgeheim niet absoluut; er bestaan uitzonderingen op deze regel. De geheimhouding geldt in alle situaties tenzij er een verplichting of toelating is door een wet, decreet of ordonnantie om de geheimhouding te doorbreken.

Als arts bent u verplicht te spreken in deze onderstaande situaties:

- verplichte aangifte van aanslag op de openbare veiligheid of op iemands leven of eigendom;
- misdrijf tegen uw patiënten, indien het in het belang is van de patiënt;
- hulpverleningsplicht waarbij de arts verplicht is te melden indien de patiënt in groot gevaar verkeert.

In de volgende situaties heeft de arts de mogelijkheid om het beroepsgeheim te doorbreken:

- getuigenis in rechte of voor een parlementaire onderzoekscommissie;
- kindermishandeling of geweld tegen kwetsbare personen;
- recht van verdediging van de arts: het recht op een eerlijk proces (Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens);
- bij een noodtoestand, waarbij meer belangrijke waarden in het gedrang komen;
- gedeeld beroepsgeheim in kader van een therapeutische context.

Daarnaast werd artikel 458ter, genoemd het casusoverleg, in 2017 bijgevoegd als uitzondering op het beroepsgeheim met als doel een multidisciplinaire samenwerking met het oog op bescherming en preventie van misdrijven.

Artikel 458ter van het Strafwetboek

§ 1. Er is geen misdrijf wanneer iemand die uit hoofde van zijn staat of beroep houder is van geheimen, deze meedeelt in het kader van een overleg dat wordt georganiseerd, hetzij bij of krachtens een wet, decreet of ordonnantie, hetzij bij een met redenen omklede toestemming van de procureur des Konings.

Dit overleg kan uitsluitend worden georganiseerd, hetzij met het oog op de bescherming van de fysieke en psychische integriteit van de persoon of van derden, hetzij ter voorkoming van de misdrijven bedoeld in Titel Iter van Boek II of van de misdrijven gepleegd in het raam van een criminele organisatie, zoals bepaald in artikel 324bis.

De in het eerste lid bedoelde wet, decreet of ordonnantie, of de met redenen omklede toestemming van de procureur des Konings bepalen ten minste wie aan het overleg kan deelnemen, met welke finaliteit en volgens welke modaliteiten het overleg zal plaatsvinden.

§ 2. De deelnemers zijn tot geheimhouding verplicht wat betreft de tijdens het overleg meegedeelde geheimen. Eenieder die dit geheim schendt, wordt gestraft met de straffen bepaald in artikel 458. De

geheimen die tijdens dit overleg worden meegedeeld, kunnen slechts aanleiding geven tot de strafrechtelijke vervolging van de misdrijven waarvoor het overleg werd georganiseerd.(44)

Met andere woorden is het in het kader van deze masterproef belangrijk te noteren dat het beroepsgeheim niet geschonden wordt bij overleg tussen huisartsen en politie aangezien de arts de mogelijkheid heeft om het beroepsgeheim te doorbreken indien het risico van geweld tegen kwetsbaren bestaat. Daarnaast kan medische informatie ook gedeeld worden tijdens een georganiseerd overleg dat voldoet aan bovenstaande voorwaarden, doch dit is niet bruikbaar voor snelle samenwerking tijdens een wachtdienst.

3.4.2 GDPR-Wetgeving

Naast het beroepsgeheim, moet er bijkomstig ook rekening gehouden worden met de ACG wetgeving. Sinds 25 mei 2018 is de Algemene Verordening Gegevensbescherming, kortweg de ACG of meer gekend onder de Engelse term GDPR, van toepassing. Deze wetgeving betreft het beheer en de beveiliging van persoonlijke gegevens van Europese burgers. De GDPR-wetgeving verplicht de ontvanger bij informatieoverdracht om de verkregen informatie volgens een aantal voorwaarden te verwerken.(45) Dit betekent dat de ontvanger een schriftelijke verklaring moet afleggen waarin gesteld wordt dat de GDPR-wetgeving gevolgd zal worden; dit wordt een verwerkersovereenkomst genoemd.(46, 47)

In de context van informatieoverdracht tussen politie en huisartsen van wacht dienen beide richtingen van deze informatiestroom bekeken te worden. Concreet betekent dit dat, wanneer informatie doorgegeven wordt vanuit de politie naar een arts toe, deze arts een schriftelijke verwerkersovereenkomst dient op te stellen waarin verklaard wordt dat de GDPR-wetgeving gevolgd wordt. Hierbij volgt een belangrijke bemerking; namelijk dat het niet noodzakelijk is dat elke individuele arts zo'n overeenkomst opstelt indien de huisartsenkring waarbij de arts ingeschreven is een dergelijke overeenkomst afgesloten heeft in naam van zijn leden.

Blj overdracht van gegevens van een arts naar de politie, dient deze laatste echter niet over een dergelijk protocol te beschikken. De GDPR-wetgeving is immers van toepassing op informatieoverdracht aan iedere overheid of privéorgaan, doch met uitzondering van informatieoverdracht aan de politie. Voor de politie telt namelijk een politierichtlijn die tegelijk met de GDPR-wetgeving van kracht is gegaan. Deze politierichtlijn omschrijft de regels voor gegevensverwerking door politieautoriteiten en garandeert correcte verwerking van de gegevens zonder specifieke verwerkersovereenkomst. Zodoende wordt de nood tot het opstellen van een protocol door de politie bij het ontvangen van informatie van een arts opgeheven. Een belangrijke opmerking hierbij is dat deze politierichtlijn enkel van toepassing is bij het voorkomen, onderzoeken, opsporen en vervolgen van een strafbaar feit. Het begeleiden van een huisarts tijdens een huisbezoek dat als mogelijks gevaarlijk ingeschat wordt, zou kunnen gezien worden als het voorkomen van een strafbaar feit en dus onder de politierichtlijn vallen.(46, 48)

In de wet van 30 juli 2018 wordt opgesomd welke informatie zeker vermeld moet worden in een verwerkersovereenkomst (zie kader). De Vlaamse overheid maakte een algemeen modelformulier

voor het opstellen van een dergelijk protocol. Deze opsomming of dit formulier kan gebruikt worden bij het ontwikkelen van een protocol door de huisartsenkringen.(47)

Artikel 20 van de wet van 30 juli 2018

§ 1. Tenzij anders bepaald in bijzondere wetten, in uitvoering van artikel 6.2 van de Verordening formaliseert de federale overheid, wanneer zij op basis van artikel 6.1.c) en e), van de Verordening persoonsgegevens doorgeeft aan enig andere overheid of privéorgaan, voor elke type van verwerking deze doorgifte aan de hand van een protocol dat tot stand komt tussen de initiële verwerkingsverantwoordelijke en de verwerkingsverantwoordelijke ontvanger van de gegevens.

Dit protocol kan in het bijzonder voorzien in:

1° de identificatie van de federale overheid die de persoonsgegevens doorgeeft alsook die van de ontvanger;

2° de identificatie van de verwerkingsverantwoordelijke binnen de overheid die de gegevens doorgeeft alsook van de bestemmeling;

3° de contactgegevens van de functionarissen voor gegevensbescherming binnen de overheid die de gegevens doorgeeft alsook van de bestemmeling;

4° de doeleinden waarvoor de persoonsgegevens worden doorgegeven;

5° de categorieën van doorgegeven persoonsgegevens en hun formaat;

6° de categorieën van ontvangers;

7° de wettelijke grondslag van de doorgifte;

8° de nadere regels inzake gehanteerde communicatie;

9° elke specifieke maatregel die de doorgifte omkadert conform het proportionaliteitsbeginsel en de vereisten inzake gegevensbescherming door ontwerp en door standaardinstellingen;

10° de toepasselijke wettelijke beperkingen met betrekking tot de rechten van de betrokkene;

11° de nadere regels inzake de rechten van de betrokkene bij de ontvanger;

12° de periodiciteit van de doorgifte;

13° de duur van het protocol;

14° de sancties die van toepassing zijn in geval van niet naleving van het protocol onverminderd titel 6.

§ 2. Het protocol wordt afgesloten na de respectievelijke adviezen van de functionaris voor gegevensbescherming van de federale overheid die houder is van de persoonsgegevens en van de bestemmeling. Deze adviezen worden toegevoegd aan het protocol. Wanneer ten minste een van deze adviezen niet gevolgd wordt door de verwerkingsverantwoordelijken vermeldt het protocol, in zijn inleidende bepalingen, de reden of redenen volgens dewelke het advies of de adviezen niet werden gevolgd.

§ 3. Het protocol wordt openbaar gemaakt op de website van de betrokken verwerkingsverantwoordelijken.(49)

4 Resultaten

Van de huisartsenkringen zonder bestaand protocol vulden 15 de enquête in. Zeven huisartsenkringen waar een protocol met de politiezone op papier staat vulden de enquête in. Vijf politiezones waar een protocol met de huisartsenkring vastligt, hebben de enquête ingevuld, net als 23 zones die geen schriftelijk protocol hebben. In totaal bestaan er negen protocollen. Het is belangrijk te bemerken dat er discrepantie bestaat tussen de geografische gebieden van huisartsenkringen en politiezones, waardoor het mogelijk is dat er meerdere huisartsenkringen of politiezones betrokken zijn bij het opstellen van één protocol.

	Met protocol	Zonder protocol
Huisartsenkring	7	15
Politiezone	5	23

Tabel 3: Aantal ontvangen antwoorden op de doorgestuurde enquêtes.

De protocollen zijn voornamelijk opgesteld naar aanleiding van agressie tegen artsen. Eén huisartsenkring stelt vast dat het initiatief voor het opstellen van een protocol vaak bij de huisartsen gelegd wordt. Dit wordt ook teruggevonden in de antwoorden van de politiezones met bestaand protocol, waarbij drie op vijf aangeeft dat het opstellen inderdaad op vraag van de huisartsen plaatsvond.

Inhoudelijk beschrijven de protocollen wanneer en hoe een arts beroep kan doen op de politie. Slechts twee protocollen beschrijven eveneens dat de politie beroep kan doen op de huisartsen.

Bij het verwerken van de resultaten, konden enkele punten van frustraties vastgesteld worden. Dit enerzijds van de huisartsen toe, zoals het lange wachten op de uitbetaling van de huisartsen na een oproep door de politie. Ook het niet hebben van een vast aanspreekpunt of contactpersoon bij de politie, is één van deze frustraties. Enkele huisartsenkringen geven zelfs aan dat dit het grootste knelpunt was voor het opstellen van een protocol.

Anderzijds werden ook enkele frustraties van de politie geuit. Zo gaf de politie aan te weinig middelen te hebben om de huisartsen op een structurele manier bijstand te verlenen. Daarnaast vormt het gebrek aan eensgezindheid bij samenwerking van meerdere huisartsenkringen met andere visies een belemmering voor de politie.

Beide partijen benoemden echter ook de moeilijkheid van een goede afstemming binnen één politiezone of één huisartsenkring. Bovendien is de geografische discrepantie qua gebied van de politiezones en de huisartsenkringen een drempel voor een goede samenwerking te zien.

