

PREHOSPITAAL JURIDISCHE EN MEDICOLEGALE ASPECTEN

NAAR WELK ZIEKENHUIS TRANSFEREER JE DE PATIËNT?



De patiënt dient getransporteerd te worden naar het dichtstbijzijnde adequate ziekenhuis met een erkende spoedgevallendienst.

Het **dichtstbijzijnde** ziekenhuis is het ziekenhuis dat op het ogenblik van de oproep binnen de kortste termijn bereikt kan worden vanaf de plaats van de interventie, zoals bepaald binnen het CAD Astrid systeem. Op deze manier blijft de efficiëntie van het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening (DGH) gevrijwaard (KB 02-04-1965).

Afwijkingen op bovenstaande regel zijn enkel mogelijk mits toestemming van de operator van de noodcentrale 112 (NC112). Deze operator is immers verantwoordelijk voor het verzekeren van de werking van de DGH.

Een afwijking van dichtstbijzijnde ziekenhuis kan worden aangevraagd bij nood aan specifieke diagnostische en/of therapeutische middelen (ook hier geldt dat naast afstand/transportduur ook **adequate** zorg een belangrijke factor is). Volgende pathologie leent zich hiertoe:

- ✓ Brandwonden
- ✓ CO-intoxicatie
- ✓ Nood aan neurochirurgie
- ✓ Nood aan pediatrie intense zorgen
- ✓ Acuut coronair syndroom
- ✓ External assist device/kunsthart
- ✓ Nood aan specifieke tertiaire chirurgie
- ✓ Nood aan interventionele radiologie
- ✓ Polytrauma

Een extra aanrijtijd van maximaal 10 minuten (voor Oost-Vlaanderen, kan verschillen per provincie) naar een ander adequaat ziekenhuis, in plaats van het dichtstbijzijnde, is eveneens aanvaardbaar indien er sprake is van een **kwestieuze pathologie**. Hieronder wordt verstaan dat de patiënt een dossier heeft in dat ziekenhuis welke een belangrijke rol kan spelen in de verdere zorg (én het ziekenhuis beschikt over een erkende spoedafdeling).

Op bovenstaande regels gelden een aantal uitzonderingen die voor een urgentiearts belangrijk zijn:

1. Een collectieve noodsituatie waarbij het aantal patiënten de opvangcapaciteit van het dichtstbijzijnde ziekenhuis (met een erkende spoedafdeling) overschrijdt. Regulatie gebeurt hier in functie van het medisch interventieplan (MIP).
2. Een collocatie.
3. Het vervoer van een gedetineerde/geïnterneerde binnen de DGH.
4. Een wiegendood.

WAT ALS DE PATIËNT ZORGEN/TRANSPORT WEIGERT?

Het weigeren van zorg en/of transport is het recht van de patiënt op voorwaarde dat deze wilsbekwaam (zie verder) is.

MAG EEN SPOEDOPNAME SLUITEN BIJ GROTE DRUKTE?



Het sluiten van een spoedopname of de instroom ervan ‘beperken’ kan enkel in het kader van “overmacht”.

‘**Overmacht**’ is een juridisch begrip dat een niet-toerekenbare onmogelijkheid om een verplichting na te komen aanduidt. De rechtspersoon in kwestie wordt derhalve van deze verplichting bevrijd.

Het **sluiten** van een spoedgevallendienst kan enkel in het kader van een opgestart interne noodplan ten gevolge van een incident (brand, bommelding, rookontwikkeling, ed.). Op dat moment zal geen enkele patiënt nog tot de spoedgevallendienst toegelaten worden, voor zover dit medisch te verantwoorden is. Alle DGH middelen zullen worden gedevieerd. Om dit te realiseren dient de hoofdarts of de plaatsvervangend crisisarts contact op te nemen met de NC112. Er wordt desgewenst een MIP (voor-)alarm opgestart.

Een **tijdelijke beperking** van de instroom van patiënten is uitzonderlijk mogelijk bij belangrijke interne problemen. In dit geval wordt een duidelijke eindtijd gedefinieerd. Tijdens deze periode worden patiënten en/of DGH middelen gedevieerd naar andere ziekenhuizen (volgens bovenstaande afwijgingsregels) op voorwaarde dat dit medisch te verantwoorden is. Als belangrijke interne problemen weerhouden we:

1. Facilitair probleem: Belangrijk technisch of operationeel probleem zoals uitval elektronica of CT.
2. Opnamestop kritieke bedden mn. Intensieve zorgen, stroke unit en/of acute cardiologie.

Een opnamestop voor (algemene) hospitalisatiebedden wordt in de regel NIET aanvaard.

Overmacht geldt steeds voor een **beperkte periode** en wordt steeds overlegd met de hoofdarts of crisisarts. Verlenging van een procedure overmacht is enkel mogelijk mits opstarten van een intern noodplan.

