

'Agressie op artsen: niet morrelen aan l

Exclusieve cijfergegevens 10 maanden na de opstart van het meldpunt agressie Orde leren ons heel wat over de variabelen die agressie op artsen in de hand werken. Een analyse die de grondslag kan leggen voor een gerichte preventie en aanpak zonder het beroepsgeheim op de helling te zetten, vindt Orde-ondervoorzitter Michel Deneyer.

Naast de grootscheepse enquête in samenwerking met prof. **Dirk Devroey**, waar het nog wachten is op de resultaten maar met ongetwijfeld een zeer hoge respons, is het meldpunt van de Orde richtinggevend (Tabel 1). De cijfers liggen alvast in lijn met wat de Franse Orde van Artsen als resultaat bekwaam bij een gelijkaardige enquête. De Orde schat dat iets minder dan 1% van de artsen spontaan agressiegevalen meldt, signaleren ons welingelichte bronnen.

- Dat meer huisartsen betrokken zijn bij agressie, en ook meer solopraktijken, wordt ook hier weer bevestigd. Circa een op de twee agressiegevalen (48%) doet zich voor in de consultatie. De onmiddellijke omgeving meegerekend kom je uit op 51%. De Roelandt-casus is dus geen typevoorbeeld. Amper 19% gebeurt bij de patiënt thuis.
- Het daderportret dan: 48,6% is een gekende patiënt, en 27,1% staat geboekstaafd als ongekend als patiënt. Verder zijn er 'derden' of anderen dan de patiënt zelf die voor herrie zorgen (24,3%). Opvallend nog is dat ook een

'andere dokter' bij de (verbale) agressiegevalen wordt genoteerd.

- Qua profiel heeft een op de vijf (20%) een psychiatrisch verleden, 2,7% een crimineel verleden, 1,4% is recidivist.

Vaak banale oorzaak

De redenen voor agressie zijn vaak banaal: slechte communicatie over waarom een voorschrift geweigerd wordt en patiënt onder invloed (allebie 11,4%). Ook nog arbeidsongeschiktheid (10%). Eenmaal wordt een overval gemeld als reden, maar ook euthanasievraag, geldnood, vechtscheiding, frustratie, ingaan tegen het rookverbod en te lange wachttijd duiken op als conflictbron. "Heel wat van die zaken zijn te vermijden als eraan gewerkt wordt", vermoedt Michel Deneyer. De gevolgen lopen ook al sterk uiteen, maar het gaat vooral om lichamelijke, emotionele, materiële schade naast psychologische stress.



De app op de gsm met een verbinding naar een alarmcentrale staat al lang op het artsenverlanglijstje. Minister Jambon heeft dat al eerder toegezegd en stuurt een omzendbrief naar de politie over agressie, liet hij noteren op het symposium Medische Wereld.

Tabel 1: Reacties meldpunt Orde: juni 2016 tot en met 5 april 2017.

Taal	Specialiteit	Praktijk	Dader	Profiel	Reden
NL 77,1%	Huisartsen en haio's: 78,6%	Solo: 42,9%	Gekende patiënt: 48,6%	Psychiatrisch verleden: 20%	Geweigerd voorschrift: 11,4% en onder invloed: 11,4%
FR 22,9%	Specialisten e.a.: 21,4%	Groep: 27,1%	Ongekend als patiënt: 27,1%		Arbeidsongesch. 10%
	Overige 2,8%	Overige 30%	Overige 24,3%	Overige: vaak niet vermeld, wel 2,7% crimineel verleden	Overige: velerlei

■ KOALA CARE PROJECT AZ MOL ■

Ouders couveusekinderen beter beschermd

Ouders van baby's die neonatale verzorging nodig hebben, worden onvoldoende beschermd in hun ouderrechten. Het principe van 'Neonatal Family-Centered Care' zou een standaard van 'care' moeten zijn.



Dr Givron: het principe van de 'Family-Centered Care' moet ingang vinden binnen de muren van onze grote en kleine neonatale diensten.

Kinderarts **Patrice Givron** van het AZ Mol staat op de barricaden om het onrecht dat premature baby's en zieke pasgeborenen ondergaan, te doen stoppen. Prematuren worden soms wekenlang gescheiden van hun ouders. Toch is elke hulpverlener ervan overtuigd dat de permanente aanwezigheid van de ouders van cruciaal belang is in het medisch traject van deze baby's. Daarom moet het principe van de 'Family-Centered Care' ingang vinden binnen de muren van onze grote en kleine neonatale diensten. De internationale rechten van het kind eisen een kosteloos verblijf van elke ouder bij hun ziek kind dat opgenomen moet worden. Jammer genoeg maakt de overheid daar onvoldoende middelen voor vrij zodat de meeste ziekenhuizen dit niet gratis (kunnen) aanbieden. De meest schrijnende situatie doet zich voor bij de premature baby's. Na een zeer intense, maar vaak korte intensieve

zorg volgt er een wekenlange zorg waar het prematuurtje moet groeien, leren drinken, zijn warmte behouden... Dat gebeurt nu overal te lande, hoofdzakelijk op n*-diensten. Er is daar geen mogelijkheid om die kinderen gedurende die wekenlange periode bij de ouders te laten verblijven en tegelijk de nodige veiligheid te garanderen (monitoring / incubator op de kamer / onmiddellijk hulp kunnen inroepen van een deskundige...). Het logische gevolg is dat ouders enkele dagen na de partus naar huis moeten, terwijl hun nog zorgbehoevende pasgeborene alleen achterblijft in de armen van de neonatale ploeg.

Vanuit wetenschappelijk standpunt tonen diverse studies een erg gunstig effect bij de 'Family-Centered Care' verzorging:

1. betere biometrische evolutie van deze baby's (1),
2. hogere prevalentie van geslaagde borstvoeding (1-3),

3. reductie van opnamedagen (4-5),
4. een verbetering in de neurocognitieve ontwikkeling (6-10).

Ook geven studies een afname weer van nosocomiale infecties (11), net als een reductie van heropnames.

Vanuit psychosociaal standpunt kan men opwerpen dat bij een lange scheiding van ouders met hun baby er meer kans bestaat op een postnatale depressie (12), kinderverwaarlozing en mishandeling (13). Omgekeerd is aangetoond dat ouders die deelnamen aan een 'Family-Centered Care-programma' een betere binding vertonen met hun baby. Bovendien nam het optreden van depressies en angststoornissen af (5, 14). Conclusie: door deze verzorgingswijze kan men het gezondheidsbudget positief beïnvloeden door een kortere opnameduur met daarbij minder heropnames. Komt nog bij dat de emotionele toestand van deze ouders die dit programma volgden significant beter is,