Algemeen worden goede scores gegeven bij de beoordeling van het functioneren van het protocol. Huisartsenkringen met protocol geven de samenwerking een score van 7,9/10, de politiezones met protocol geven een score van 7,6/10. De huisartsen melden dat er een vlotte samenwerking plaatsvindt met de politie en dat het opstarten van de huisartsenwachtpost een positief effect gehad heeft op de samenwerking. Verder geven de huisartsenkringen ook aan dat het aanstellen van een vast aanspreekpersoon bij de politie een belangrijke faciliterende factor vormt voor het opstellen van een protocol.

Een belangrijke bemerking hierbij bestaat uit de discrepantie tussen het aantal keren dat de politie beroep doet op de huisartsen, namelijk enkele tientallen keren per jaar, ten opzichte van het beperkter aantal keren dat de huisartsen beroep doen op de politie. Ongeveer een derde van de

huisartsenkringen zonder protocol gaf namelijk aan dat er geen nood is tot samenwerking met de politie, schriftelijk of mondeling, omdat er weinig incidenten of problemen plaatsvinden.

Verder kwam zowel vanuit politiezones als enkele huisartsenkringen zonder protocol de vraag of er een blanco, standaardprotocol bestaat dat als leidraad gebruikt kan worden.

Hieronder worden enerzijds de resultaten van de enquêtes weergegeven, onderverdeeld in zones zonder protocol (huisartsenkringen en politiezones) en daarna de zones met protocol (eveneens huisartsenkringen en politiezones). Anderzijds worden de verzamelde protocollen inhoudelijk vergeleken met elkaar.

4.1 Resultaten van de enquêtes

4.1.1 Zones zonder protocol

4.1.1.1 Huisartsenkringen

Er reageerden 15 huisartsenkringen waar geen protocol met de politiezone op papier staat. Vijf hiervan, dus één op drie, gaf echter wel aan dat er reeds wordt samengewerkt. Bij één van deze vijf kringen vonden er reeds gesprekken met de bijhorende politiezone plaats en is een schriftelijk protocol in opmaak. De vier andere kringen waarbij er reeds samengewerkt wordt, beschikken enkel over een mondelinge overeenkomst met de politiezone. Eén hiervan vond een schriftelijk protocol geen meerwaarde gezien de vlotte samenwerking. De drie anderen verkiezen echter wel een schriftelijk protocol. Twee hiervan hadden nog geen gesprekken met de politiezones omdat het binnen de kring niet duidelijk was wie dit ging opnemen of omdat de afspraken die mondeling overeengekomen zijn duidelijk genoeg zijn en er geen acute problemen zijn die een herbeoordeling noodzakelijk maken. Bij de ene huisartsenkring waar er wel al gesprekken plaatsvonden, werd er achteraf geen opvolging gegeven aan het gesprek.

De tien kringen waar er nog geen systematische samenwerking met de politiezone bestaat geven hiervoor verschillende redenen. De corona-pandemie blijkt een belangrijke reden voor het uitstel van geplande gesprekken bij twee van deze kringen. De helft van deze kringen geeft ook aan dat er geen nood is aan een systematische samenwerking. Verder blijkt ook de geografie van belang, want bij vier van deze kringen heeft het gebrek aan samenwerking te maken met de mismatch tussen gebied van de kring en gebied van de politiezone of met het samensmelten van kringen en opstarten van huisartsenwachtposten.

Slechts twee van de vijftien kringen registreert het wanneer een huisarts beroep doet op de politie. Dit gebeurt telkens via Mediris, het wachtverslag dat opgesteld wordt na de oproep. Er wordt vijf tot tien keer per jaar beroep gedaan op de politie. Bij de eerste van deze kringen wordt er achteraf wordt echter niets gedaan met deze info, behalve voor het regelen van de betaling. De andere kring heeft het enkel over situaties waarin de politie een huisarts oproept voor een onderzoek. Hier registreert men de wachttijd, namelijk de tijd dat de huisarts moet wachten tussen het aankomen bij de politie en het effectief zich bij de patiënt begeven. Deze kring vermeldt dat de samenwerking moeilijk loopt op vlak van verkrijgen van patiëntengegevens en om de betaling bij oproepen van de politie rond te krijgen.

De andere kringen registreren het niet wanneer er door een huisarts van wacht beroep gedaan wordt op de politie, maar geven hoofdzakelijk aan dat dit op zich wel zinvol lijkt. Slechts één kring geeft aan dat dit niet zinvol is en een andere kring redeneert dat de frequentie zodanig laag zal zijn dat die nood zich niet stelt.

Van de vijftien kringen die deze enquête ingevuld hebben, geven negen kringen aan dat er geen duidelijke contactpersoon is bij de politie. De andere zes kringen weten dat ze zich moeten richten naar de commissaris of korpschef. Twee kringen beschikken over de naam van één specifiek persoon.

Verdere aanvullingen of opmerkingen vermelden dat suggesties of voorbeelden van protocollen zeker welkom zijn (drie kringen) of dat het bespreken van de samenwerking opnieuw aangepakt zal worden (twee kringen). Eén kring vermeldt dat de gesprekken lopende zijn en voor een aantal gemeenten uit het gebied reeds afgerond zijn, doch dat de afspraken in andere gemeenten nog moeten aangepast worden. Een andere kring vindt dat er rekening moet mee gehouden worden dat het niet enkel de taak van de zorgverstrekkers is om dit te organiseren, maar dat de communicatie gerichter kan gebeuren wanneer de gesprekken plaatsvinden tussen de politie zelf en de lokale besturen. De andere kringen hebben geen verdere opmerkingen meer.

4.1.1.2 Politiezones

Negen van de 23 politiezones zonder protocol verklaren op heden samen te werken met de huisarts. De politie doet voornamelijk beroep op huisartsen voor bloedafnames in kader van drugs en alcohol in het verkeer, het vaststellen van een overlijden en nodige medische verzorging van personen die opgesloten zijn. Eén zone geeft aan ook structureel overleg te hebben in kader van Covid-19.

Meestal betreft dit een mondeling akkoord en bij twee zones werd dit per e-mail bevestigd. Acht van de negen geven aan dat het echter wel een meerwaarde lijkt dit schriftelijk vast te leggen. Vijf melden dat er reeds gesprekken plaatsvonden voor het opstellen van een protocol. Bij twee hiervan is een protocol in opbouw. Eén politiezone meldt gebrek aan afstemming en verschillende werkwijzen binnen de politiezone als reden dat er na de gesprekken nog geen protocol tot stand is gekomen. Een andere politiezone geeft aan dat er reeds gesprekken plaatsvonden, maar dat men de reden waarom er nog geen protocol tot stand gekomen is, niet kent. De andere vier politiezones die wel samenwerken met de huisartsen, maar aangeven dat er nog geen gesprekken plaatsgevonden hebben, melden dat dit tot op heden niet nodig lijkt.

Van de overige 14 zones die niet samenwerken met de huisartsen, geven zeven aan dat hier geen vraag naar is en dat het afhandelen van incidenten op heden vlot verloopt. Drie politiezones geven aan dat er op heden geen samenwerking is omdat de huisartsen via het noodnummer 101 beroep kunnen doen op de diensten, één hiervan meldt dat er geen capaciteit is om op structurele basis bijstand te bieden.

Eén politiezone geeft aan een bestaand protocol te hebben met het ziekenhuis in hun zone. Hierdoor vervalt voor hen de nood een samenwerkingsprotocol te hebben met de huisartsen. Eén politiezone geeft aan niet samen te werken met de huisartsen omdat de artsen het onderling niet eens geraken. De verschillende kringen hebben elk hun eigen regels en afspraken, waarbij er gebrek is aan een overkoepelende visie. Een andere politiezone vermeldt dat er al lang plannen lopen om een protocol op te stellen maar dat er nog geen opstartvergadering plaatsvond. In een andere politiezone werden reeds de overeenkomstige huisartsenkringen aangeschreven vanuit het oogpunt van de problematiek 'verwittigen dokter van wacht'. In juni werd geantwoord dat men zich bewust is van de problematiek en men zoekt naar oplossingen.

In vier politiezones wordt het momenteel bijgehouden wanneer een huisarts beroep doet op de politie. Drie geven aan dat dit zelden gebeurd. De vierde politiezone geeft aan de frequentie hiervan niet te kennen. Van de overige 19 zones die niet bijhouden wanneer een huisarts beroep doet op de politie geven zes politiezones aan dit wel zinvol te vinden; voornamelijk indien de frequentie van oproepen zou toenemen.

Bij de verdere opmerking wordt door vier politiezones aangegeven open te staan voor het opstellen van een samenwerkingsprotocol indien de noodzaak bij de huisartsen zich aanbiedt. Een andere politiezone geeft aan zelf vragende partij te zijn hiervoor. De vraag stelt zich of een 'standaard' protocol bestaat waarop ze zich zouden kunnen baseren.

Eén politiezone suggereert het inschakelen van de wijkpolitie als vergezellende dienst op huisbezoek indien tijdig afgesproken, zodat er geen beroep gedaan moet worden op de noodcentrale.

4.1.2 Zones met protocol

4.1.2.1 Huisartsenkringen

Bij de zeven huisartsenkringen die beschikken over een schriftelijk protocol voor samenwerking met de politie is een terugkerende aanleiding voor het opstellen van een protocol agressie tegenover artsen. Zo geven vier van de zeven kringen aan dat agressie tegenover artsen de belangrijkste drijfveer was. Ook het opstarten van een huisartsenwachtpost bleek een logisch moment om (de vaak reeds bestaande) afspraken met de politie voor beide partijen te optimaliseren en op papier te zetten.

Slechts in twee van de huisartsenkringen wordt bijgehouden wanneer een arts beroep gedaan heeft op het protocol. Dit gebeurt door de politiezone. Uit deze registratie kon afgeleid worden dat de huisartsen zeer weinig beroep moeten doen op de politie. Dit varieert de laatste jaren van niet tot éénmaal per jaar. Achteraf worden op basis van deze registraties niet steeds acties ondernomen. Zo geeft de ene regio aan dat er niets gebeurt met deze registratie, doch de andere regio analyseert de omstandigheden van het voorval.

De huisartsenkringen waarbij geen registratie gebeurt geven een verdeelde mening over of dit al dan niet nuttig zou zijn. Twee geven aan dat het interessant zou zijn om deze voorvallen te registreren om feedback te bekomen, doch dat dit dan vanuit beide partijen moet bekeken worden. Een andere kring geeft aan dat registratie zeer moeilijk is om bij te houden, maar geeft hier geen verdere uitleg bij. Nog een volgende regio vermeldt dat het niet aangegeven wordt in het protocol hoe dit geregistreerd dient te worden. Het wordt enkel geregistreerd wanneer een arts een patiënt ziet op vraag van de politie, aangezien de tarificatie van het consult dan anders verloopt.