Gezien bovenvermelde regelgeving is het niet toegelaten dat een medewerker van het ontvangende ziekenhuis een aankomende MUG of ziekenwagen weigert omwille van drukte/overcrowding zonder dat de NC112 hiervan op de hoogte is. Bij twijfel wordt steeds het advies van de operator bij de NC112 gevolgd.

WAT ALS DE MUG DEFECT IS?



De NC112 moet onmiddellijk op de hoogte gebracht worden van het niet beschikbaar zijn van elk DGH-middel inclusief de reden hiervan.

Dit dient telefonisch te gebeuren. Wanneer een middel problemen ondervindt tijdens een opdracht waardoor er potentieel vertraging optreedt bij de interventie, wordt ook onmiddellijk de NC112 telefonisch verwittigd zodat desgewenst een ander middel kan worden uitgestuurd.

WANNEER EINDIGT DE INTERVENTIE?



Een interventie is ten einde op het moment dat de patiënt overgedragen wordt aan het reguliere gezondheidssysteem.

Uitzondering op deze regel in volgende gevallen:

- a. Geen patiëntencontact (afgebeld alvorens ter plaatse vb.)
- b. Vervoer wordt geweigerd door de patiënt
- c. Vervoer van de patiënt onnodig na evaluatie
- d. Prehospital overlijden van de patiënt

Na het einde van een interventie dient een middel zich onmiddellijk terug naar standplaats te begeven. Een middel kan zich pas radiofonisch beschikbaar stellen wanneer het de ontvangende spoedafdeling verlaten heeft en dit op voorwaarde dat het middel in staat is om opnieuw ingezet te worden (geen problemen met materiaal, reiniging ed).

HOE GEBEURT HET TRANSPORT NAAR HET ZIEKENHUIS?



Dit is afhankelijk van de klinische inschatting van de MUG arts.

Onderstaande opties zijn mogelijk:

1. De patiënt dient **naar een spoedafdeling** gebracht te worden en dient **medisch begeleid** te worden: de patiënt wordt getransporteerd in de ziekenwagen en in de sanitaire cel begeleid door het medisch team. Enkel de ziekenwagen is in dat geval gemachtigd als prioritair voertuig (het MUG voertuig dus niet).
2. De patiënt dient **naar een spoedafdeling** gebracht te worden maar dient **niet medisch begeleid** te worden: de patiënt wordt getransporteerd in de ziekenwagen. De MUG interventie wordt beëindigd en de MUG dient radiofonisch naar standplaats terug te keren.
3. De patiënt heeft **geen of weigert transport** naar het ziekenhuis: Zowel de ziekenwagen als de MUG keren radiofonisch terug naar standplaats. Er is geen transport van de patiënt.
4. De patiënt is **overleden**: Zowel de ziekenwagen als de MUG keren radiofonisch terug naar standplaats op voorwaarde dat het overlijden vastgesteld is en er voldoende psychosociale omkadering van de betrokken omgeving werd voorzien. Er is geen transport van de patiënt.

WAAROP MOET IK LETTEN ALS DE PATIËNT OVERLEDEN IS? (= CODE 20)

ORZAAK VAN OVERLIJDEN



Het is de verantwoordelijkheid van de arts om aan te duiden of de doodsoorzaak natuurlijk is, dan wel gewelddadig of verdacht.

Pas indien een arts vaststelt dat een overlijden mogelijk niet-natuurlijk is, moet ook de politie verwittigd worden. De vaststelling van de natuurlijke aard van een overlijden is niet steeds eenvoudig in een prehospitalsetting en bij twijfel is het steeds aangewezen de doodsoorzaak als 'onbekend' aan te geven. Op dat moment is er eveneens een 'gerechtelijk geneeskundig bezwaar tegen crematie' en wordt de politie gealarmeerd.

Indien er mogelijk sprake is van een niet-natuurlijk of verdacht overlijden is het belangrijk om zo snel mogelijk een perimeter omtrent het lijk in te stellen zodat er zo weinig mogelijk sporen vernietigd worden. Echter patiëntenzorg zoals reanimatie en phone CPR hebben te allen tijde voorrang. Medische hulp kan nooit gehinderd worden door sporenonderzoek.

De politie staat in voor het verwittigen van familie en het vaststellen van de identiteit van de overledene. Dit is geen taak van de medische hulpdiensten. Eventueel kan in afwachting van de politie en verder sporenonderzoek via de NC112 aan de brandweer gevraagd worden om een tent te plaatsen (privacy en afbakenen perimeter).

ATTESTERING

VERPLICHT: Model III C: Pagina 1:

- Aard van overlijden; correct in te vullen. Terminologie spreekt voor zich.
- Vergeet desgevallend ook punt 2 en 3 niet in te vullen.
- Deze pagina wordt in de envelop gestoken en dicht gekleefd. Deze medische informatie is immers onderhavig aan het beroepsgeheim.

Model III C

OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON VAN EEN JAAR OF OUDER

(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de geneesheer)

SPECIMEN - Niet gebruiken voor het rapporteren van een overlijden

STROOK C

1. Aard van het overlijden

• natuurlijke oorzaak • doding

• verkeersongeval • wordt onderzocht

• ander ongeval • kan niet bepaald worden

• zelfmoord

2. Indien de doodsoorzaak niet natuurlijk is, beschrijf de omstandigheden

.....

Vorbehouden

.....

.....

.....

4. Doodsoorzaak (1) **Duur (2)**

I. Ziekte of aandoening die rechtstreeks de dood tot gevolg had

Logische samenhang van de ziekten/aandoeningen die geleid hebben tot de onmiddellijke doodsoorzaak onder a). a)

Bij vermelding van meerdere ziekten de aan het overlijden ten grondslag liggende het laatst opgegeven ("oorspronkelijke doodsoorzaak") b) veroorzaakt door:

..... c) veroorzaakt door:

..... d) veroorzaakt door:

II. Geassocieerde oorzaken

Bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden, welke tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder I. genoemde ziekten in causaal verband staan. e)

..... f)

..... g)

(1) Hier wordt niet de wijze van overlijden bedoeld zoals bvb. : hartfalen, syncope, enz... maar de ziekte, het trauma of de complicatie die de dood veroorzaakte. Gelieve slechts één oorzaak per lijn te vermelden.

(2) Tijdsinterval (bij benadering) tussen het begin van de ziekte/aandoening en de dood (preciseer zo nodig in minuten, uren, weken of maanden, ...)

Vorbehouden

a) [] [] [] [] b) [] [] [] [] c) [] [] [] [] d) [] [] [] []

e) [] [] [] [] f) [] [] [] [] g) [] [] [] []

5. Indien de overledene een vrouw is, is ze, in de loop van het jaar vóór haar overlijden :

5.1 Zwanger geweest

• ja • neen • onbekend

5.2 Bevallende

• ja • neen • onbekend

6. Autopsie/aanvullende onderzoeken

• ja, lopend • neen

• ja, voorzien • onbekend

7. Was de attesterende geneesheer de behandelende geneesheer ?

• ja • neen

3. Ongeval

3.1 Plaats van het ongeval

• openbare weg • werkplaats (of school voor kinderen)

• thuis • onbekend

• andere, precieseer

.....

3.2 Datum en uur van het ongeval

• datum (DDMMJJJJ) [] [] / [] [] / [] [] [] []

• uur (UUMM) [] [] u [] [] m

Nr. medisch dossier

Identificatie van de geneesheer

• RIZIV nummer

• datum (DDMMJJJJ) [] [] / [] [] / [] [] [] []

naam, voornaam

handtekening

stempel

Model IIIC: Pagina 2:

- Gegevens van patiënt in te vullen - NOOIT blanco te laten.
- (1) = Bescherming van ev. gerechtelijk onderzoek (sporenonderzoek).
- (2) (3) (5) (6) = Bescherming van elke hulpverlener die met de overledene in contact komt.
- (4) = Bescherming apparatuur (crematieoven) en omstaanders
- (5) = Bescherming van oa. familie.

De volledig ingevulde attesten blijven bij de overledenen.

Voor baby's (< 1 jaar) wordt een model IIID ingevuld in plaats van een model IIIC. Gezien de setting gebeurt dit uiterst zelden pre-hospitaal.

Overlijden door uitwendige oorzaak

Risico op besmetting

Lithium-batterij

Verhakkeld lichaam

(1) (5) Overlijden vermoedelijk of zeker door uitwendige oorzaak (ongeval, zelfdoding, moord): Vink 'ja' aan.

(2) + (3) + (5) + (6) De overledene vormt een risico voor besmetting (cholera, pest, pokken, antrax, virale hemorrhagische koorts) of belangrijke radio-actieve besmetting: Vink 'ja' aan.

(4) Aanwezigheid van prothesen met radio-elementen of lithiumbatterijen: Vink 'ja' aan.

(5) Slechte toestand van het lichaam: ontbinding, sterk beschadigd

Gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie (1)

Bezwaar tegen schenking van het lichaam (2)

Verplichte onmiddellijke kisting • in een hermetische kist (3)

Bezwaar tegen eventuele • crematie (4) • conserveringstechnieken (5) • vervoer zonder kist (6)

Risico voor blootstelling aan ioniserende stralen (3)

ik, die teken, geneesheer (naam, voornaam, nr. in Orde der geneesheren of RiZIV nummer),

verklaar dat ik deom.....uur heb vastgesteld dat de hierboven genoemde persoon overleden is.

Handtekening en stempel van de geneesheer

Model IIIC: Pagina 3:

- Statistische verwerking van overlijdensgegevens.