Bij vijf van de zeven kringen met protocol werd het protocol reeds geherevalueerd. De kringen die dit momenteel nog niet gedaan hebben, geven aan dat dit wel zinvol lijkt, maar dat het hen aan tijd ontbreekt. De kringen die wel reeds evaluaties uitvoerden, doen dit meestal op afgesproken tijdstippen via overleg met betrokken partijen. In één kring gebeurt dit systematisch na incidenten waarbij beroep werd gedaan op het protocol. De conclusie bij deze evaluaties is vaak dat het systeem goed functioneert en slecht kleine aanpassingen nodig heeft. Wel valt op dat de wissels van verantwoordelijken bij de politie het belang van de evaluatie vergroot. In veel kringen waren geen aanpassingen aan het protocol nodig, doch de aanpassingen die reeds gebeurden betroffen vaak administratieve zaken. Eén van de huisartsenkringen verklaart verder dat er soms een conflict ontstaat bij het oproepen van een arts door de politie, maar dat gelukkig één van hun artsen vrijwillig de meeste van deze oproepen voor zich neemt. Dit is echter wel iets dat tijdens één van de evaluatie-momenten bekeken werd met de bedoeling een vaste oproepbare arts aan te stellen voor Wodca-controles en collocaties.

Gemiddeld scoren de huisartsenkringen een 7,9 bij de tevredenheid over de protocollen. Over het algemeen wordt aangegeven dat het van groot belang is dat de verantwoordelijken bij de huisartsenkring en bij de politiezone elkaar kennen omdat dit de zaak vergemakkelijkt. Verder wordt

duidelijk de voorkeur gegeven aan interventies waarbij de politie met de patiënt naar de wachtpost gaat, in plaats van dat de huisarts naar het politiebureau moet gaan. De betaling van de huisarts na politie-oproep wordt door één huisartsenkring aangegeven als probleempunt. Een tweede kring geeft aan dat er snel en correct gehandeld wordt bij een oproep. Een derde kring vermeldt dat het protocol goed gevolgd wordt en er goede afspraken zijn over onder andere collocaties, samenwerking met de spoedartsen etc. Zij geven ook aan dat het gevoelig ligt bij de huisartsen wanneer deze opgeroepen worden voor alcoholcontroles. Als oplossing hiervoor stellen ze voor om met een vaste politie-arts te werken, hoewel men beseft dat hiervoor weinig kandidaten zijn en de verloning pover is. Een volgende kring antwoordt in dezelfde lijn, doch zij vermelden dat bij manifestaties pro-actief contact opgenomen wordt en dat bij Wodca controles een arts voorzien wordt door de politie die niet gekoppeld is aan de wachtdienst. De andere regio's geven aan dat er geen veranderingen moeten optreden, behalve de uitbreiding naar alle gemeenten in de kring.

Slechts in twee regio's gebeuren bevragingen bij de leden naar de ervaring van de individuele huisartsen over het protocol. Eén hiervan doet dit jaarlijks tijdens de algemene vergadering. De tweede regio bevraagt de leden om de drie jaar. De kringen die momenteel geen bevragingen doen, hebben een verdeelde mening over het nut hiervan. Twee van de vijf vinden het nuttig om deze bevraging te doen, maar hebben dit door tijdgebrek nog niet uitgevoerd. De andere drie vinden het niet nuttig om dit te bevragen, waarbij een van de kringen stelt dat relevante casuïstiek wel tot bij de betrokken spelers geraakt.

Verdere opmerkingen betreffen vooral het belang van persoonlijk contact en regelmatig samen zitten om zaken op te frissen of bij te sturen. Daarnaast stelt een zeer landelijke huisartsenkring dat er soms geografische discrepanties zijn tussen politiezones en huisartsenkringen die ervoor zorgen dat het samenwerken moeilijker verloopt.

4.1.2.2 Politiezones

Er zijn vijf politiezones die over een schriftelijk protocol met de huisartsenkring beschikken en die de enquête hebben ingevuld. Drie politiezones geven aan dat het opstellen van een schriftelijk protocol op vraag was van de huisartsenkringen. Éénmalig was de initiële aanleiding onbekend, aangezien het protocol al langere tijd, namelijk meer dan tien jaar, bestaat. Het vijfde protocol werd opgesteld naar aanleiding van een overkoepelend project 'geneeskundige hulpverlening en begeleiding' en betreft slechts de opvolging van druggebruikers. De inhoud van dit protocol wordt hieronder besproken. Dit is het enige protocol waarbij de samenwerking al geherevalueerd werd en waarbij op basis van deze herevaluatie een actualisering van het protocol werd opgesteld.

Vier van de vijf politiezones geven aan het te registreren indien een arts beroep doet op het protocol. Deze registratie verloopt binnen de politionele databank ISLP. Allen van deze geven aan dat er zelden tot nooit beroep wordt gedaan op de politie door een huisarts. Bovendien geven ze allen aan dat er achteraf geen acties worden ondernomen rond deze oproepen. Dit lijkt zinvol indien er meerdere oproepen zouden zijn of indien de oproepen elkaar op korte termijn opvolgen. Eén zone geeft aan te weinig relevante ervaring te hebben om mogelijke acties te bepalen. Slechts bij één politiezone vond herevaluatie van het protocol plaats. Alle andere zones geven aan dat er geen herevaluatie plaatsvond door het lage aantal oproepen van de huisartsen naar de politie.

Bij twee protocollen is er eveneens besproken dat de politie beroep kan doen op de huisartsen. Bij beide wordt volgens de registratie hier enkele tientallen keren per jaar gebruik van gemaakt. Van de andere politiezones, geeft één aan dat het interessant zou zijn om dit eveneens in het protocol op te nemen, maar de overige twee melden dit niet zinvol te vinden.

Gemiddeld geven de politiezone een score van 7,6 op 10 over de tevredenheid van de samenwerking met de huisartsen (mediaan 8/10). De laagste score, namelijk 5/10, werd gegeven omwille van het feit dat er geen beroep gedaan wordt op het protocol. De maximale score van 10/10 werd gegeven met als argumentatie dat de huisartsen steeds bereid en beschikbaar zijn.

Als extra opmerking meldt een politiezone dat het zich beroepen op een huisarts van wacht weinig problemen stelt, behalve bij gearresteerde individuën waarbij in enkele gevallen een wettelijke regeling voor de vergoeding van de kosten ontbreekt. Dit kan dan zorgen voor uitblijven van de betaling van de arts, wat een aanleiding is tot frustratie. De installatie van een huisartsenwachtpost heeft wel een positief effect op de samenwerking. Verder zijn er geen aspecten die de politiezones graag anders hadden gezien.

4.2 Verzamelde protocollen

Zeven huisartsenkringen en vijf politiezones met bestaand protocol hebben de enquête ingevuld. In totaal werden zo negen protocollen verkregen.

	Huisartsenkring(en)	Politiezone(s)	Jaar van opstellen
Protocol Antwerpen	Huisartsenkring Antwerpen-Centrum Dokterskring van Berchem Geneesherenkring Merksem-Schoten Huisartsenkring Antwerpen-Noord Huisartsenkring Hoboken-Kiel-Valaar Huisartsenkring Deurne-Borgerhout Huisartsenvereniging Wilrijk Huisartsenkring "'t Vlaemsch Hooft"	Lokale Antwerpen	2011
Protocol Klein Brabant	VZW Huisartsenkring Klein Brabant	PZ Klein Brabant	2018
Protocol Lokeren	Huisartsenkring Lokeren	Politiezone Lokeren	2015
Protocol Mechelen	Huisartsenwachtpost regio Mechelen	Politiezone Mechelen-Willebroek Politiezone Bodukap Politiezone Kastze	2018
Protocol RIHO	Vzw Huisartsenkring Midden West-Vlaanderen Vzw Huisartsenkring Izegem-Ingelmunster-Lendelede	RIHO	2007
Protocol Sint-niklaas	Huisartsenkring Groot Sint-Niklaas	PZ Sint-Niklaas	2013
Protocol Turnhout	Huisartsenvereniging regio Turnhout vzw	Politie regio Turnhout	2018
Protocol Westkust	Huisartsenkring IJzerstreek en Westkust	Lokale Politie Spoorkin Politiezone Polder Lokale Politie Middelkerke Politie Westkust	/
Protocol Zennevallei	Artsenkring Zennevallei	PZ Zennevallei PZ Rode/Linkebeek/Drogenbos	2019

Tabel 4: Overzicht van de verzamelde protocollen

Bij het vergelijken van de inhoud van de protocollen komen onderstaande onderwerpen aan bod.

1. Politie vordert huisarts

a. Bloedafname (vijf protocollen)

Afspraken in verband met het plaatsvinden van gerechtelijke vordering voor bloedafnames worden besproken in het protocol van de Zennevallei, Turnhout, Westkust, Mechelen en Antwerpen. Allen

benoemen dat dit kan worden gepland in de wachtpost of, indien het een agressieve patiënt betreft, kan plaatsvinden op het politiecommissariaat. Het protocol van Westkust vermeldt dat zowel in de wachtpost als tijdens de week gegarandeerd wordt door de huisartsen dat deze bloedafname voorrang krijgt op de andere patiënten. Tevens zal de politie ervoor zorgen dat alles goed voorbereid is zodat de arts zo efficiënt mogelijk zijn taak kan vervullen.

b. Onderzoek van een persoon in opdracht van de procureur des Konings (twee protocollen)

Het protocol van Mechelen en het protocol Westkust stellen dat onderzoek van een persoon in opdracht van de procureur des Konings, zijnde in het kader van een 'dringende procedure gedwongen opname' en het opmaken van een 'omstandig geneeskundig verslag' of het verlenen van een 'advies' ter zake, een medische en maatschappelijke urgentie is. Dit onderzoek zal zoveel als mogelijk plaatsvinden op het politiebureel. Dit zowel om gevaarsituaties van fysieke agressie te vermijden, alsook de patiënt minimaal aan de publieke belangstelling bloot te stellen. De erelonen voor deze prestatie worden als 'gerechtskosten' aangerekend aan de FOD Justitie.

c. Medisch attest ter goedkeuring voor opsluiting in de cel (drie protocollen)

Het is de officier van bestuurlijke politie (OBP) die beslist of een medisch onderzoek noodzakelijk is alvorens opsluiting in de cel plaatsvindt. Bij personen met een medisch verleden of personen die medicatie nemen, zal dit steeds het geval zijn.

Dit wordt aangehaald in het protocol van Mechelen, Turnhout en van Zennevallei. Daarbij wordt in de laatste twee genoemde gespecificeerd dat dit voor 'gemakkelijke' persoon in de wachtpost kan gebeuren, maar dat een 'moeilijke' persoon in het politiecommissariaat gezien wordt. Indien het een gewonde persoon betreft, wordt beroep gedaan op de ambulance. Het protocol van Mechelen stelt dat dit onderzoek steeds op het politiebureel plaatsvindt.