VERPLICHT BIJKOMEND MEDISCH VERSLAG VOOR CREMATIE:

- Wordt door de meeste ziekenhuizen in pakket bewaard met het model IIIC.
- Hierop dien je het overlijden te attesteren én in te vullen of het om een natuurlijk/verdacht/gewelddadig of niet vast te stellen overlijden gaat.
- Verplicht in te vullen of er een prothese op lithiumbatterij of radio-elementen aanwezig is.
- Dit formulier is een absolute noodzaak voor de begrafenisondernemer en een wettelijke verplichting bij het vaststellen van een overlijden.

VERPLICHT BIJ INSCHAKELEN POLITIE: POLITIE ATTEST

- Hierop wordt vermeld dat je de dood vaststelt van ... (naam) te ... (plaats van overlijden) op ... (datum) om ... (uur) en dat dit overlijden te wijten is aan een ... (aard van medisch attest te herhalen) oorzaak.

COVID-19

Op het overlijdensattest (Model IIIC of IIID) moet de arts bij het overlijden van een patiënt die COVID19 positief testte of bij een klinisch vermoeden dat deze COVID-19 positief is, maar geen test werd uitgevoerd (mogelijk geval) op strook A bij rubrieken:

- ✓ 'bezwaar tegen schenking lichaam (2)': **ja**
- ✓ 'bezwaar tegen eventueel vervoer zonder kist (6)': **neen**
- ✓ 'verplichte onmiddellijke kisting in een hermetisch kist (3)': **neen**

Op de strook A moet gespecificeerd worden dat het gaat om een (mogelijk) overlijden aan COVID-19. COVID-19 is geen tegenindicatie voor crematie.

ONBEKENDE IDENTITEIT



Model IIIC kan NIET worden ingevuld wanneer de identiteit van het slachtoffer niet gekend is.

Het is niet toegestaan een getekend overlijdensattest zonder ingevulde identiteit bij het onbekende slachtoffer achter te laten (eerst identiteit – dan attest).

OVERLIJDEN VAN EEN KIND

Bij het overlijden van een jong kind gelden in principe dezelfde regels als bij een volwassene. Gezien het zelden tot nooit mogelijk zal zijn om een duidelijk natuurlijk overlijden vast te stellen zal er op de akte meestal **doodsoorzaak onbekend** vermeld moeten worden. Verwittig de ouders dat hierdoor ook automatisch de **politie** dient te worden ingeschakeld. Als de politie ter plaatse is wordt pas na contact met de wetsarts het lichaam van het kind vrijgegeven. Bij een onverwacht en onverklaard overlijden van een baby < 18 maanden oud waarbij er geen aanwijzingen zijn van een niet-natuurlijk overlijden kan de **procedure wiegendood** gevolgd worden. Op deze manier kan uitgebreid onderzoek gebeuren (inclusief een autopsie). Het is echter noodzakelijk dat beide ouders expliciete toestemming geven alvorens deze procedure aan te vatten. De baby moet dan worden getransporteerd naar een wiegendoodcentrum (Oost-Vlaanderen: UZ Gent, West-Vlaanderen: AZ Sint-Jan Brugge, Brussel: UZ Brussel, Antwerpen: UZA).

WATERLIJK

Een specifieke situatie is van toepassing op een **waterlijk**.



Een waterlijk is een drijvend lichaam dat al enige tijd in het water ligt. Hierbij bestaat de zekerheid dat het over een overleden persoon gaat.

Op basis van tekenen van ontbinding kan dan aan de MUG arts worden gevraagd om de dood vast te stellen van op afstand. De attestering gebeurt pas achteraf! Tijdens de berging van het stoffelijk overschot keren de MUG en ziekenwagen radiofonisch terug naar standplaats. Het model IIIC en de MUG fiche worden pas achteraf ingevuld wanneer de identiteit van het slachtoffer gekend is. Deze procedure geldt uiteraard enkel wanneer er niet de minste aanwijzing is dat een reanimatie nog mogelijk is (de regels van onderkoeling in acht genomen).

TRANSPORT VAN EEN OVERLEDEN PERSOON



Het is in de regel niet toestaan een lijk te vervoeren met de ziekenwagen.

Wanneer dit, vb. door politionele vordering, toch dient te gebeuren is dit in strikt overleg met de NC112.


WELKE ADMINISTRATIE DIEN IK IN ORDE TE BRENGEN?

 **Bij elke MUG interventie wordt een MUG fiche geschreven.**

Een deel van deze fiche zal worden ingevuld door de ambulancier. Het medisch deel dient (asap) te worden ingevuld door de arts en dit alvorens de ontvangende spoedgevallendienst te verlaten. Een dubbeltje wordt als deel van het medisch dossier afgegeven bij overdracht van de patiënt.

De attestering van een overlijden gaat gepaard met specifieke administratie (cfr. deel over overlijden).

WAT MOET IK DOEN ALS DE PATIËNT ONDERWEG OVERLIJDT?

 **Als een patiënt overlijdt na het vertrek van de interventieplaats geniet het de voorkeur verder te rijden naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (met erkende spoedgevallendienst).**

Het meest adequate ziekenhuis lijkt in deze setting minder zinvol. Uitzonderingen hierop zijn de volgende:

1. Wanneer de familie van het slachtoffer onderweg is naar een ander ziekenhuis (overleg NC 112).
2. Wiegendood

Er wordt vanuit gegaan dat, gezien de precare toestand van de patiënt, er ook steeds een arts aanwezig zal zijn tijdens de interventie/regulatie.

WANNEER IS MIJN PATIËNT WILSONBEKWAAM?

 **Wilsonbekwaamheid is de situatie waarbij men niet in staat is zelf te beslissen of toestemming te geven voor het uitvoeren van een zorgbehandeling.**

Wilsbekwaamheid is van cruciaal belang en bepaalt de mate van tussenkomst van een arts. Het is echter niet eenvoudig om vast te stellen welke patiënt wilsbekwaam is en welke niet. Onderzoek hierover leert dat het identificeren van een patiënt als wilsonbekwaam door een ervaren arts zelden als problematisch wordt beschouwd. Ondanks het **ontbreken van een duidelijke definitie** lijkt er in de praktijk vooral op ervaring te worden afgegaan.

Juridisch gaat men er steeds van uit dat de patiënt wilsbekwaam is, ondanks onderliggende aandoeningen zoals dementie, psychiatrische ziekten ed. Dit vermoeden kan pas in vraag worden gesteld indien daartoe gegronde redenen bestaan. Sinds maart 2013 (gewijzigde wet) dient ook elke eerder wilsonbekwame patiënt opnieuw te worden geherevalueerd (zelfs verlengd minderjarigen en gerechtelijk onbekwaamverklaarden): de feitelijke wilsbekwaamheid geeft de doorslag.

Een wilsonbekwaamheid kan tijdelijk of permanent zijn, gedeeltelijk of volledig en fluctuerend. Een patiënt kan bekwaam zijn voor de ene beslissing maar niet voor de andere. Ten aanzien van een specifieke beslissing echter gaat het wel om een alles-of-niets regeling: ofwel is de patiënt bekwaam, ofwel niet.

 **De beoordeling van de wilsbekwaamheid van een minderjarige patiënt verloopt grotendeels op dezelfde wijze als bij meerderjarigen.**

Leeftijd is hierin echter een belangrijke indicator van ontwikkeling. Vaak wordt een minderjarige vanaf de leeftijd van 14 – 16 jaar in staat gezien om zelfstandig zijn rechten uit te oefenen. Een minderjarige patiënt is dus niet per definitie wilsonbekwaam. De inschatting of de patiënt al dan niet zelfstandig zijn/haar patiëntenrechten kan uitvoeren dient te gebeuren door de behandelende arts. Aandacht voor een adequate opvang en een bekwaam sociaal vangnet is evenwel obligaat.

KOMT MIJN PATIËNT IN AANMERKING VOOR EEN GEDWONGEN OPNAME?

Het kan gebeuren dat een patiënt prehospital in aanmerking lijkt te komen voor een gedwongen opname.



Dit is evenwel geen beslissing die prehospital wordt genomen.

Het besluiten tot een gedwongen opname is een delicaat proces dat minstens de inschatting van een psychiater en een overleg met de procureur vereist. De patiënt dient dus eerst naar een erkende spoedopname te worden gebracht. In tweede tijd wordt, in het geval van een gedwongen opname, het transport naar de aangeduide instelling gevorderd door de wetgever via de DGH (al dan niet onder politie begeleiding).

WAT MAG IK MEEDELEN AAN DE POLITIE?



In het gesprek met de politie speelt steeds de wisselwerking tussen het beroepsgeheim enerzijds en de meldingsplicht anderzijds (vb. epidemische ziekten, aangifte geboorte).

Ook mishandeling, misbruik, uitbuiting of verwaarlozing kunnen worden gemeld als de belangen van de patiënt niet geschaad worden en hij/zij toestemming geeft.

Wanneer de patiënt geen toestemming geeft kan in de regel geen informatie worden doorgegeven aan gerechtelijke instanties. Dit geldt ook bij daders van een **misdrijf**. Bij aanwijzingen voor ernstig en dreigend gevaar echter, kan het gerecht worden ingeschakeld ook wanneer hierdoor het beroepsgeheim wordt geschonden. Het K.B. van 31 mei 1885 legt de arts uitdrukkelijk de verplichting op om een misdrijf dat aanleiding geeft tot gerechtelijk onderzoek én waarvan de patiënt het slachtoffer is (en niet de dader) te melden. De arts moet echter in eer en geweten oordelen of de psychische en fysieke integriteit en het welzijn van de patiënt het best gediend zijn met aangifte of niet-aangifte. Met andere woorden: een ernstig misdrijf kan worden gemeld aan het gerecht, ook als de patiënt dit zelf niet wenst. Echter niet elk misdrijf dient gemeld te worden.