De tarificatie zal steeds aangerekend worden aan de aangehouden persoon. Dit is vastgelegd bij wet.x.

d. Vaststellen overlijden (drie protocollen)

Het oproepen van huisarts van wacht voor het vaststellen van een overlijden staat beschreven in het protocol van Antwerpen, Mechelen en Westkust. Indien de vaste huisarts van de overledene niet gekend is of het vaststellen dient te gebeuren tijdens de wachtdienst wordt de huisarts van wacht opgeroepen. In elk ander geval wordt de eigen huisarts gecontacteerd. De tarificatie gebeurd door de nabestaanden of via derdebetalersregeling. Echter zullen de erelonen aangerekend worden als gerechtskosten aan de FOD justitie wanneer het overlijden als niet natuurlijk beschouwd wordt.

e. Betaling van de huisarts van wacht (vier protocollen)

Het protocol van Antwerpen specificeert dat de betaling van de huisarts, zowel bij een bloedafname als bij een goedkeuring opsluiting in de cel, afgerekend wordt als gerechtskosten aan de FOD Justitie. In dit protocol wordt bij elk onderdeel vermeld hoe de tarificatie zal verlopen. Het protocol van Westkust en van Mechelen vermelden enkel in geval van een onderzoek van een persoon in opdracht van de procureur des Konings (bijvoorbeeld bij een niet natuurlijk overlijden) dit ook als gerechtskosten aan de FOD Justitie zal aangerekend worden, waarbij de officier van de gerechtelijke politie al het nodige doet om de vordering van deze gerechtskosten correct te laten verlopen. Deze protocollen specificeren niet hoe de betaling bij een bloedafname zal verlopen. Het protocol van Turnhout vermeldt dat alle tarificatie geïnd wordt op de rekening van de wachtpost. De andere protocollen vermelden het verloop van tarificatie niet.

2. Huisarts roept politie op

Het protocol RIHO bespreekt de hulpverlening aan een huisarts die in moeilijkheden verkeert. Zo kan een huisarts onmiddellijke hulpverlening krijgen via een rechtstreeks telefoonnummer van de politiezone. Ook preventieve bijstand bij een risico-oproep kan worden aangevraagd, waarbij in samenspraak met de politie kan bekeken worden of de politie al dan niet ter plaatse blijft.

Bij het protocol van Klein Brabant kunnen de huisartsen eveneens een beroep doen op een rechtstreeks telefoonnummer van de politiezone voor de preventieve bijstand bij een risico-oproep. Dit kan tijdens de weekdagen tussen 7 en 19h en op zaterdag tussen 9 en 17h. Buiten deze uren of bij een dringende oproep, belt de huisarts het noodnummer 112. Dit is het enige topic dat in dit protocol besproken wordt.

Ook het protocol Sint-Niklaas, Lokeren en Mechelen (zie veiligheidsprotocol stappenplan) bespreken de preventieve hulpverlening aan een huisarts die een risico-oproep krijgt. Hierbij wordt op voorhand afgesproken op welk tijdstip de politie de huisarts telefonisch dient te contacteren. Indien geen reactie verkregen wordt van de arts in kwestie, wordt er onmiddellijke bijstand geboden.

Protocol Zennevallei vermeldt dat bijstand bij een huisbezoek kan geregeld worden via het noodnummer 112. De informatie hieromtrent kan teruggevonden worden in de bijlages.

3. Algemene onderdelen

Hiernaast melden het protocol van Antwerpen en Mechelen dat de huisarts of de huisartsenwachtpost een bijzondere parkeerkaart kan aanvragen. Deze kaart mag enkel gebruikt worden bij bepaalde medische tussenkomsten, namelijk bij een ongeval, een dringend huisbezoek en een levensbedreigende situatie. Deze kaart biedt echter geen vrijstelling voor het betalend parkeren.

De protocollen van Turnhout en Zennevallei vermelden beide in het protocol ook bijkomende tips die kunnen genomen worden ter preventie van geweld.

Grootschalige alcoholcontroles, wegwerkzaamheden, evenementen en omleidingen worden volgens het protocol van Turnhout via e-mail doorgegeven naar de wachtpostcoördinator.

4. Herevaluatie van het protocol

Het protocol van Klein Brabant voorziet zesmaandelijks overleg tussen de voorzitter van de huisartsenkring, de burgemeester en/of de korpschef. Hierbij zal een evaluatie gebeuren van de organisatorische en inhoudelijke problematiek van het protocol, alsook van de incidentie van de agressie en de resultaten van dit veiligheidsprotocol. Jaarlijkse herevaluatie wordt voorzien in het protocol van Zennevallei, Sint-Niklaas, Westkust, Antwerpen, Lokeren en Mechelen.

5 Discussie

Uitvoering van het onderzoek

Het verspreiden van de enquêtes werd uitgevoerd via Domus Medica en via het aanschrijven van de provinciale directeur-coördinator. Hierdoor werden 50 enquêtes ingevuld en negen protocollen verkregen, waarvan er zes nog niet geregistreerd waren bij Domus Medica.

In het vergelijken van de enquêtes bij zones met protocol komen enkele punten aan bod waarbij de politie beroep kan doen op de huisartsen, alsook omgekeerde situaties wanneer de huisarts de politie mag oproepen. In de enquêtes geven zowel politiezones als huisartsenkringen aan tevreden te zijn met het bestaande protocol, doch dit slechts beperkt te gebruiken. Probleempunten die door de huisartsenkringen worden aangekaart, zijn vooral de betaling van de huisarts en de onduidelijkheid over een vast aanspreekpunt bij de politie. Weinig middelen voor structurele bijstand en gebrek aan goede afstemming bij het samenwerken tussen meerdere huisartsenkringen, zorgen dan voor frustraties bij de politiezones. Politiezones en huisartsenkringen zonder protocol benadrukken de vraag naar een standaardprotocol dat als leidraad gebruikt kan worden. Het opgestelde blanco standaardprotocol werd gebaseerd op de analyse van de bestaande protocollen en de onderwerpen die hierin aan bod kwamen.

Bij het terugkoppelen naar de literatuur, valt op dat er voornamelijk reeds veel geschreven is over welke preventieve maatregelen huisartsen kunnen nemen om de incidentie van geweld te verlagen. Bovendien werd gekeken wat de overkoepelende instanties kunnen betekenen. We vonden reeds vele initiatieven die acties op poten zetten om de veiligheid van zorgverleners te vergroten. Echter kwam dit telkens voort uit verschillende instanties (PRaaG, Domus Medica, FOD Binnenlandse zaken…), doch dit echter zonder duidelijke overkoepelende visie.

Domus Medica deed enkele aanbevelingen via hun website van verschillende acties die ondernomen kunnen worden, waaronder het opstellen van een samenwerkingsprotocol met de politie. Domus Medica was reeds op de hoogte van het bestaan van drie protocollen en wenste een meer compleet beeld te verkrijgen over de huidige stand van zaken. Het was dan ook op hun vraag dat dit onderzoek werd uitgevoerd.

De dienst Binnenlandse zaken stuurde in het verleden reeds een brief rond naar alle Vlaamse huisartsenkringen en politiezones om hen te motiveren tot contactname met als doel een samenwerkingsprotocol te kunnen opstellen. Hierbij werd al een aanzet van een standaardprotocol meegezonden. Dit protocol bespreekt echter enkel hoe de huisartsen beroep kunnen doen op politionele bijstand. Hoe de politie ook beroep kan doen op de huisartsen wordt niet besproken. Echter zijn er veel situaties waarin dit wel voorkomt en in een aantal van de verzamelde protocollen wordt dit effectief besproken. Daarom werd een nieuw, uitgebreider standaardprotocol opgesteld, dat ook meer uitgebreid tracht rekening te houden met alle mogelijke situaties die zich voordoen bij de samenwerking tussen huisartsen en politie en dit in beide richtingen.

In dit standaardprotocol zal ook rekening gehouden worden met het wettelijk kader rond beroepsgeheim en GDPR. Op vlak van beroepsgeheim is het wettelijk toegestaan dat informatie gedeeld wordt tussen arts en politiemedewerker indien dit noodzakelijk is om de veiligheid van zowel de patiënt als de zorgverlener te garanderen. Sinds de invoering van de GDPR-wetgeving moet hiermee echter ook rekening gehouden worden bij overdracht van persoonsinformatie. Voor het meedelen van iedere vorm van persoonsinformatie dient een GDPR-overeenkomst opgesteld te worden. De politie is hiervan vrijgesteld, doch de huisartsenkringen dienen te voldoen aan de voorwaarden van de GDPR-wetgeving. Hiervoor dient elke huisartsenkring over een schriftelijke

verklaring te beschikken. Puur op basis van de GDPR-wetgeving is elke huisartsenkring dus verplicht een document op te stellen volgens de voorwaarden van de verwerkersovereenkomst die door de overheid opgesteld werden. Hierbij dient vermelding gemaakt te worden van zowel degene die de gegevens doorgeeft als van de bestemmeling van deze gegevens. Met andere woorden, indien een politiezone en huisartsenkring informatie willen uitwisselen, is het wettelijk verplicht dat tussen beiden een verwerkersovereenkomst op papier gezet wordt.

Daarnaast toont de literatuur dat er vanuit zorgverleners weinig aangifte gedaan wordt van geweld en dat er weinig beroep gedaan wordt op de politie. Met het opstellen van een blanco standaardprotocol wordt dus ook getracht om de drempel tot samenwerking tussen huisartsenkring en politiezone te verlagen.

Beperkingen van het onderzoek

Belangrijk is om te bemerken dat een groot aantal huisartsenkringen en politiezones de enquête niet hebben ingevuld. We verkregen van 22 van de 79 bestaande Vlaamse huisartsenkringen een antwoord; dit komt neer op 27,8%. Van de 107 aantal Vlaamse politiezones vulden 28 de enquêtes in; wat een responsgraad van 26,2% betekent. Dit onderzoek kan dus echter niet veralgemeend worden voor alle regio's in Vlaanderen.

Bij het bekijken van de resultaten van de enquêtes werd duidelijk dat niet steeds de juiste enquêtes werd ingevuld. Zo vulde politiezone Zaventem de enquête in voor zone mét schriftelijk protocol, doch na navragen bleek dat er enkel mondeling overleg had plaatsgevonden en er geen schriftelijk protocol bestond. Ook bij huisartsenkring Merelbeke bestond er verwarring, want zij vulden eerst de enquête voor kringen met protocol in, ondanks het feit dat ze zelf niet over een protocol beschikken. Van huisartsenkring HAMWVL vulden twee personen de enquête in.

In dit onderzoek werd ervoor gekozen om de huisartsenkringen en politiezones aan te spreken. Hierdoor werd deze enquête ingevuld door een vertegenwoordiger van de huisartsenkring of de politiezone en niet door individuele huisartsen of politieagenten. De vraag stelt zich of deze mening te veralgemenen valt naar alle artsen of agenten binnen de kring of de zone.

Aanbevelingen voor verder onderzoek en praktijk

Het uitbreiden van de respons vormt het meest voor de hand liggende punt voor vervolgonderzoek. Het betrekken van de huisartsenkringen en politiezones die momenteel niet reageerden, kan een meerwaarde vormen voor het in beeld brengen van alle visies en meningen rond de protocollen. Hiervoor kan het aangewezen zijn om dit aan te pakken vanuit de beroepsgroep op Vlaams niveau. Dit onderzoek trachtte reeds om de huisartsenkringen te betrekken via Domus Medica om zo de respons te verhogen, doch ook via deze methode bleek het geen evidentie om een hoge responsgraad te bereiken. Hier zou het interessant zijn om een eenduidige actie op poten te zetten vanuit de overkoepelende organisaties. Bij de huisartsen kan dit eventueel door accreditering te koppelen aan het invullen van de enquête.