Aanvullend geldt dat wanneer er een vermoeden heerst van een misdrijf tegenover een **minderjarige** (kindermishandeling, -verwaarlozing of -uitbuiting) of een **kwetsbaar persoon** dit misdrijf dient gemeld te worden (meldingsplicht) aan de voogd en/of het gerecht. Wanneer men vermoedt dat er ernstig en dreigend gevaar bestaat voor de fysieke of de psychische integriteit van de minderjarige of een kwetsbare persoon en deze die niet zelf of met hulp van anderen kan worden gevrijwaard, kan de procureur des Konings worden ingelicht. Dit gebeurt best door contact te nemen met het vertrouwenscentrum (voor minderjarigen) uit de regio waarbij de vertrouwensarts deelgenoot wordt gemaakt van het medisch geheim. Met deze vertrouwensarts worden dan de verdere stappen afgesproken.

In het kader van een prehospital interventie wordt steeds ter plaatse meegedeeld aan de politie naar welke ziekenhuis de patiënt wordt gebracht. Deze informatie kan de politie ook opvragen via de NC112. Er wordt ook meegedeeld aan de politie of de patiënt:

- In levensgevaar verkeert
- Niet in levensgevaar verkeert
- Overleden is

Hiervan wordt ook een medisch attest voorzien. In principe zal bij een levensgevaarlijk gewonde of overleden patiënt de politie met behulp van slachtofferbegeleiding instaan voor de verwittiging en begeleiding van de naasten van de patiënt. Het is echter belangrijk om dit steeds grondig te verifiëren en desgewenst zelf in te staan voor het slecht nieuwsgesprek.

Bij een **ongeval** op een openbare plaats zal onmiddellijk politie worden uitgestuurd als deel van de initiële alarmering. Politieonle **bijstand** kan uiteraard ook steeds zelf worden gevraagd door de hulpverlener in functie van de beoordeling ter plaatse.

Volgende zaken dien je steeds door te geven aan de politie:

- Medisch interventieplan
- Collocatie
- Drenkeling, sportongeval, vechtpartij, ongeval of arbeidsongeval op een openbare plaats
- Verkeersongeval
- Zelfmoordpoging met wapen

HOE KAN IK BEST OMGAAN MET EEN AGRESSIEVE PATIËNT? (NOODKNOP)



In geval van een agressieve patiënt staat de eigen veiligheid en deze van je team op de eerste plaats.

Het is belangrijk te beseffen dat er ook heel wat somatische redenen voor agressie bestaan. In de mate van het mogelijke is het om die reden steeds wenselijk om de vitale parameters inclusief temperatuur-, saturatie- en glucosemeting uit te voeren. Agressie kent soms een infectieuze, metabole, neurologische of endocriene etiologie (acroniem FIND ME: Functioneel – Infectieus – Neurologisch – Drugs – Metabool – Endocrien).

VRAAG HULP

Agressie tegenover hulpverleners is een absolute prioriteit voor de politie. Via de agressieknop op hun mobiele radio kunnen ambulanciers ook een 'stil alarm' ingeven. Na indrukken van deze knop luistert de centrale mee naar wat er gebeurt op het terrein en stuurt deze de correcte hulp ter plaatse.

AANPAK VAN AGRESSIE

VERBALE AANPAK

Agressie verloopt in 4 fasen waarbij er in fase 0 en 1 nog controle is over de eigen emoties. In fase 2 zijn de woorden en lichaamstaal dreigend. In de laatste fase, fase 3, kan er ook sprake zijn van fysieke agressie.

Fase 0	Gewoon gesprek
Fase 1	Uiten van kritiek, uit op het verkrijgen van eigen gelijk
Fase 2	Roepen en schelden, gedeeltelijk verlies van controle over zichzelf
Fase 3	Pogingen tot fysiek geweld en volledig verlies van controle over zichzelf

Aanpak fase 1: uiten van kritiek

In eerste instantie geniet een verbale aanpak de voorkeur. Aanspreken op een vriendelijk en eerlijke manier kan bij geagiteerde, doch coöperatieve patiënten soms voldoende zijn om het tij te doen keren. Vaak kan je de situatie in fase 1 **ontwapenen** door de patiënt op een bepaald punt gelijk te geven. Hierbij luister je naar de patiënt en diens kritiek en ga je op zoek naar iets van waarheid in wat hij zegt. Dit benoem je vervolgens. In fase 1 kan de **LSD approach** soms ook behulpzaam zijn. Hierbij verplaats je je in de patiënt en diens beleefwereld: Luisteren – Samenvatten en Doorvragen.

Aanpak fase 2: dreigen – verbaal geweld

Bij verbaal dreigen is het belangrijk om **grenzen aan te geven**. Hierbij is het belangrijk om de situatie objectief te benoemen (ik hoor dat u tegen me roept), de gevolgen weer te geven voor jou en de andere hulpverleners (zo kunnen we ons niet goed concentreren), duidelijk te maken wat je wenst van de patiënt (ik zou willen vragen om op een rustigere toon te praten) en aan te geven wat je doet als de patiënt aan dit verzoek geen gevolg geeft (anders moeten we het gesprek hierbij beëindigen). Hierbij zijn vooral regel 1 en 3 belangrijk.

Aanpak fase 3 – fysieke agressie

Hierbij gaat de absolute prioriteit uit naar de **eigen veiligheid!** Doe wat je moet om jezelf en je team veilig te stellen. Schakel hulp in.

FYSIEKE FIXATIE

Fysieke fixatie kan worden gehanteerd als verbale maatregelen onvoldoende blijken en als de veiligheid van de hulpverleners in gevaar is. Argumenten voor onmiddellijke fixatie zijn:

- Onmiddellijke bedreiging voor zichzelf
- Onmiddellijke bedreiging voor anderen
- Belangrijke hinder bij een belangrijke behandeling
- Belangrijke schade aan de omgeving

Aandacht voor de houding van de patiënt met te allen tijde observatie van de vitale parameters en het bewustzijn is obligaat. Wanneer een fixatie noodzakelijk is dient de politie te worden bij gevraagd ter bescherming van de hulpverlener en als extra mankracht.

Fysieke fixatie wordt steeds zo kort mogelijk toegepast en mag in geen geval gehanteerd worden als straf. Dit kan enkel worden aangewend als beschermingsmaatregel (zie hoger) en in uiterste nood.

CHEMISCHE FIXATIE

Chemische fixatie of sedatie is vaak nodig wanneer verbale maatregelen ontoereikend zijn en om de duur van fysieke fixatie te beperken. De middelen die hiervoor in aanmerking komen zijn idealiter snel werkzaam, kennen weinig bijwerkingen en zijn voorspelbaar wat betreft werking ongeacht de route van administratie. Er zijn 3 medicatiegroepen die hiervoor in aanmerking komen: benzodiazepines, eerste generatie (typische) antipsychotica en tweede generatie (atypische) antipsychotica.

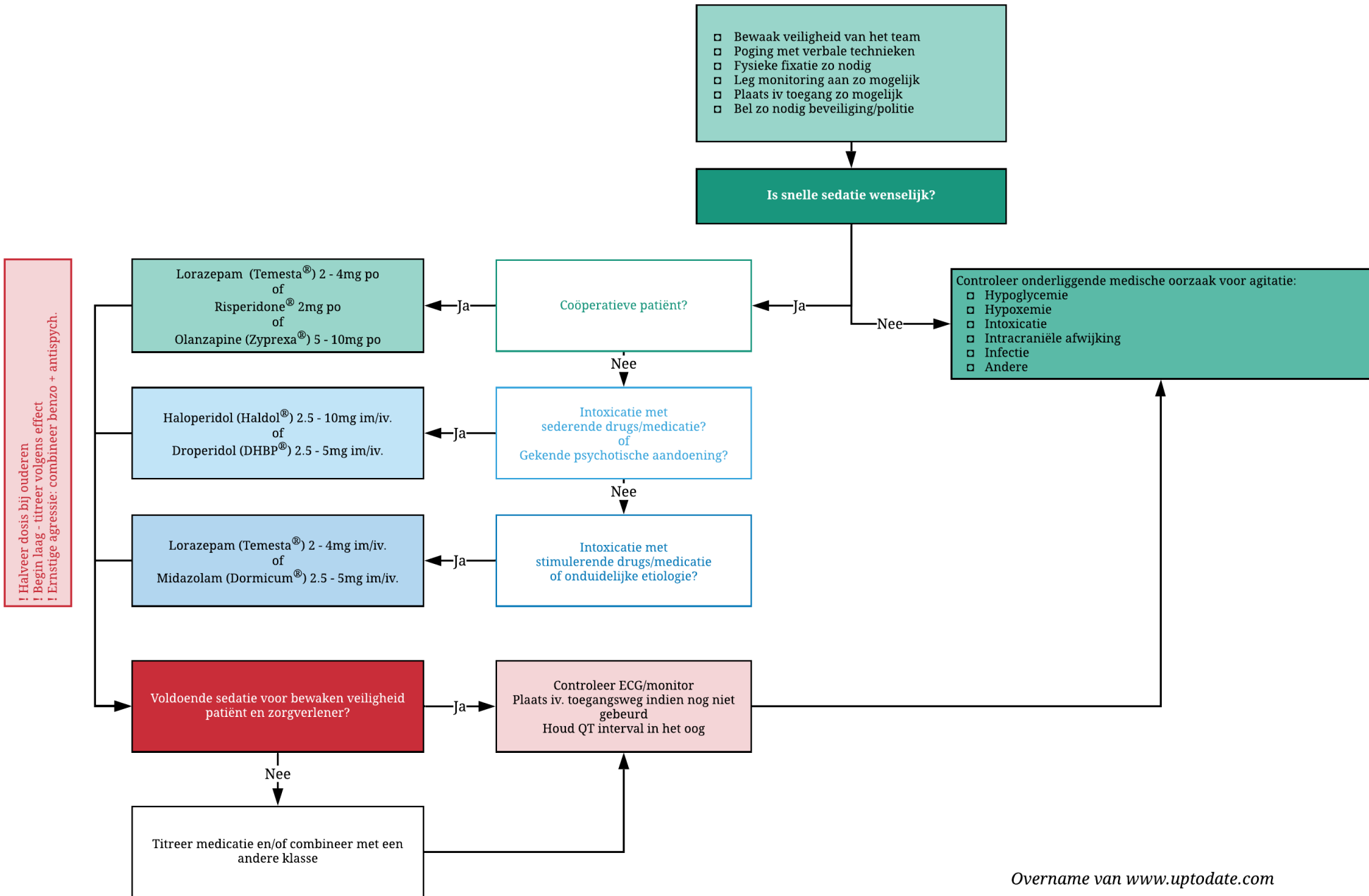
Elk ziekenhuis kent hierin eigen protocollen en gewoonten. Een voorstel voor een internationaal algoritme wordt hieronder worden weergegeven (flowchart).