Mogelijks kan het uitvoeren van een gestructureerde bevraging om in kaart te brengen wat huisartsen en politieagenten zelf vinden van het opgestelde protocol en de samenwerking als aanbeveling van op Vlaams niveau gestimuleerd worden. Huisartsenkring Sint-Niklaas voerde reeds een bevraging uit bij zijn leden om de tevredenheid rond hun protocol te evalueren. Resultaten hiervan kunnen opgevraagd worden bij de huisartsenkring. Hierbij bevroegen ze onder andere het algemene veiligheidsgevoel en indien reeds beroep werd gedaan op de politie hoe dit verliep. Door deze bevraging reeds tweemaal te organiseren, was deze kring in staat om een vergelijking te maken tussen de situatie voor het bestaan van de wachtpost en het protocol en de situatie nadien. Dit vormt een objectieve methode om ook bij de leden van de kring na te gaan hoe het protocol ervaren wordt. Eventueel kan dit bij de huisartsenkringen gebeuren door veiligheid als onderwerp tijdens een LOK of

algemene vergadering te bespreken. Bij de politiezone kan dit mogelijks gebeuren door de korpschefs de enquêtes te laten afnemen bij de inspecteurs.

Verder dient aandacht gevestigd te worden op het belang van regionale samenwerking. Zowel huisartsenkringen als politiezones laten weten dat het een zeer belangrijke faciliterende factor is om een duidelijke contactpersoon te kennen. Lokale samenwerking zorgt dat de protocollen kunnen opgesteld worden met focus op de regionale noden. Zowel bij politiezones als huisartsenkringen wordt gezien dat er onduidelijkheid is over wie de aan te spreken contactpersoon is. Eén van de politiezones geeft aan dat zij het onterecht vinden dat het initiatief telkens vanuit de politiezone dient te komen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een leidraad op Vlaams niveau zeer nuttig kan zijn, maar dat het effectief opstellen en finetunen dient te gebeuren op lokaal niveau. Hiervoor stelt Domus Medica voor dat er per huisartsenkring een veiligheidscoördinator aangesteld wordt. Deze persoon zou dan de Vlaamse leidraad kunnen aanpassen naar de lokale noden en het aanspreekpunt voor de politie vormen. Het lijkt aangewezen om bij de politie een gelijkaardige functie op te stellen.

Voorstel standaardprotocol

Voor het opstellen van een standaardprotocol zijn een aantal onderdelen onontbeerlijk. Zo dient uiteraard gespecificeerd te worden tussen welke huisartsenkring(en) en politiezone(s) de overeenkomst afgesloten wordt en voor welk gebied deze van toepassing is. Er dient ook bekeken te worden wanneer het protocol geldt. Kan er permanent beroep op het protocol gedaan worden of bijvoorbeeld enkel tijdens de wachtdienst of tijdens openingsuren van het onthaal van de politiezone.

Daarnaast werden een aantal topics in de bestaande protocollen besproken, waarvan elke huisartsenkring en politiezone individueel kan beoordelen of dit van belang is in hun situatie.

- Het opvorderen van huisartsen door de politie (met bespreking van de tarificatie van de huisarts)
    - Bij overlijden
    - Dringende procedure gedwongen opname
    - Bloedafname – alcohol- en drugscontrole
    - Attest opsluiting in de cel
- De bijstand die de politiezones kunnen bieden aan de huisartsen
    - Preventieve bijstand bij verdachte oproep
    - Onmiddellijke bijstand
- Herevaluatie

Afhankelijk van de noden van de huisartsenkring of de politiezone kunnen ook algemene tips tegen preventie van geweld en praktische afspraken rond evenementen en omleidingen opgenomen worden in het protocol.

Verder dient een alinea geïncludeerd te worden om ervoor te zorgen dat de informatie-uitwisseling tussen politiezone en huisartsenkring voldoet aan de GDPR-wetgeving. De gegevens die in deze alinea moeten beschreven zijn, worden duidelijk opgesomd in artikel 20 van de wet van 30 juli 2018 en werden reeds hierboven bij de literatuur beschreven.

Op basis van deze bovenstaande onderdelen werd reeds een standaardprotocol opgesteld. Dit is terug te vinden in bijlage 1.

6 Conclusie

Dit onderzoek trachtte in kaart te brengen hoe de huisarts, in zijn kwetsbare positie als zorgverlener, kan samenwerken met de politie, als belangrijke medespeler in de eerste lijn die zowel beroep kan doen op de arts, als zelf door de arts opgeroepen kan worden. De literatuur toont dat er reeds veel geschreven werd over agressie tegenover artsen en de preventieve maatregelen op beleidsniveau en door individuele zorgverleners, doch concrete informatie over de samenwerking tussen politiediensten en zorgverleners is uitermate beperkt. Daarom werd in dit onderzoek de focus gelegd op het bestaan van samenwerkingsprotocollen die de samenwerking kunnen faciliteren en zo het gevoel van veiligheid kunnen verhogen.

De bedoeling van het onderzoek omvatte het verzamelen van de bestaande protocollen, maar ook het bevragen van de mening over de huidige samenwerking met en zonder protocol, zowel bij de huisartsenkringen als bij de politiezones. Het rondsturen van enquêtes via Domus Medica naar de huisartsenkringen en via de Directeur-coördinatoren (Dirco's) naar de politiezones bracht respectievelijk 22 en 28 antwoorden op. Zowel politiezones als huisartsenkringen geven aan tevreden te zijn met het bestaande protocol, doch dit slechts beperkt te gebruiken. Probleempunten zijn vooral de betaling van de huisarts en de onduidelijkheid over contactpersonen. Politiezones en huisartsenkringen zonder protocol benadrukken de vraag naar een standaardprotocol dat als leidraad gebruikt kan worden. Er werden in totaal negen protocollen verzameld, doch dit kan een onderschatting zijn van het bestaande aantal.

Als aanbeveling naar de toekomst kan er dan ook voorgesteld worden om in te zetten op het verkrijgen van meer antwoorden van zowel de huisartsenkringen als de politiezones. Hierdoor zouden enerzijds een groter aantal opinies verkregen worden, alsook kan zo worden nagegaan of er naast de negen verzamelde protocollen, nog andere protocollen bestaan.

Bijkomend kan het interessant zijn om met verder onderzoek in kaart te brengen wat de individuele huisartsen en politieagenten zelf vinden van de samenwerking en de bestaande protocollen, want dit onderzoek beperkte zich tot het antwoord van de verantwoordelijke van de huisartsenkring of de politiezone.

Ten slotte lijkt het een meerwaarde om een vergelijking te maken van de situatie voor en na het opstellen van een samenwerkingsprotocol, zoals bijvoorbeeld in Sint-Niklaas reeds gebeurde. Hierdoor kan beoordeeld worden welke impact het samenwerkingsprotocol heeft op het algemene veiligheidsgevoel, de vlotheid in de samenwerking etc.

Op basis van de reeds verkregen protocollen werd een voorbeeldprotocol uitgeschreven dat gebruikt kan worden bij het opstellen van een samenwerkingsprotocol. Dit standaardprotocol bevat de punten die in de bestaande protocollen en de enquêtes naar voor kwamen als belangrijk voor huisartsenkringen en/of politiezones. Verder bevat dit standaardprotocol de GDPR-wetgeving die zeker geïncludeerd moet worden. De huisartsenkringen en de politiezones kunnen zich op dit standaardprotocol baseren en dit verder aanpassen aan hun reeds bestaande samenwerking. Door het verspreiden van dit standaardprotocol kan mogelijks de drempel voor het opstellen van een schriftelijk samenwerkingsprotocol tussen huisartsenkring en politiezone verlaagd worden of de gesprekken omtrent samenwerking vergemakkelijken.

7 Bronnen

1. Gan Y, Jiang H, Li L, Yang Y, Wang C, Liu J, et al. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2019;19(1):1607.
2. Orde der artsen. Oprichting van een nationaal meldpunt van agressie tegen artsen; geraadpleegd op 30 maart 2021. Beschikbaar via: https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/geweld/oprichting-van-een-nationaal-meldpunt-van-agressie-tegen-artsen.
3. Goldberg LR. The development of markers for the Big-Five factor structure. Psychological Assessment. 1992;4(1):26-42.
4. de Jager L. Agressie en geweld tegen artsen binnen de arts-patiëntrelatie: Een cross-sectioneel onderzoek in België: Vrije Universiteit Brussel; 2017.
5. Artsenkrant. 4 op 10 artsen slachtoffer van seksueel ongewenst gedrag. Beschikbaar via: https://www.artsenkrant.com/actueel/4-op-10-artsen-slachtoffer-van-seksueel-ongewenst-gedrag/article-normal-26763.html.
6. Demeur V, Devos S, Jans E, Schoenmakers B. Aggression towards the GP: can we profile the GP-victim? A cross-section survey among GPs. BJGP Open. 2018;2(3):bjgpopen18X101604.
7. Jager Ld. Agressie en geweld in de huisartsenpraktijk: een cross-sectioneel onderzoek naar de perceptie van geweld. 2019.
8. Appeltans A. Preventiemaatregelen tegen geweld en inbraak in huisartspraktijken: Vrije Universiteit Brussel 2020.
9. Geldolf M, Tijtgat J, Dewulf L, Haezeleer M, Degryse N, Pouliart N, et al. Sexual violence in medical students and specialty registrars in Flanders, Belgium: a population survey. BMC Medical Education. 2021;21(1):130.
10. CD&V. Bijna dagelijks een melding van geweld tegen zorgverleners. Beschikbaar via: https://www.nahima.be/nieuws/bijna-dagelijks-een-melding-van-geweld-tegen-zorgverleners/.
11. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. Rural general practitioner experience of work-related violence in australia. Aust J Rural Health. 2003;11(5):231-6.
12. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. Med J Aust. 2005;183(7):352-6.
13. 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.
14. Magin PJ, May J, McElduff P, Goode SM, Adams J, Cotter GL. Occupational violence in general practice: a whole-of-practice problem. Results of a cross-sectional study. Aust Health Rev. 2011;35(1):75-80.
15. 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.
16. Stewart DE, Ahmad F, Cheung AM, Bergman B, Dell DL. Women physicians and stress. J Womens Health Gend Based Med. 2000;9(2):185-90.
17. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi SR, Lemire F, Manca D, et al. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major, or severe problem? Can Fam Physician. 2010;56(3):e101-8.
18. Yang SZ, Wu D, Wang N, Hesketh T, Sun KS, Li L, et al. Workplace violence and its aftermath in China's health sector: implications from a cross-sectional survey across three tiers of the health system. BMJ Open. 2019;9(9):e031513.
19. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. Dtsch Arztebl Int. 2015;112(10):159-65.
20. 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;5:54.
21. 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):U2050.
22. Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. Bmj. 1991;302(6772):329-32.
23. Aydin B, Kartal M, Midik O, Buyukakkus A. Violence against general practitioners in Turkey. J Interpers Violence. 2009;24(12):1980-95.
24. Elston MA, Gabe J. Violence in general practice: a gendered risk? Sociol Health Illn. 2016;38(3):426-41.
25. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. N Engl J Med. 2016;374(17):1661-9.
26. Kumar M, Verma M, Das T, Pardeshi G, Kishore J, Padmanandan A. A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. J Clin Diagn Res. 2016;10(11):Lc06-lc10.
27. Pai SA. Violence against doctors on the increase in India. Natl Med J India. 2015;28(4):214-5.
28. Ghosh K. Violence against doctors: A wake-up call. Indian J Med Res. 2018;148(2):130-3.
29. Domus Medica. Politie en veiligheid. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/expertisedomein/kringen/politie-en-veiligheid.
30. Algemene Directie Veiligheid en Preventie. FAQ Veiligheidsthema's Ondernemers en vrije beroepen.