Vanuit Domus Medica worden volgend beleid geadviseerd:

1. Agitatie zonder tekenen van psychose of vermoeden van psychose: voorkeur voor een benzodiazepine.
 - a. Oraal lorazepam (Temesta[®]) 1 mg of 2,5 mg wanneer perorale toediening veilig en mogelijk is.
 - b. Intramusculair midazolam (Dormicum[®]) 5 mg of lorazepam (Temesta[®]) 2 mg wanneer door agitatie perorale toediening niet mogelijk is.
2. Agitatie vermoedelijk door psychose
 - a. Oraal antipsychoticum zoals risperidone (Risperidone[®]) 1 – 2 mg of ev. haloperidol (Haldol[®]) 5 mg of oraal benzodiazepine zoals lorazepam (Temesta[®]) 1 – 2,5 mg.
 - b. Intramusculair haloperidol (Haldol[®]) 2,5 - 5 mg **of** midazolam (Dormicum[®]) 5 mg **of** ev. lorazepam (Temesta[®]) 2 mg bij ernstige agitatie met gevaar voor zichzelf of anderen.
 - c. **OVERWEEG** een combinatie van haloperidol (Haldol[®]) 2,5 - 5 mg **én** midazolam (Dormicum[®]) 5 mg of ev. lorazepam (Temesta[®]) 2 mg bij zeer ernstige agitatie met gevaar voor zichzelf of anderen.

Het is belangrijk om steeds de gangbare gebruiken in het ziekenhuis te volgen en om de gebruikte medicatie goed onder de knie te hebben.

PREHOSPITAAL opvang van de AGRRESSIEVE patiënt



BRONVERMELDING

1. https://www.uptodate.com/contents/intermittent-explosive-disorder-in-adults-treatment-and-prognosis?search=aggressive%20behavior&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
2. Code van de medische deontologie: <https://www.ordomedic.be/nl/code-2018/inhoud/>
3. Vansweevelt T., Dewallens F. Handboek gezondheidsrecht vol I en vol II. Intersentia. 2014.
4. Uzleerlink: omgaan met verbale agressie.
5. Procedure 'MP Dichtstbijzijnde ziekenhuis', NC 112 Oost-vlaanderen, laatste wijziging 26.10.2017.
6. Procedure 'MP Dringend interhospital transport', NC 112 Oost-Vlaanderen, laatste wijziging 2014.
7. Procedure 'MP Overmacht', NC 112 Oost-Vlaanderen, laatste wijziging 12.02.2019.
8. Procedure 'MP Dringend – niet dringend – rechtstreekse oproep', NC 112 Oost-Vlaanderen, laatste wijziging 2014.
9. Procedure 'MP Code 20', NC 112 Oost-Vlaanderen, laatste wijziging 2016.
10. Procedure 'Gedwongen opname / collocatie: aangewezen ziekenhuis', NC 112 Oost-Vlaanderen, laatste wijziging 2015.
11. Procedure 'MO Medisch beroepsgeheid', NC 112 Oost-Vlaanderen, laatste wijziging 09.10.2015.
12. Procedure 'Overlijden ten huize', NC 112 Oost-Vlaanderen, laatste wijziging 2011.
13. Richtlijnen voor de behandeling van urgentie aandoeningen in de eerste lijn (inhoud urgentietrouse) – versie mei 2020. Domus medica (EBPNet).