31. Algemene Directie Veiligheid en Preventie. Stop geweld tegen huisartsen: campagne 2019. Beschikbaar via: https://www.besafe.be/nl/veiligheidsthemas/ondernemers-vrije-beroepen/veiligheid-van-huisartsen/stop-geweld-tegen-huisartsen.
32. Sibbald B. Workplace violence is not part of a doctor's job. Cmaj. 2017;189(5):E184.
33. Magin P, Adams J, Ireland M, Joy E, Heaney S, Darab S. The response of general practitioners to the threat of violence in their practices: results from a qualitative study. Fam Pract. 2006;23(3):273-8.
34. NHS England South (South West). Violent Patients Scheme Handbook. 2016.
35. Gilliland AE, Sinclair H, Cupples ME, McSweeney M, Mac Auley D, O'Dowd TC. Stress and morale in general practice: a comparison of two health care systems. Br J Gen Pract. 1998;48(435):1663-7.
36. Iroku-Malize T, Grissom M. The agitated patient: Steps to take, how to stay safe. J Fam Pract. 2018;67(3):136-47.
37. Moylan S. Occupational violence and staff safety in general practice. Aust Fam Physician. 2017;46(12):952-6.
38. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. BMJ Open. 2019;9(9):e028465.
39. Moor LG, Vanderplasschen W, van Dijk A. Politie en gezondheidszorg: partners in veiligheid. 2016.
40. Orde der artsen. Samenwerking tussen de politie, het openbaar ministerie en de ziekenhuizen - Deontologische beginselen. Beschikbaar via: https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/beroepsgeheim/samenwerking-tussen-de-politie-het-openbaar-ministerie-en-de-ziekenhuizen-deontologische-beginselen.
41. Sarin J. To improve nation's health, first improve ours: government docs. IANS 2014.
42. Sansone RA, Sansone LA, Wiederman MW. Patient bullying: a survey of physicians in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2007;9(1):56-8.
43. Zheng X, Wei L, Zhang B. Medical dispute survey in China and medical dispute solution overseas. Chinese Hospitals. 2007.
44. Strafwetboek 8 juni 1867. Beschikbaar via: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=1867060850&la=N.
45. Vlaamse overheid. Beheer en beveiliging van persoonlijke gegevens van Europese burgers (GDRP of AVG). Beschikbaar via: https://www.vlaanderen.be/uw-overheid/werking-en-structuur/hoe-werkt-de-vlaamse-overheid/beheer-en-beveiliging-van-persoonlijke-gegevens-van-europese-burgers-gdpr-of-avg.
46. VERORDENING (EU) 2016/679 VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD 27/04/2016. Beschikbaar via: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX%3A02016R0679-20160504.
47. overheid V. Informatie over protocollen mededeling persoonsgegevens. Beschikbaar via: https://overheid.vlaanderen.be/digitale-overheid/faq-vtc/protocol.
48. RICHTLIJN (EU) 2016/680 VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD 27/04/2016. Beschikbaar via: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX%3A32016L0680.
49. Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, (30 juli 2018).

8 Bijlagen

Bijlage 1: Standaardprotocol

Samenwerkingsakkoord tussen huisartsenkring en politiezone (bewerkbaar document kan opgevraagd worden bij Domus Medica)

Samenwerkingsovereenkomst

Deze samenwerkingsakkoord wordt afgesloten tussen

- Huisartsenkring … , vertegenwoordigd door … (kringvoorzitter of veiligheidscoördinator)
- Politiezone … , vertegenwoordigd door … (korpschef)

Inhoud van dit standaardprotocol

Doel van de samenwerking
Afspraken
1. Het opvorderen van huisartsen door de politie
   1.1 Bij overlijden
      1.1.1 De huisarts is gekend
      1.1.2 De huisarts is niet gekend
      1.1.3 Tarificatie
   1.2 Dringende procedure gedwongen opname
      1.2.1 Tarificatie
   1.3 Bloedafname – alcohol- en drugscontrole
      1.3.1 Tarificatie
   1.4 Attest opsluiting in de cel
      1.4.1 Tarificatie
2. De bijstand die de politiezones kunnen bieden aan de huisartsen
   2.1 Preventieve bijstand bij verdachte oproep
   2.2 Onmiddellijke bijstand bij een dringende oproep van een huisarts in moeilijkheden
Herevaluatie
Verwerking van persoonsgegevens (GDPR)

Doel van de samenwerking

Het doel van deze overeenkomst is het nastreven van een goede samenwerking tussen de huisartsen en de politie. Dit voor de opvordering van artsen door de politie, alsook het ondersteunen van de veiligheid van de wachtdoende artsen.

Beide partijen verbinden er zich toe de elementen uit deze overeenkomst mee te delen respectievelijk aan de artsen van de regio en aan de politiebeambten. Ze zullen er tevens op toe zien dat ze nagekomen worden.

Bij problemen zullen bij de lokale politie de korpschef of zijn vervanger en bij de huisartsen de voorzitter verwittigd worden. Zoveel als mogelijk zal in eerste instantie bemiddelend opgetreden worden.

Afspraken

1. Het opvorderen van huisartsen door de politie

1.1 Bij overlijden

1.1.1 De huisarts is gekend

Indien de politie het overlijden wil laten vaststellen voor een persoon waarvan de huisarts bekend is, wordt deze verwittigd en is er geen 'opvordering'. De huisarts zal de nodige schikkingen treffen om binnen een billijke termijn - rekening houdend met de omstandigheden en in onderling telefonische afspraak - dit overlijden vast te stellen en het formulier IIIC op te maken.
Als de huisarts afwezig is, zal diens vervanger zijn taak overnemen. Tijdens weekend, feestdagen en (eventueel) avond/nacht op weekdagen zal, bij afwezigheid van de huisarts, beroep gedaan worden op de huisartsenwachtdienst.
Indien de MUG-arts aanwezig is, stelt deze het overlijden vast.

1.1.2 De huisarts is niet gekend

Indien de huisarts van de overledene niet gekend is dan doet de lokale politie beroep op de huisarts van wacht via het centraal oproepnummer 1733. Gezien huisartsen met wacht hun wachtgebied niet mogen verlaten, zal geen beroep gedaan worden op een wachtarts uit een andere regio.
Indien het overlijden op een openbaar domein plaatsvindt, wordt het vaststellen van het overlijden als prioritair door de wachtdoende huisarts behandeld opdat een snelle evacuatie van het lichaam kan plaatsvinden.

1.1.3 Tarificatie

In beide situatie betreft het geen 'opvorderen van een arts' en dient het ereloon door de arts ontvangen te worden bij de nabestaanden van de patiënt. In sommige omstandigheden kan – via het systeem 'derde betalende' - beroep gedaan worden op het ziekenfonds van de overledene.

Wanneer een overlijden niet te wijten is aan een natuurlijke oorzaak – een vaststelling die geschiedt door de eerst opgeroepen arts – dan wordt het parket verwittigd. In deze situatie is de arts wel gevorderd en zullen de erelonen aangerekend worden als gerechtskosten aan het FOD Justitie.

1.2 Dringende procedure gedwongen opname

Onderzoek van een persoon, in opdracht van de procureur des Konings, in het kader van een 'dringende procedure gedwongen opname' en het opmaken van een 'omstandig geneeskundig verslag' of het verlenen van een advies ter zake is in principe een medische en maatschappelijke urgentie.
Elke arts, bevoegd om de geneeskunde uit te oefenen, die geen band heeft met de patiënt of de aanvrager, geen familie of aangetrouwde familie is van de patiënt of de aanvrager en niet verbonden is op om het even welke manier aan de instelling waar de patiënt verblijft, kan volgens de Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990, door de procureur des Konings aangewezen worden om deze opdracht uit te voeren.
Om gevaarsituaties waarbij fysieke agressie wordt veroorzaakt door de (geestes)zieke persoon tot een minimum te beperken, alsook om hem/haar minimaal aan de publieke belangstelling te moeten blootstellen zal dit onderzoek zoveel als mogelijk op het politiebureel plaatsvinden.

In periodes zonder wachtdienst is de lokale huisartsenkring verantwoordelijk voor het opstellen van een lijst met beschikbare artsen zodat de politie beroep kan doen op een arts die vermeld is in deze lijst.

In periodes met wachtdienst kan beroep gedaan worden op de huisarts met wacht. Gezien huisartsen met wacht hun wachtgebied niet mogen verlaten, zal geen beroep gedaan worden op een wachtarts uit een andere regio.
De officier van gerechtelijke politie zal - om de tijdsinvestering van de arts zoveel mogelijk te beperken - al het nodige doen opdat het onderzoek van de patiënt en het omstandig geneeskundig

verslag kan opgemaakt worden op de meest efficiënte manier. Desgevallend zal hij/zij telefonisch contact met de procureur mogelijk maken om te kunnen overleggen.

1.2.1 Tarificatie

De erelonen voor deze prestatie worden als gerechtskosten aangerekend aan de FOD Justitie. De officier van gerechtelijke politie zal al het nodige doen om vordering van deze gerechtskosten correct te laten verlopen.

1.3 Bloedafname – alcohol- en drugscontrole

Het opvorderen van artsen met het oog op het nemen van een bloedstaal wordt voorzien in artikel 63 van de Wet op de Politie over het Wegverkeer van 16 maart 1968. Artikel 14 van de programmawet van 8 juni 2008 vermeldt daarenboven dat de dienstverlenende persoon die weigert gevolg te geven aan een opdracht waarvoor hij gevorderd werd kan gestraft worden met een geldboete van 50 euro tot 500 euro.

Een arts kan slechts weigeren:

- wanneer hij een medische tegenindicatie tegen de bloedproef vaststelt of wanneer hij de redenen die de persoon aanvoert om zich aan de bloedproef te onttrekken, als gegrond erkent.
- wanneer de betrokkene weigert zich aan de afname te onderwerpen. De bloedproef mag niet met geweld op de betrokkene worden toegepast.
- wanneer de betrokkene één van zijn patiënten is, op voorwaarde dat de opvorderende overheid een beroep kan doen op een andere geneesheer.

De opgevorderde geneesheer moet altijd weigeren het klinisch formulier in te vullen of een klinisch oordeel te uiten nopens de staat van dronkenschap van de betrokkene, wanneer het één van zijn patiënten betreft.
Bij opeising moet de behandelende geneesheer zijn tussenkomst beperken tot louter monsterafname indien hij zich gebonden acht door het beroepsgeheim ten opzichte van de te onderzoeken persoon en indien geen andere geneesheer hem kan vervangen.

Tijdens weekend en feestdagen wordt met de persoon bij wie een bloedafname dient te gebeuren bij voorkeur naar de huisartsenwachtpost gegaan. De wachtdoende huisarts zal ervoor zorgen dat bloedafname en onderzoek zo vlug als mogelijk plaatsvinden. Indien de bloedafname toch op het politiekantoor gebeurt, zal de politie ervoor zorgen dat dit zo snel mogelijk kan gebeuren.
In regio's zonder wachtpost kan best telefonisch contact genomen worden met de huisarts met wacht om concreet af te spreken.

1.3.1 Tarificatie

In deze situatie wordt de arts gevorderd en zullen de erelonen aangerekend worden als gerechtskosten aan de FOD Justitie. De opvorderende officier van gerechtelijke politie zal al het nodige doen om vordering van deze gerechtskosten correct te laten verlopen.

1.4 Attest opsluiting in de cel

In periodes met wachtdienst kan beroep gedaan worden op de arts van wacht voor een medisch onderzoek dat een opsluiting in de cel voorafgaat. De arts komt hiervoor naar het commissariaat.

1.4.1 Tarificatie

Dit onderzoek geschiedt bij wet op kosten van de aangehouden persoon zelf, ongeacht of dit onderzoek op zijn eigen verzoek of op verzoek van de politie gebeurt.

2. De bijstand die de politiezones kunnen bieden aan de huisartsen

2.1 Preventieve bijstand bij verdachte oproep

Indien de arts zich onveilig voelt bij een aangevraagd huisbezoek, kan hij de betreffende politiezone contacteren met de vraag hem/haar terug te bellen tijdens het huisbezoek. De arts volgt hiervoor de onderstaande stappen:

Stap 1

Je voelt je onveilig bij een aangevraagd huisbezoek

- Omdat dit plaats dient te vinden op een afgelegen plek of onduidelijke locatie
- Omdat de toon en /of de inhoud van de oproep weinig vertrouwen wekt
- Omdat de patiënt jou in ongunstige zin bekend is

Stap 2

Je contacteert de betreffende politiezone op het volgende telefoonnummer: …

Stap 3

Je geeft duidelijk volgende zaken door :

- je **naam**
- het **adres** van het huisbezoek
- het **uur én het telefoonnummer** waarop je terug wenst gecontacteerd te worden
- je **belt pas net voor je binnengaat** om de tijdspanne zo kort mogelijk te houden tussen de oproepen

Stap 4

Indien politie contact kan maken en je bevestigt **dat alles in orde is,** beschouwt de politie de oproep als afgehandeld.
Indien de politie **geen contact** met je kan krijgen na 2 opeenvolgende oproeppogingen, dan wordt dit als een veiligheidsincident beschouwd en wordt onmiddellijk een politieploeg naar het opgegeven adres gestuurd

2.2 Onmiddellijke bijstand bij een dringende oproep van een huisarts in moeilijkheden

De politiediensten engageren zich om bij dringende telefonische oproepen, bij voorkeur via het noodnummer 101 of 112, waarbij de fysieke integriteit van de zorgverleners in het gedrang komt, deze als prioritaire oproep te behandelen en zo snel als mogelijk een ploeg ter plaatse te sturen.

Herevaluatie

De ondertekenaars van deze overeenkomst zullen instaan voor de permanente … (halfjaarlijkse, jaarlijkse, tweejaarlijkse, …) evaluatie ervan.

Verwerking van persoonsgegevens (GDPR)

- In het kader van de uitvoering van dit samenwerkingsprotocol, worden verschillende persoonsgegevens uitgewisseld tussen politiediensten en huisartsen. Concreet gaat het om persoonlijke identificatiekenmerken (naam, voornaam, adres, geboortedatum) en gegevens over de gezondheid van de betrokkene(n) (in zeer beperkte mate).
- De uitwisseling van persoonsgegevens kadert binnen de volgende wetgeving:
    - Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens

en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (Algemene Verordening Gegevensbescherming, 'AVG');
    - Wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens;
    - Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;
    - Wet van 5 augustus 1992 op het politieambt;
    - Artikel 458 en 458bis van het Strafwetboek van 8 juni 1867;
    - Koninklijk besluit van 10 mei 2006 houdende vaststelling van de deontologische code van de politiediensten.
- Artikel 20 van de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens, bepaalt dat bij elk type van gegevensuitwisseling tussen een overheidsorgaan en iedere andere actor er een protocol dient afgesloten te worden.
- Alle partijen verklaren vertrouwelijk en integer te handelen en alle nodige maatregelen te nemen om de privacy van de betrokkene(n) steeds te waarborgen.
- Artikel 4, 15) AVG definieert gegevens over gezondheid als persoonsgegevens die verband houden met de fysieke en mentale gezondheid van een natuurlijke persoon, waaronder gegevens over verleende gezondheidsdiensten waarmee informatie over zijn/haar gezondheidstoestand wordt gegeven. De verwerking van gezondheidsgegevens gebeurt onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een beoefenaar van de geneeskunde.
- Gegevens over gezondheid vallen onder categorie van bijzondere gegevens, als bepaalt in artikel 9 AVG. De uitwisseling van zulke gegevens dient zich hierdoor tot het absolute minimum te beperken. De aanwezigheid van een politieambtenaar bij een medisch onderzoek is bijgevolg slechts toegestaan om de veiligheid van de geneesheer te waarborgen, bv. indien de betrokkene gecategoriseerd wordt als 'moeilijk'.
- Om de privacy van de betrokkene(n) te garanderen, kan de geneesheer te allen tijde beslissen dat de politieambtenaar de plaats van het medisch onderzoek dient te verlaten. Alvorens dient er een afweging gemaakt te worden of door deze beslissing de veiligheid van de geneesheer niet in het gedrang komt.

Bijlage 2: Persoonlijke reflectie

Team

Jolien en ik wisten al dat we een goed team vormden. Dit is iets dat we gemerkt hebben na het lang samen studeren in de universiteitsbibliotheek, het samen voorbereiden van opdrachten, examens en masterproeven. Het leek ons dan bijgevolg ook logisch dat we deze masterproef als team gingen aanpakken.

Onderwerp

Het kiezen van een onderwerp verliep vlot, door middel van de lijst met mogelijke onderwerpen die we van ICHO kregen. Het leek mij minder boeiend om een medisch onderwerp te kiezen of om een praktijk verbeter project op poten te zetten. Gelukkig deelde Jolien deze mening. In de lijst met suggesties voor onderwerpen, kwamen we snel uit op de onderwerpen van Domus Medica. Ons onderwerp nu is van maatschappelijk belang en zou ook nog gebruikt moeten kunnen worden nadat wij deze ingediend hebben. Zo blijft ons werk relevant. Onze bedoeling is ook dat het standaardprotocol dat wij opstelden, gebruikt kan worden als leidraad voor huisartsenkringen en politiezones die graag een protocol zouden opstellen maar daar een voorbeeld van kunnen gebruiken. Ook hebben we door onze bevraging zes protocollen verkregen waarvan Domus Medica nog niet op de hoogte was. Verder werden we op de hoogte gebracht van digitale communicatie tussen de korpschef van de lokale politie Lokeren en de voorzitter van Huisartsenkring Lokeren. Hier werd het gesprek rond samenwerking reeds terug open getrokken naar aanleiding van onze bevraging en noteerde de korpschef onderstaande bericht in zijn mail naar de kring: “Deze vraag kadert tevens in een onderzoek van de dienst Huisartsgeneeskunde van de UGent naar de samenwerking rond veiligheid tussen huisartsen en politie.” We vermoeden en hopen dat ons onderzoek niet alleen een goed startpunt is (waar zijn er protocollen, wat staat er in en hoe tevreden is iedereen er mee), maar dat het ook een aanzet is om nieuwe samenwerkingsakkoorden op te stellen en de huidige akkoorden te revalueren en/of nieuw leven in te blazen.

Aanspreekpunten

Bij de start hebben we eerst contact opgenomen met een aantal partijen om wat te kaderen en te zien wat er al reeds gebeurd was of bestond. De belangrijkste persoon hierbij was Gert Merckx, de man die bij Domus Medica aan het werk is als domeinverantwoordelijke huisartsenkringen. Hij was in staat om ons wat meer uitleg te geven rond de verwachtingen van Domus Medica met betrekking tot dit onderwerp. Verder kon hij ons ook reeds een aantal documenten bezorgen; meer bepaald de samenwerkingsprotocollen tussen huisartsenkringen en politiezones van drie regio’s. Ook verwoordde Gert zeer duidelijk welke vragen Domus Medica had rond deze samenwerkingsprotocollen en welke antwoorden ze graag wilden bekomen.

Op basis hiervan hebben we contact opgenomen met PRaaG, Orde der Artsen, FOD Binnenlands zaken, Procureur des konings etc. Deze organisaties werden op de hoogte gebracht van ons onderzoek, maar leverden ons geen extra informatie op.

Literatuur onderzoek

Het literatuur onderzoek hebben we grotendeels samen uitgevoerd, doch Jolien was duidelijk de expert met PubMed. Zij heeft onze MeSH termen bepaald en ook Proquest doorzocht. Zij maakte een library op PubMed waarin ze de mogelijks interessante artikels opsloeg en zij heeft onze methodologie op vlak van literatuur uitgetypt. Het was mijn taak om deze opgeslagen artikels te sorteren. Hiervoor heb ik de abstracts doorgenomen en de minder relevante artikels verwijderd.

De meer relevante artikels die overbleven, werden verplaatst naar een andere map eenmaal ze doorgenomen waren. Hierbij hebben we verdeeld wie er welke artikels ging doornemen en lazen we het artikel, waarna we een korte samenvatting in een google drive document plaatsten en het artikel in kwestie verplaatst mocht worden naar de NCBI-library met de titel 'THESIS - gelezen'.

We hebben geen strikte onderverdeling gemaakt wie er welke artikels ging nalezen. Na het verwerken van de artikels zoals hierboven besproken, beschikten we reeds over een document waar de belangrijkste informatie in genoteerd stond. Dit was echter nog een zeer chaotische weergave in bulletpoints, dus dit hebben we verwerkt tot een leesbare tekst.

Het onderdeel over het wettelijk kader van samenwerking, heb ik op mij genomen. De wetteksten rond beroepsgeheim en GDPR heb ik gelezen en samengevat.

Enquêtes

Voor het opstellen van de enquêtes hebben we samen gezeten en de eerste e-mail van Gert Merckx er bij genomen. Deze bevatte namelijk de vragen waarop zij graag een antwoord wilden. Hier hebben we de onderverdeling gemaakt dat Jolien zich toegelegd heeft tot het opstellen en verspreiden van de enquêtes bij de politie. Ik nam de enquêtes van de huisartsenkringen voor mijn rekening. Ook het analyseren van de resultaten van de enquêtes hebben we op deze manier opgedeeld.

Teamwork

We zorgden consequent ervoor dat de taakverdeling heel duidelijk was en beide partijen hier akkoord mee waren. Zo was ons laatste overleg daar een mooi voorbeeld van. Discussie hadden we tijdens ons overleg reeds gezamenlijk overlopen en grotendeels uitgetypt, maar de probleempuntjes hadden we aangeduid en moest ik nog finetunen. Het schrijven van de conclusie was ook één van mijn verantwoordelijkheden, terwijl het opstellen van het standaard protocol dan iets was waar Jolien verantwoordelijk voor was. Alles wat door één van ons geschreven werd, werd door de ander nagelezen. Dit werd duidelijk genoteerd en beide partijen controleerden of de ander akkoord was met deze verdeling.

We beschikten over een heel duidelijk logboek in OneNote waarin we ieder overleg de komende To do-puntjes per persoon en gemeenschappelijk weergaven. Hierin noteerden we ook welke komende deadlines we voor onszelf opstelden, wat er eventueel nog besproken moest worden met promotor en co-promotor of waar we in de toekomst rekening mee gingen moeten houden. Dit was een zeer transparant communicatiemiddel.

We verkozen om zoveel mogelijk ook in persoon af te spreken en face-to-face samen te overlopen welke vooruitgang er was, wat er op de planning stond en de taken te verdelen. Vaak werkten we elk aan ons eigen onderdeel, maar elkaars aanwezigheid en functie van klankbord hielp om dit vlotter te laten verlopen. Door de Corona-pandemie en wat eigen ontwikkelingen (we hebben alle twee te maken gehad met een relatiebreuk en een onverwachtse verhuis tijdens ons traject), was het echter niet altijd evident om in persoon af te spreken. Dan planden we online overleg in. Ook gebeurde het soms dat het in bepaalde periodes voor één van ons moeilijk was om voldoende tijd vrij te maken voor de masterproef. We hebben alle twee perioden gehad waarin de omstandigheden bij de ander ervoor zorgden dat de verdeling tijdelijk niet 50-50 verliep. Dit heeft echter, gelukkig, niet voor spanning gezorgd aangezien we elkaar daarin mooi afgewisseld hebben en elkaar volledig ondersteunen. Er werd ook duidelijk aangegeven wanneer een van ons vond dat de ander meer of minder zijn deel aan het doen was. Ik denk dat de conclusie (en ik denk dat Jolien deze mening deelt) gesteld kan worden dat we het werk mooi evenredig hebben verdeeld en het als team zeer goed hebben aangepakt.

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. Dr. Peter Pype
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-08961	NVT	07/01/2021	1/2

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Samenwerkingsakkoorden rond veiligheid tussen huisartsen en politie: in kaart brengen van samenwerkingsprotocollen en gebruik van deze protocollen. - MaNaMa Sofie Claeys"

B.U.N.: B6702020001024

* Adviesaanvraagformulier dd. 5/5/2020 Ontvangen dd 17/11/2020
* Begeleidende brief dd. 6/11/2020
* Vragenlijsten:
  - Huisartsenkring met protocol
  - Huisartsenkring zonder protocol
  - Politiezone met protocol
  - Politiezone zonder protocol
* Antwoord onderzoeker dd 5/1/2021 Ontvangen dd 22/12/2020
* Begeleidende brief dd. 22/12/2020
* Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier dd. 22/12/2020

Advies werd gevraagd door: Prof. Dr. Peter Pype

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 05/01/2021 INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 05/01/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 05/01/2021 IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 05/01/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/01/2021.
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/01/2021.

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sara De Smet
T +32(09) 332 68 55
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Sebastian Callewaert
T +32(09) 332 41 81
Marieke De Meyer
T +32(09) 332 05 06
Charlotte De Wolf
T +32(09) 332 22 66
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

° *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst 2019-2023:

Voorzitter: Prof.dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)
Secretaris: Prof.dr. R. PELEMAN (UZG –internist, ♂)

Leden:
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)
Dhr. K. BENHADDOU (menswetenschapper, ♂)
Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist, ♂)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)
Dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – fysiotherapeute, ♀)
Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)
Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)
Prof.dr. F. MORTIER (UG – moraalfilosoof, ♂)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)
Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. PIERS (UZG - geriater, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. S. STERCKX (moraalfilosoof, ♀)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. K. VAN LIERDE (UG – logopediste, ♀)
Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

SAMENWERKINGSAKKOORDEN ROND VEILIGHEID TUSSEN HUISARTSEN EN POLITIE: IN KAART BRENGEN VAN SAMENWERKINGSPROTOCOLLEN EN GEBRUIK VAN DEZE PROTOCOLLEN.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PYPE PETER
- FUNCTIE: HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 28
- FAX: 09 332 49 90
- E-MAIL: PETER.PYPE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: SARA WILLEMS

CO-PROMOTOR

- NAAM: BOECKXSTAENS PAULINE
- FUNCTIE: DOCTOR-ASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 28
- FAX: 09 332 49 90
- E-MAIL: PAULINE.BOECKXSTAENS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: SARA WILLEMS

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: SOFIE CLAEYS
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0472501607
- E-MAIL: SOCLAEY.CLAEYS@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: MARC VIAENE
- ADRES: SINT-GERMANUSPLEIN 14, 8800 ROESELARE
- TELEFOONNUMMER: 051 22 11 36
- E-MAIL: MARCVIAENE@HOTMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK: GROEPSPRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …

- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: NOVEMBER 2020
- EINDE ONDERZOEK: SEPTEMBER 2022

7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- X VRAGENLIJSTEN
- ❑ INTERVIEW

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Als onderwerp voor de thesis binnen de opleiding master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde, kozen wij voor het onderwerp “Samenwerkingsakkoorden rond veiligheid met politie: in kaart brengen van samenwerkingsprotocollen en gebruik van deze protocollen”. Dit onderwerp werd door Domus Medica voorgesteld. De motivatie die ons stuurt richting de keuze van dit onderwerp is de bezorgdheid rond veiligheid van huisartsen tijdens wachtdiensten. Deze bezorgdheid komt soms naar voor bij gesprekken over de wachtdiensten tussen collegae. Tevens wordt dit door Domus Medica en de pers van tijd tot tijd aangehaald. Het doel van het onderzoek is enerzijds om in kaart te brengen waar er samenwerkingsakkoorden in kader van veiligheid tussen de huisartsen en de politie werden opgesteld en deze inhoudelijk te vergelijken en anderzijds na te gaan wat de hindernissen zijn tot het opstellen van een protocol. Er gebeurde eerder nog geen onderzoek om het bestaan van dergelijke protocollen op te lijsten of deze onderling te vergelijken.

Door middel van een algemene e-mail schrijven we alle huisartsenkringen aan om te informeren of ze zouden willen deelnemen aan het onderzoek. We vragen eveneens na waar er een protocol schriftelijk werd vastgelegd en we vragen de contactgegevens van de bijhorende politiezone. Deze e-mail wordt rondgestuurd via Domus Medica en bevat als bijlage de informatiebrief die toegevoegd wordt aan deze aanvraag. Daarnaast zoeken we uit wie bij de Federale Politie de sleutelfiguur is met betrekking tot veiligheid bij eerstelijnszorgverstrekkers. We contacteren deze persoon om na te gaan wat de algemene richtlijnen rond samenwerking met artsen zijn en wie we op lokaal niveau kunnen aanspreken.

Hierna contacteren we de huisartsenkringen met protocol die wensen deel te nemen aan de studie. Via e-mail zenden we een online enquête. In deze enquête bevragen we een aantal algemene zaken, zoals onder andere de frequentie waarmee er beroep gedaan wordt op het protocol, de eventuele herevaluaties die al plaatsvonden en de algemene tevredenheid over deze manier van werken. Naar de politiezone waarmee het akkoord werd afgesloten sturen we eveneens een enquête waarin we gelijkaardige vragen stellen.

Daarnaast bevragen we met een aparte enquête de huisartsenkringen die aangeven dat er geen protocol uitgeschreven is indien zij wensen deel te nemen aan het onderzoek. In deze enquête informeren we naar de wens om een protocol op te stellen, waarom dit momenteel nog niet gebeurd is, of er mondelinge overeenkomsten bestaan etc. Ook hier trachten we contact te nemen met de bijhorende politiezone om ook hen deze vragen te kunnen voorleggen.

Na het verzamelen van deze resultaten willen we een vergelijking maken tussen de bestaande protocollen en nagaan wat er in een goed protocol aan bod moet komen. Verder willen we in kaart brengen waarom er in de andere regio's geen protocol bestaat en indien de vraag naar een protocol bestaat, wat de hindernissen zijn tot het opstellen van zo'n protocol.

Het onderzoek is vertrouwelijk en de gegevens worden gepseudonimiseerd. De gegevens worden voor derden onherkenbaar gemaakt. De resultaten worden samengevat en als masterproef voor de opleiding master-na-master huisartsgeneeskunde ingediend. Dit onderzoek gebeurt onder begeleiding van promotor prof. Peter Pype (peter.pype@ugent.be) en co-promotor Pauline Boeckxstaens (pauline.boeckxstaens@ugent.be).

De enquêtes kan u vinden in de bijlage van deze aanvraag.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- X EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

❑ JA
X NEEN

INDIEN JA

❑ 1 ZIEKENHUISDIENST

❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

- NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
- NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA
❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
X NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: NADER TE BEPALEN: WE CONTACTEREN ALLE 79 VLAAMSE HUISARTSENKRINGEN EN IDEALITER OOK DE 107 VLAAMSE POLITIEZONES. WE VERMOEDEN ZO EEN MAXIMAAL AANTAL VAN 372 PROEFPERSONEN TE BEKOMEN ALS WE ER VAN UITGAAN DAT WE EEN TWEETAL PERSONEN PER INSTANTIE BEVRAGEN.

D. LEEFTIJD : 18 – 65 JAAR

E. GESLACHT : M/V/X

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? WE CONTACTEREN DE 79 VLAAMSE HUISARTSENKRINGEN VIA EEN E-MAIL RONDGESTUURD DOOR DOMUS MEDICA. WE CONTACTEREN EVENEENS DE POLITIEZONES. DIT LAATSTE GEBEURT OFWEL VOLGENS EEN AANGEDUIDE CONTACTPERSOON VAN DE HUISARTSENKRING, DAN WEL VIA DE GEGEVENS VERKREGEN DOOR DE FEDERALE POLITIE.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X JA
❑ NEEN

MONDELING :

❑ JA
X NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
X NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

X JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEE

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
X NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
X NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
X NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.
WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...
❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.
WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)
NIET VAN TOEPASSING

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
X NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

...

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …
❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X NIET VAN TOEPASSING
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

❑ ERELOON:
❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 03/11/2020
NAAM : Sofie Claeys
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Dr Viaene Marc
St Germanusplein 14
8800 Roeselare
1/32999/85/004

31/11/2020

PROMOTOR

DATUM : 30.10.2020
NAAM : PROF DR PETER PYPE
HANDTEKENING :



CO-PROMOTOR

DATUM : 30.10.20
NAAM : DR PAULINE BOECKXSTAENS
HANDTEKENING :



DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :