



# *Het economisch belang van patiëntveiligheid vanuit het standpunt van de patiënt als consument*

**Marieke Pypen**

promotor :

Prof. dr. Tjerk VAN DER SCHAAF

## **Woord vooraf**

Ter afronding van mijn studies Toegepaste Economische Wetenschappen koos ik ervoor mijn eindverhandeling te schrijven binnen de onderzoeksgroep Patient Safety van de U Hasselt. Deze masterproef is mede tot stand gekomen dankzij de steun van een aantal personen die ik graag wil bedanken.

Een eerste woord van dank gaat naar mijn promotor Prof. Dr. T.W. van der Schaaf. Zijn opvolging en opbouwende feedback hebben het mogelijk gemaakt om mijn masterproef tot een goed einde te brengen.

Ook Prof. Dr. J. van Mierlo wil ik graag bedanken voor zijn begeleiding. Ik kon steeds bij hem terecht voor vragen.

Ten slotte zou ik graag mijn familie bedanken die mij de kans gegeven heeft om deze studies te voltooien alsook mijn vriend en medestudenten die mij steeds hebben gesteund.

## **Samenvatting**

Het doel van deze masterproef is te weten komen welke aspecten van patiëntveiligheid met betrekking tot keuzes van patiënten/consumenten economische gevolgen hebben voor een ziekenhuis. Patiëntveiligheid wordt hierbij bekeken vanuit het standpunt van de patiënt. Dit sluit aan bij de patiëntgerichte benadering die zijn opmars maakte in de jaren '70.

De afhankelijke variabele die ons interesseert is de reactie van patiënten waarbij een medische fout gemaakt werd in hun zorg. Patiënten kunnen op verschillende manieren reageren op een medische fout, waarvan er enkele onderzocht werden in deze masterproef. De patiënt kan een volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan, het ziekenhuis afraden aan anderen, juridische stappen ondernemen, met zijn verhaal naar de pers stappen of combinaties hiervan. Welke keuze de patiënt maakt uit al deze mogelijkheden heeft bedrijfseconomische gevolgen voor het ziekenhuis.

Verskillende factoren beïnvloeden de manier waarop een patiënt zal reageren. De invloed van de ernst van de schade die de patiënt ondervonden heeft als gevolg van de medische fout is de eerste onafhankelijke variabele die onderzocht wordt. De manier waarop het ziekenhuispersoneel met de patiënt omgaat na de medische fout kan eveneens een invloed hebben op de reactie van de patiënt. De openheid van het ziekenhuispersoneel omtrent de fout wordt bijgevolg opgenomen als tweede onafhankelijke variabele. Ten slotte wordt de invloed van enkele demografische kenmerken van de patiënt onderzocht namelijk het geslacht, de leeftijdscategorie waartoe men behoort en het opleidingsniveau.

De benodigde data voor het praktijkgedeelte van dit onderzoek werd verzameld met behulp van de vignettenmethode of factorial survey. Het gebruik van deze methode is nog vrij beperkt maar begint zich steeds meer te verspreiden. De reden hiervoor is dat vignetten beter geschikt zijn voor het meten van attituden en percepties in vergelijking met traditionele vragenlijsten. De steekproef, bestaande uit 95 respondenten uit Vlaanderen, werd bevraagd aan de hand van persoonlijk afgenomen vragenlijsten. De data-analyse gebeurde door een logistische regressie-analyse, uitgevoerd met behulp van het statistische programma SPSS.

Uit het onderzoek blijkt dat patiënten die een medische fout ondervinden, voornamelijk zullen kiezen om van ziekenhuis te veranderen en het ziekenhuis af te raden aan anderen. Het aanspannen van een proces of eisen van een schadevergoeding zal iets minder vaak gebeuren maar nog steeds zijn er veel patiënten die deze stap zullen zetten. Slechts weinig patiënten zullen hun verhaal onder de media-aandacht brengen.

Op welke manier de patiënt reageert op een medische fout hangt af van de mate van openheid omtrent de fout. Uit het onderzoek blijkt dat deze variabele statistisch significant is. Wanneer de zorgverlener niet vertelt dat er een fout gebeurd is, zal een patiënt sneller acties ondernemen omdat hij vindt dat hij onterecht behandeld is. Informatie geven helpt om zulke acties van de patiënt te vermijden. De meest effectieve reactie van het ziekenhuispersoneel is echter het aanbieden van volledige informatie en een uitgebreide verontschuldiging. Het aantal rechtszaken aangespannen door patiënten daalt enkel wanneer de informatie omtrent de fout gepaard gaat met een verontschuldiging. Om rechtszaken te vermijden is het dus erg belangrijk voor een ziekenhuis dat er naast informatie eveneens een verontschuldiging aangeboden wordt aan de patiënt.

De ernst van de schade die de medische fout tot gevolg heeft, is eveneens statistisch significant en heeft de grootste invloed op de manier waarop de patiënt zal reageren. Des te ernstiger de schade is, des te groter de kans is dat de patiënt één of meerdere acties zal ondernemen. Wanneer er sprake is van ernstige schade zou zelfs 91% van de respondenten juridische stappen ondernemen.

De leeftijd van de patiënt die het slachtoffer werd van een medische fout, bepaalt mee de manier waarop hij of zij zal reageren. Ook deze factor kwam uit het praktijkonderzoek naar voren als een statistisch significante variabele. Naarmate de patiënt ouder is, wordt de kans kleiner dat men verdere acties zal ondernemen. De leeftijd van de patiënt heeft echter geen invloed op de keuze om al dan niet de media in te schakelen. Over de invloed van het geslacht van de patiënt bestaat onenigheid binnen de literatuur. In dit onderzoek blijken er geen merkwaardige verschillen te zijn tussen de reactie van mannen en die van vrouwen. Het geslacht van de patiënt wordt niet geïdentificeerd als statistisch significant. Enkel wat betreft het al dan niet naar de pers stappen is er een significant verschil te merken naargelang het geslacht van de patiënt. Mannen hebben meer de neiging om hun verhaal in de media te brengen dan

vrouwen. De reactie van de patiënt hangt eveneens af van het opleidingsniveau dat hij of zij genoten heeft. Dit is de laatste onafhankelijke variabele die een significante invloed blijkt te hebben. Wanneer de patiënt een hoger diploma heeft, is de kans groter dat er verdere stappen ondernomen zullen worden. Wanneer de patiënt lager opgeleid is, loopt het ziekenhuis minder kans dat er bijvoorbeeld een rechtszaak aangespannen wordt.

Hoofdstuk I van deze masterproef vangt aan met de situering van de probleemstelling, de onderzoeksvragen en het onderzoeksopzet. De belangrijkste resultaten van de geraadpleegde literatuur zijn terug te vinden in hoofdstuk II van deze masterproef. Hoofdstuk III omvat de gebruikte methoden en de resultaten uit het praktijkgedeelte van dit onderzoek. Hierna is het mogelijk een vergelijking te maken tussen de resultaten van de literatuurstudie en het eigen praktijkonderzoek. Dit gebeurt in hoofdstuk IV van deze masterproef. Ten slotte bevat hoofdstuk V de uiteindelijke conclusies en hoofdstuk VI de aanbevelingen voor verder onderzoek.

# Inhoudsopgave

---

blz.

Woord vooraf	
Samenvatting	
Lijst met figuren	
Lijst met tabellen	
Lijst met bijlagen	
Hoofdstuk I: Probleemstelling	- 1 -
1.1 Inleiding	- 1 -
1.2 Vraagstelling	- 5 -
1.3 Onderzoeksopzet	- 7 -
Hoofdstuk II: Literatuurstudie	- 10 -
2.1 Mogelijke reacties van patiënten na een medische fout	- 10 -
2.2 Variabelen met een invloed op de reactie van de patiënt	- 12 -
2.2.1 Openheid omtrent fouten	- 12 -
2.2.2 Ernst van de schade	- 24 -
2.2.3 Demografische kenmerken van de patiënt	- 30 -
2.3 Het gebruik van vignetten	- 34 -
Hoofdstuk III: Praktijkonderzoek	- 38 -
3.1 Inleiding	- 38 -
3.2 Kenmerken steekproef	- 40 -
3.3 Resultaten van het beschrijvend onderzoek	- 43 -
3.4 Resultaten van de regressie-analyse	- 51 -
3.4.1 Regressie-analyse	- 51 -
3.4.2 Patiënt verandert van ziekenhuis	- 52 -
3.4.3 Patiënt raadt het ziekenhuis af aan anderen	- 53 -
3.4.4 Patiënt onderneemt juridische stappen	- 55 -
3.4.5 Patiënt stapt naar de pers	- 56 -
3.4.6 Resultaten per onafhankelijke variabele	- 59 -

Hoofdstuk IV: Discussie	- 61 -
4.1 Beperkingen	- 61 -
4.2 Vergelijking met Itoh & Andersen (2009)	- 62 -
4.3 Vergelijking met andere onderzoeken	- 63 -
Hoofdstuk V: Conclusie	- 67 -
Hoofdstuk VI: Aanbevelingen	- 70 -
Lijst van de geraadpleegde werken	- 72 -
Bijlagen	- 80 -



## Lijst met figuren

	blz.
Figuur 1: De centrale positie van de patiënt in het zorgproces	- 4 -
Figuur 2: De relatie tussen schade, fouten en schadevergoedingen	- 11 -
Figuur 3: Classificatiematrix van verschillende typen incidenten	- 24 -
Figuur 4: Samenstelling steekproef naar geslacht	- 41 -
Figuur 5: Samenstelling steekproef naar leeftijdscategorie	- 41 -
Figuur 6: Samenstelling steekproef naar opleidingsniveau	- 42 -
Figuur 7: Samenstelling steekproef naar ervaring met medische fout	- 42 -
Figuur 8: Percentage respondenten dat naar een ander ziekenhuis zou gaan naargelang ernst van de schade	- 45 -
Figuur 9: Percentage respondenten dat het ziekenhuis zou afraden naargelang ernst van de schade	- 46 -
Figuur 10: Percentage respondenten dat juridische stappen zou ondernemen naargelang ernst van de schade	- 46 -
Figuur 11: Percentage respondenten dat naar de pers zou stappen naargelang ernst van de schade	- 47 -
Figuur 12: Percentage respondenten dat naar een ander ziekenhuis zou gaan naargelang openheid omtrent fout	- 48 -
Figuur 13: Percentage respondenten dat het ziekenhuis zou afraden naargelang openheid omtrent fout	- 49 -
Figuur 14: Percentage respondenten dat juridische stappen zou ondernemen naargelang openheid omtrent fout	- 49 -
Figuur 15: Percentage respondenten dat naar de pers zou stappen naargelang openheid omtrent fout	- 50 -

## Lijst met tabellen

	blz.
Tabel 1: Vergelijking van de houding van de arts en de patiënt ten opzichte van de openbaarmaking van een medische fout.	- 14 -
Tabel 2: Percentage van acceptatie door de patiënt bij elk type verontschuldiging van de arts	- 16 -
Tabel 3: Samenvattende tabel i.v.m openheid over fouten	- 21 -
Tabel 4: Mate van gezondheidsbeperking bij ontslag van patiënten die te maken hebben gekregen met onbedoelde schade tijdens de opname	- 26 -
Tabel 5: Reactie van de patiënt op een medische fout	- 28 -
Tabel 6: Samenvattende tabel i.v.m. ernst van de schade	- 29 -
Tabel 7: Samenvattende tabel i.v.m. kenmerken van de patiënt	- 33 -
Tabel 8: Invloed van de ernst van de schade op de reactie van de patiënt	- 45 -
Tabel 9: Invloed van de openheid omtrent de fout op de reactie van de patiënt	- 48 -
Tabel 10: Output bij vraag "Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?"	- 53 -
Tabel 11: Output bij vraag "Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?"	- 54 -
Tabel 12: Output bij vraag "Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?"	- 56 -
Tabel 13: Output bij vraag "Zou je naar de pers stappen met je verhaal?"	- 57 -
Tabel 14: Samenvattende tabel i.v.m resultaten per vraag	- 58 -

## **Lijst met bijlagen**

	blz.
Bijlage 1: Openheid over fouten – Aanbevelingen voor artsen	- 80 -
Bijlage 2: Vragenlijst	- 81 -
Bijlage 3: SPSS-output van het beschrijvend onderzoek	- 89 -
Bijlage 4: SPSS-output van de regressieanalyse	- 95 -
Bijlage 5: Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg	- 100 -

# Hoofdstuk I: Probleemstelling

## 1.1 Inleiding

Patiëntveiligheid wordt gedefinieerd als "het nagenoeg ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem" (Wagner & Van der Wal, 2005). Volgens de meest recente taxonomie of classificatie is patiëntveiligheid "de reductie van het risico op onnodige schade geassocieerd met gezondheidszorg tot een acceptabel minimum" (World Health Organisation, 2009).

Medische fouten komen voor in alle organisaties waar men gezondheidszorg toedient. Volgens de World Health Organisation [WHO] ondervindt één op tien patiënten in de ontwikkelde landen schade<sup>1</sup> bij het verkrijgen van verzorging in een ziekenhuis. Deze schade kan zich onder andere voordoen in de vorm van een verlengde opname in het ziekenhuis, een tijdelijke of blijvende beperking of zelfs het overlijden van de patiënt. Onderzoek van het Institute of Medicine wijst uit dat bijna 70% van de adverse events<sup>2</sup> vermijdbaar zijn (Institute of Medicine, 2000).

De laatste 10 jaar is de aandacht voor het probleem sterk toegenomen. Reeds enkele decennia lang wordt er onderzoek uitgevoerd naar patiëntveiligheid maar het is pas sinds de publicatie van het rapport "To err is human: building a safer health system" van het Institute of Medicine in 2000 dat er wereldwijd aandacht aan besteed wordt. Dit rapport schatte het aantal dodelijke slachtoffers in de USA als gevolg van een medische fout tijdens de hospitalisatie op 44.000 tot 98.000 per jaar (Institute of Medicine, 2000).

In 2007 werd een onderzoek uitgevoerd naar vermijdbare fouten in Nederlandse ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat jaarlijks 1,3 miljoen mensen in een ziekenhuis

---

<sup>1</sup> Schade: Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwarend van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies, of tot overlijden (Wagner & Van der Wal, 2005)

<sup>2</sup> Adverse event: een onbedoelde gebeurtenis (procesgang) die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade (uitkomst) voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking, verlenging of verzwarend van de behandeling dan wel overlijden van de patiënt (Wagner & Van der Wal, 2005)

opgenomen worden. Hiervan krijgt 5,7% te maken met schade tijdens het verblijf. In ongeveer 40% van de gevallen was de schade te voorkomen. In 2004 overleden in Nederland 1735 patiënten ten gevolge van een vermijdbare medische fout (Wagner, de Bruijne, Zegers, & Hoonhout, 2007). Voor België werden gelijkaardige cijfers gevonden in een recente studie uitgevoerd door de mutualistische maatschappij Medical Services. Volgens deze studie sterven in België jaarlijks ongeveer 2.000 personen als gevolg van een medische fout tijdens de hospitalisatie. In België vallen dus meer dodelijke slachtoffers als gevolg van een medische fout dan dat er verkeersslachtoffers zijn. ("Jaarlijks 2.000 doden door medische blunders", 2009)

Een incident dat schade berokkent, zorgt niet enkel voor persoonlijke tragedies maar ook voor extra kosten zoals medicatie- en hospitalisatiekosten en eventueel proceskosten. Bovendien zijn er aanzienlijke opportuniteitskosten doordat de patiënt langer arbeidsongeschikt is. De totale kost van adverse events in de USA werd geschat tussen de 17 en 29 miljard dollar (Institute of Medicine, 2000). Dit toont aan dat het verbeteren van patiëntveiligheid eveneens van economisch belang is.

Sommige voordelen die volgen uit de verbetering van patiëntveiligheid zullen eerder tastbaar zijn. Dan denken we bijvoorbeeld aan de reductie van onnodige of herhaalde diensten, een beter behoud van werknemers en een verbeterde kwaliteit van de gezondheidszorg. Andere voordelen zullen minder tastbaar zijn zoals een verbeterde moraal en een groter vertrouwen van de gemeenschap in de gezondheidszorg (Gavin & Saltonstall, 2004).

De Europese Unie engageert zich door een werkgroep op te richten die zich bezighoudt met de kwaliteit van de gezondheidszorg, waaronder ook patiëntveiligheid. De World Health Organisation lanceerde in 2004 een programma genaamd "WHO Patient Safety" met als doel verbeteringen in verband met patiëntveiligheid wereldwijd te coördineren, verspreiden en versnellen. Eén van hun slagzinnen luidt als volgt: "First do no harm". (WHO, z.d.)

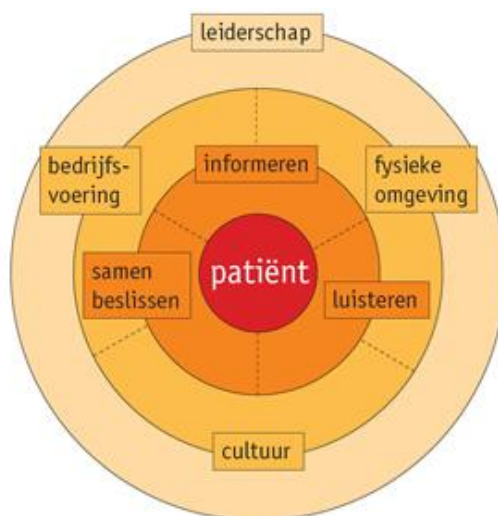
Meestal liggen er meerdere factoren of oorzaken aan de basis van een medische fout. Wil men deze oorzaken aanpakken, dan lukt dit niet zonder eerst de onderliggende organisatiecultuur te wijzigen. Een cultuur gericht op veiligheid is een absolute voorwaarde voor de initiatieven rond patiëntveiligheid om effect te hebben. Het veranderen van de cultuur wordt door sommige gezondheidsorganisaties zelfs beschouwd als de allergrootste uitdaging om tot een veilig gezondheidszorgsysteem te

komen. Een evolutie van een "blame and shame" cultuur, waar er met de vinger gewezen wordt naar degene die de fout gemaakt heeft, naar een cultuur gebaseerd op openheid, transparantie en vertrouwen is noodzakelijk.

Aangezien deze masterproef zich situeert binnen de faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen, zal ik patiëntveiligheid ook benaderen vanuit een bedrijfseconomisch perspectief. Hierbij bekijken we het ziekenhuis als een bedrijf en de patiënt als een consument. Een ziekenhuis streeft ernaar zoveel mogelijk patiënten te hebben, net als een bedrijf ernaar streeft zoveel mogelijk klanten te hebben. Voor Belgische ziekenhuizen kan dit verklaard worden door de manier waarop hospitalen gefinancierd worden. Ziekenhuizen concurreren namelijk om een zo groot mogelijk aandeel in het Budget van Financiële Middelen. Verschillende factoren bepalen dit aandeel in het budget maar het aantal patiënten is één van de belangrijkste factoren. Hoe meer patiënten een ziekenhuis verzorgt, hoe groter het gefinancierde bedrag dat ze ontvangen van de overheid. Het is belangrijk voor een ziekenhuis deze patiënten tevreden te stellen. In België en de meeste Europese landen zijn patiënten namelijk vrij om te kiezen in welk hospitaal ze zich laten verzorgen. Wanneer de patiënt ontevreden is over zijn behandeling in een ziekenhuis, kan hij zich een volgende keer in een ander ziekenhuis laten opnemen. Dit is vergelijkbaar met een ontevreden klant die naar een ander bedrijf toe stapt. Hieruit kunnen we afleiden dat de relatie tussen een patiënt en een ziekenhuis heel wat gelijkenissen vertoont met de relatie tussen een consument en een bedrijf. Daar waar in deze masterproef 'patiënt' staat, kunt u ook 'consument' lezen.

Het standpunt van de patiënt vormt het uitgangspunt in deze masterproef. Dit sluit aan bij de 'patient-centred approach' of patiëntgerichte benadering die in de jaren 70 zijn opmars maakte in de literatuur. Deze benadering plaatst de patiënt centraal in het zorgproces. Er wordt niet enkel gekeken naar de symptomen van de ziekte, maar ook naar de persoon achter deze symptomen. Stewart et al. (2003) identificeerden zes componenten die noodzakelijk zijn voor 'patient-centred care': het onderzoeken van zowel de ziekte als de manier waarop de patiënt de ziekte ervaart, het begrijpen van de gehele persoon, het vinden van raakvlak betreffende het management, het incorporeren van preventie en het bevorderen van de gezondheid, het verbeteren van de relatie tussen arts en patiënt en ten slotte het aannemen van een realistische houding in verband met persoonlijke beperkingen en kwesties zoals de beschikbaarheid van tijd en middelen.

In figuur 1 wordt weergegeven op welke manier de patiënt een centrale plaats inneemt in een zorginstelling. Het is de taak van het ziekenhuis en de zorgverstrekkers om de patiënt voldoende te informeren over zijn toestand, te luisteren naar hun voorkeuren en nadien samen met hen te beslissen. De mate waarin dit gebeurt, wordt beïnvloed door de fysieke omgeving, de heersende cultuur en de bedrijfsvoering, die op hun beurt beïnvloedt worden door de manier waarop het ziekenhuis geleid wordt.



**Figuur 1 De centrale positie van de patiënt in het zorgproces (Bron: CBO Kwaliteitsinstituut, z.d.).**

Patiëntgerichtheid binnen het zorgproces wordt steeds meer beschouwd als een essentieel element voor het afleveren van hoge kwaliteitszorg. Een ziekenhuis kan een hoger kwaliteitsniveau van zorg bereiken door de kennis en ervaringen van patiënten te incorporeren in het zorgproces. Het verbetert de prestaties van de arts en heeft positieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënt. Bijgevolg verhoogt de tevredenheid van de patiënten. Verschillende studies bevestigen de voorkeur van patiënten voor een patient-centred approach (Little et al., 2001; Flocke et al., 2002). Ook de artsen en ziekenhuizen hebben er baat bij indien zij op zulke manier te werk gaan. Artsen die in staat zijn betere relaties op te bouwen met hun patiënten zullen deze patiënten immers beter kunnen behouden. De patiënttevredenheid leidt mogelijk tot een lager risico dat er een proces aangespannen wordt na een medische fout (Irwin & Richardson, 2006).

Net als vele andere organisaties, is de World Health Organisation zich bewust van het belang van patiëntgerichtheid. De organisatie startte in 2004 het project 'Patients for Patient Safety' op. De nadruk ligt op de rol die patiënten en hun familie kunnen spelen in het verbeteren van de veiligheid indien zij als volwaardige partners betrokken worden in het zorgproces.

## **1.2 Vraagstelling**

Het verbeteren van patiëntveiligheid is niet enkel vanuit een ethisch standpunt, maar ook vanuit een economisch perspectief noodzakelijk voor een ziekenhuis. Een medische fout kan immers leiden tot ontevredenheid bij de patiënt/consument, het verlies van patiënten, extra kosten voor het ziekenhuis, enzovoort. Dit zijn belangrijke aspecten waar een ziekenhuis rekening mee moet houden, vooral naar de toekomst toe. Door de toegenomen mobiliteit wordt het immers steeds makkelijker voor patiënten om naar het ziekenhuis van hun keuze te gaan en eventueel van ziekenhuis te veranderen. Patiënten worden ook steeds mondiger en verwachten zorgverlening van de hoogste kwaliteit.

De centrale onderzoeksvraag in deze masterproef is de volgende:

*Welke aspecten van patiëntveiligheid met betrekking tot keuzes van patiënten/consumenten hebben economische gevolgen voor een ziekenhuis?*

Binnen deze masterproef wordt eerst nagegaan welke acties patiënten zouden ondernemen indien ze ontevreden zouden zijn als gevolg van een medische fout. Deze deelvraag luidt als volgt:

*Hoe zouden patiënten/consumenten reageren indien zij het slachtoffer zouden zijn van een medische fout?*

De consument heeft hier verschillende mogelijkheden:

- De patiënt beslist om een volgende keer dat hij of zij zorgverlening nodig heeft, niet meer terug te keren naar het ziekenhuis waar de fout gebeurd is.
- De patiënt raadt het ziekenhuis in kwestie af aan anderen in zijn/haar omgeving. Hierdoor kan het ziekenhuis klanten verliezen.



- Een verdergaande stap zou zijn dat de patiënt die schade geleden heeft een proces aanspant tegen het ziekenhuis of de zorgverlener. Voor het ziekenhuis brengt dit heel wat kosten met zich mee in de vorm van proceskosten en eventuele schadevergoedingen.
- Een andere mogelijkheid is dat de patiënt naar de pers stapt met zijn verhaal. Dit geeft het ziekenhuis een slecht imago wat tot een verlies van patiënten kan leiden.
- ...

Uiteraard zijn er ook combinaties van de voorgaande reacties mogelijk. Welke keuze de patiënt maakt uit al deze mogelijkheden heeft bedrijfseconomische gevolgen voor het ziekenhuis.

Vervolgens zal onderzocht worden of bepaalde onafhankelijke variabelen een invloed hebben op de reactie van de patiënt. Een recente studie die relevant is binnen deze context is dat van Itoh en Andersen (2009). De focus van dit onderzoek ligt op de attitudes van patiënten ten opzichte van de verontschuldiging van zorgverleners na een medische fout. Uit dit onderzoek blijkt dat het percentage patiënten dat terug zal komen naar het ziekenhuis waar zij het slachtoffer geweest zijn van een medische fout, afhankelijk is van de mate waarin de arts of het ziekenhuis zich verontschuldigt tegenover de patiënt. Deze variabele bleek zeer significant te zijn. Hieruit wordt de volgende deelvraag afgeleid:

*Welke invloed heeft de manier waarop het ziekenhuispersoneel reageert na een medische fout, op de reactie van de patiënt/consument?*

Ook de ernst van de schade die de patiënt oploopt kan voor een belangrijk verschil zorgen in de waarschijnlijkheid dat een patiënt nog zal terugkeren naar het ziekenhuis. Deze variabele zal dus eveneens opgenomen worden in dit onderzoek.

*Welke invloed heeft de ernst van de schade die de patiënt zou ondervinden als gevolg van een medische fout, op de reactie van de patiënt/consument?*

Ten slotte zal nagegaan worden of bepaalde demografische kenmerken van de patiënt bepalend zijn voor de stappen die hij/zij zou ondernemen.

*Welke invloed heeft de leeftijd van de patiënt/consument op zijn of haar reactie?*

*Welke invloed heeft het geslacht van de patiënt/consument op zijn of haar reactie?*

*Welke invloed heeft het opleidingsniveau van de patiënt/consument op zijn of haar reactie?*

Dit onderzoek is gericht op een probleem waar ziekenhuizen hedendaags mee worstelen. Men weet vaak ook niet hoe te reageren indien er een adverse event plaats gevonden heeft. Een recent voorval in het Aalsters Stedelijk Ziekenhuis toont dit aan. Het ziekenhuis probeerde een fatale medische blunder immers geheim te houden door de familie van de overleden patiënt alle ziekenhuisfacturen ter waarde van 600 euro kwijt te schelden. In ruil voor de kwijtschelding mochten de familieleden geen rechtszaak aanspannen ("Ziekenhuis probeert medische blunder stil te houden", 2009).

### **1.3 Onderzoeksopzet**

Mijn onderzoeksvragen zal ik oplossen aan de hand van secundaire en primaire data in de vorm van een literatuurstudie en een bevraging van respondenten.

Ik zal aanvangen met het raadplegen van bestaande wetenschappelijke literatuur. Ik zal mij voornamelijk focussen op de literatuur omtrent mogelijke reacties van patiënten na een medische fout en de factoren die hier eventueel een invloed op hebben. De literatuur wordt eveneens geconsulteerd in verband met een specifieke methode voor dataverzameling namelijk de factorial survey. Aan deze literatuurstudie leg ik geen tijdsbeperking op omdat het om een vrij recent onderwerp gaat. Een geografische beperking zal ik hier ook niet opleggen aangezien andere landen dan België heel wat verder staan met hun onderzoek binnen het domein. Deze literatuurstudie zal mij helpen bij het bepalen van belangrijke elementen die zeker bevroegd moeten worden. Op het einde van het onderzoek is het mogelijk de resultaten van de literatuurstudie te vergelijken met de resultaten van het praktijkonderzoek.

Voor de dataverzameling werd een keuze gemaakt tussen de verschillende beschikbare methoden. De observatiemethode kan meteen uitgesloten worden aangezien men de situatie van een medische fout niet kan nabootsen en observeren. Ook de interviewmethode, die zich het best leent voor onderzoeken waarbij men uitgebreide of diepgaande antwoorden wil van de respondent, kan uitgesloten worden.

Vragenlijsten zijn bijgevolg het best toepasbaar in dit onderzoek. De vragenlijsten worden persoonlijk afgenomen aangezien deze manier het mogelijk maakt om binnen een korte tijdsperiode van enkele weken alle gecompleteerde vragenlijsten te verzamelen. Bovendien bieden persoonlijk afgenomen vragenlijsten de mogelijkheid om eventuele vragen of twijfels van de respondent meteen te verduidelijken. Wat betreft de vraagstelling wordt geopteerd voor de vignettenmethode, ook wel factorial survey genoemd, omdat deze erg geschikt is voor het meten van de eigen intenties van de respondenten. Een vignette is een beschrijving van een fictieve situatie waarbij de verschillende onafhankelijke variabelen telkens aangepast worden. Bij elke versie van het fictieve verhaal worden steeds dezelfde vragen gesteld aan de respondenten. Een definitie wordt gegeven door Gould (1996): "Vignettes are simulations of real events which can be used in research studies to elicit subjects' knowledge, attitudes or opinions according to how they state they would behave in the hypothetical situation depicted" (p.207). Aangezien de respondent zich moet verplaatsen in een specifieke rol en situatie, verkrijgt men doorgaans een meer getrouw beeld van de werkelijke gevoelens, gedachten en acties. Om volgorde effecten te vermijden zal ik zes verschillende versies van de vragenlijst afnemen.

De populatie waaruit de steekproef geselecteerd wordt zijn alle Vlamingen. De respondenten die ik bevrage zijn individuen. Ik hoef mij niet te beperken tot patiënten aangezien iedereen een potentiële patiënt is. De vignetten worden zo opgesteld dat het voor iedereen mogelijk is zich in de situatie te verplaatsen. De respondenten zijn Vlamingen, voornamelijk uit Limburg en Vlaams-Brabant. Zij zullen zo gekozen worden dat de uiteindelijke steekproef zowel mannen als vrouwen bevat uit verschillende leeftijdscategorieën en met verschillende opleidingsniveaus. Dit is erg belangrijk om te kunnen onderzoeken hoe de resultaten variëren tussen de verschillende demografische groepen. Wat betreft de grootte van de steekproef zal er getracht worden om zoveel mogelijk respondenten te bevrage. Het gaat hier echter om een verkennend onderzoek op kleine schaal. Bovendien zijn er beperkingen wat betreft tijd en middelen. Om deze redenen zal de steekproef niet erg groot zijn.

De gegevens worden eenmalig in enkele weken tijd verzameld. De analyse van de data gebeurt aan de hand van een meervoudige regressieanalyse. Er wordt immers bestudeerd hoe een afhankelijke variabele samenhangt met meerdere onafhankelijke variabelen. De afhankelijke variabele in deze studie is de reactie van de patiënt. Er zijn vier mogelijke reacties van de patiënt opgenomen. De patiënt kan veranderen van

ziekenhuis, het ziekenhuis afraden aan anderen, juridische stappen ondernemen en naar de pers stappen. De onafhankelijke variabelen zijn de openheid van de arts, de ernst van de schade en de kenmerken van de patiënt zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Het gaat bovendien om een logistische regressie aangezien de afhankelijke variabele dichotoom is. De regressieanalyse wordt uitgevoerd met behulp van het statistische programma SPSS.

## **Hoofdstuk II: Literatuurstudie**

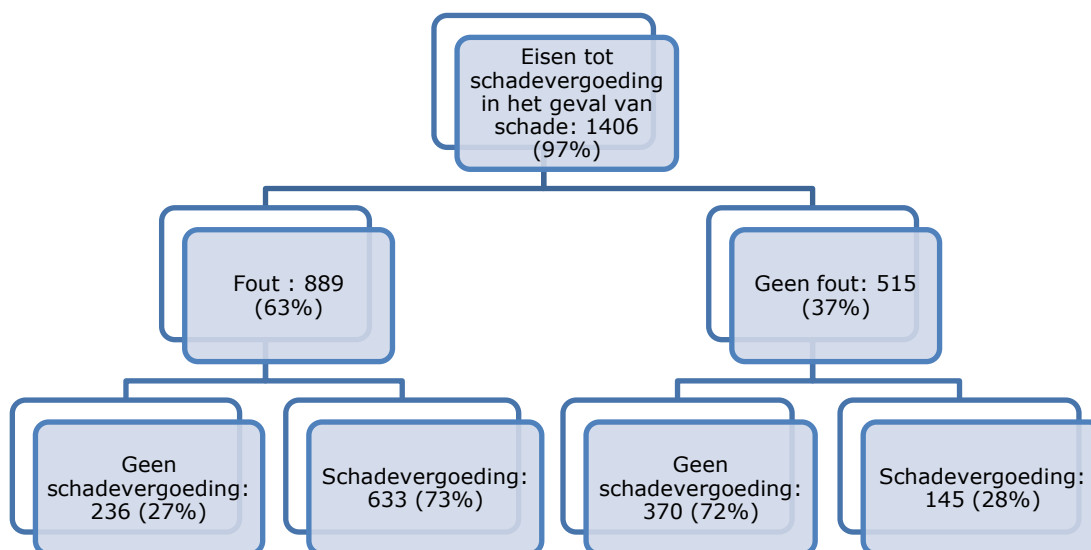
Deze literatuurstudie vangt aan met een korte opsomming van mogelijke acties die patiënten kunnen ondernemen nadat er zich een medische fout heeft voorgedaan in hun zorg. Vervolgens kijken we naar enkele variabelen die mogelijk een invloed hebben op de reactie van de patiënt. Zo blijkt de openheid van de arts en het ziekenhuis omtrent de fout een mogelijke variabele te zijn. Hier wordt uitgebreid op ingegaan. Volgens verschillende onderzoeken heeft ook de ernst van de schade een invloed. De laatste variabelen waarover ik de literatuur zal raadplegen, zijn de demografische kenmerken van de patiënt. De vignettenmethode is nog een vrij nieuwe methode voor het verzamelen van gegevens. Daarom lijkt het me nuttig de literatuurstudie af te sluiten door wat aandacht te besteden aan de toepassing en het gebruik hiervan.

### ***2.1 Mogelijke reacties van patiënten na een medische fout***

In België geldt het principe van vrije toegang binnen de gezondheidszorg. Patiënten kiezen in welk ziekenhuis ze zich laten verzorgen. Ze kunnen dus ook zelf de beslissing nemen om al dan niet terug te keren naar een bepaald ziekenhuis. In dit kader kunnen we ziekenhuizen bekijken als concurrenten van elkaar. Zij trachten hun patiënten tevreden te stellen door hen de kwaliteitsvolle zorg te verlenen waar zij recht op hebben. Zo proberen ziekenhuizen en artsen te vermijden dat de patiënt overstapt naar een concurrerend ziekenhuis. Of een patiënt die het slachtoffer is van een medische fout al dan niet zal terugkeren naar het ziekenhuis werd onder andere onderzocht door Itoh en Andersen (2009).

Het is ook denkbaar dat een patiënt niet enkel zal overstappen naar een ander ziekenhuis maar bovendien het ziekenhuis waar de fout gebeurd is zal afraden aan anderen. Tot zover werd nog niet onderzocht in welke mate patiënten met hun omgeving praten over de fout die in het ziekenhuis gebeurde. Nochtans is dit belangrijke informatie voor artsen en ziekenhuizen. Als de patiënt zich negatief uitlaat over het ziekenhuis of het afraadt aan mensen uit zijn of haar omgeving, zou het ziekenhuis immers (potentiële) klanten kunnen verliezen.

Een verdergaande stap zou zijn dat de patiënt juridische stappen onderneemt. Het aantal adverse events dat leidt tot de eis voor een schadevergoeding of de aanspanning van een proces is relatief laag maar stijgend. Momenteel zal de meerderheid van de patiënten deze stap naar de rechtbank niet zetten. In een studie uitgevoerd door Andrews et al. (1997) ondervond 17,7% van de patiënten een medische fout met schade tot gevolg. Slechts 1,2% van deze patiënten eiste een schadevergoeding. Gelijkaardige cijfers werden gevonden door Mazor et al. (2004). In dit onderzoek verklaarde 12,1% schade te hebben geleden als gevolg van een medische fout. Van deze patiënten had 1,4% een eis tot schadevergoeding ingediend of een proces aangespannen tegen de arts of het ziekenhuis. De Harvard Medical Practice study uit 2004 toont een hoger percentage. Volgens deze studie vervolgt 3% tot 5% van de benadeelde patiënten de arts of het ziekenhuis (Studdert, Mello & Brennan, 2004). Studdert et al. (2006) onderzochten 1452 eisen tot schadevergoeding van patiënten. Een aantal resultaten hiervan zijn terug te vinden in figuur 2. Bij 63 % van de eisen lag een medische fout aan de oorzaak. Van alle eisers verkreeg 56% daadwerkelijk een financiële compensatie voor de geleden schade. Wanneer een fout aan de oorzaak lag, werd 73% vergoed. De compensatie voor de patiënt bedroeg gemiddeld \$485,348. Bij de verdediging van de eis worden daarnaast veel administratieve kosten gemaakt die gemiddeld \$52,521 bedragen.



**Figuur 2. De relatie tussen schade, fouten en schadevergoedingen (Bron: Studdert et al., 2006)**

Een andere mogelijkheid voor de patiënt is zijn verhaal vertellen aan de media. Het ziekenhuis wordt zo op een negatieve manier onder de aandacht gebracht. Dit kan voor enorme schade zorgen aan de reputatie en het imago van het ziekenhuis. Het is erg waarschijnlijk dat men hierdoor patiënten/klanten zal verliezen. Volgens Lamb (2004) brengen patiënten hun verhaal naar de media als een laatste redmiddel. Voordat dat ze deze stap zetten hebben ze reeds verschillende pogingen ondernomen om de waarheid te weten te komen. De lokale en officiële instanties hebben hun niet verder kunnen helpen. Men is niet zozeer kwaad om de fout op zich maar wel om de manier waarop men behandeld werd na een adverse event. Artsen werden ondervraagd door Kristiansen et al. (2001) in verband met negatieve reacties uitgaande van hun patiënten. Daaruit bleek dat 30% van de artsen al eens een patiënt had meegemaakt die dreigde naar de media te stappen. Bij 18% van de artsen bleef het daar niet bij en ging de patiënt daadwerkelijk naar de pers.

## ***2.2 Variabelen met een invloed op de reactie van de patiënt***

### **2.2.1 Openheid omtrent fouten**

De laatste jaren wordt steeds meer verwacht van artsen en zorginstellingen dat zij open en eerlijk omgaan met incidenten en fouten. Dit is één van hun verantwoordelijkheden tegenover de maatschappij. Bovendien kan het bijdragen aan de patiëntveiligheid doordat artsen worden gestimuleerd systeemverbeteringen aan te brengen die de kans op herhaling tot een minimum beperken (Van Bon & Molendijk, 2009). De openbaarmaking van een fout omvat zowel het communiceren van alle informatie aan de patiënt als de verdere ondersteuning van de patiënt (Gallagher & Hardy Lucas, 2005). Deze openheid kan eventueel gepaard gaan met een verontschuldiging of spijtbetuiging van de arts of het ziekenhuisbeleid. Legemaate, Everdingen, Kievit en Stappers (2007) formuleerden nog meer aanbevelingen voor de zorgverlening in verband met het omgaan met medische fouten. Deze zijn terug te vinden in bijlage 1 van deze masterproef. Door gebrekkige informatie te geven kan er schade ontstaan aan de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Om het vertrouwen tussen beiden te behouden is openheid erg belangrijk. Als de patiënt het gevoel heeft dat niet alles aan hem/haar verteld wordt, zou dit achterdocht kunnen opwekken tegenover de arts en het ziekenhuis. De praktijk leert ons dat lang niet alle

zorgverleners voldoende openheid naar de patiënt betrachten. Dit staat in contrast met het verlangen van de patiënt naar openheid en eerlijkheid. In de literatuur spreekt men wel eens over een "disclosure gap". Dit is de discrepantie tussen de informatie die patiënten wensen na een medische fout en wat de gezondheidszorg hen gewoonlijk aan informatie biedt (Levinson & Gallagher, 2007). Deze discrepantie tussen de houding van de patiënt en deze van de arts wordt eveneens aangetoond in tabel 1 die overgenomen werd uit een onderzoek van Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser en Levinson uit 2003. Patiënten hanteren een uitgebreidere definitie van een fout dan artsen. Volgens patiënten moeten alle fouten die schade tot gevolg hebben besproken worden met hen. Zij willen alle informatie over de fout te horen krijgen. Artsen vinden het eveneens noodzakelijk dat er gecommuniceerd wordt over fouten die schade tot gevolg hebben. Zij hanteren echter een aantal uitzonderingen. Als de schade slechts bijkomstig is of de arts van mening is dat de patiënt de fout niet zal begrijpen of er niets over wil weten, hoeft er niets besproken te worden. Indien artsen de fout zouden bespreken met de patiënt zouden ze voorzichtig kiezen welke informatie ze geven. Dit wordt verklaard door hun angst om wettelijk aansprakelijk gesteld te worden, wat later in dit hoofdstuk uitgebreid aan bod komt. Over de vraag of near misses<sup>3</sup> besproken moeten worden zijn de meningen van de patiënten verdeeld. Artsen daarentegen zijn van mening dat het niet nodig is om near misses te bespreken. Patiënten verkiezen dat de arts een eerlijke en meelevende houding aanneemt wanneer hij de fout vertelt. Zij verlangen bovendien naar een verontschuldiging. Artsen daarentegen verkiezen dat de communicatie op een professionele manier gebeurt. Zij vrezen dat een verontschuldiging leidt tot wettelijke aansprakelijkheid. Artsen zijn bezorgd om de patiënt maar ook om de impact die de fout zal hebben op hun carrière.

---

<sup>3</sup> Near-miss of bijna-incident: Een incident dat de patiënt niet bereikt heeft (Kessels-Habraken, Van der Schaaf, De Jonge & Rutte, 2010)



**Tabel 1 Vergelijking van de houding van de arts en de patiënt ten opzichte van de openbaarmaking van een medische fout. (Bron: Gallagher et al., 2003)**

<b>Focus group themes</b>	<b>Patients' attitudes</b>	<b>Physicians' attitudes</b>
Definition of error	Broad; includes deviations from standard of care, some nonpreventable adverse events, poor service quality and deficient interpersonal skills of practitioners	Narrow; deviations from accepted standard of care only
What errors to disclose	All errors that cause harm	Errors that cause harm, except when harm is trivial, patient cannot understand error, or patient does not want to know about error
Disclose near misses?	Mixed	No
What information to disclose about error	Tell everything	Choose words carefully
How to disclose error	Truthfully and compassionately	Truthfully, objectively, professionally
Role of apology	Desirable	Concerned that apology creates a legal liability
Emotional impact of error	Upset, angry, scared	Upset that patient was harmed and about how error could impact career

Patiënten verkiezen om onmiddellijk geïnformeerd te worden indien er een medische fout gebeurt tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Uit een studie van Mazor et al. (2004) blijkt dat dit geldt voor ongeveer 99% van de patiënten. Verder wil men weten wat de gevolgen zijn van de fout voor hun gezondheid, waarom de fout gebeurd is, hoe het probleem rechtgezet zal worden en hoe toekomstige fouten voorkomen zullen worden. Patiënten wensen een bevestiging dat de zorgverleners en het zorgsysteem zullen leren van hun fout zodat deze niet meer opnieuw kan gebeuren (Gallagher et al., 2003). Indien een uitgebreide verklaring gegeven wordt, zou 46,6% van de patiënten van arts veranderen. Als een fout verborgen gehouden wordt voor de patiënt, zou 63,1% van arts veranderen. Hieruit kan afgeleid worden dat volledige openheid door de arts ertoe leidt dat patiënten minder geneigd zijn om van arts te veranderen. Bovendien verbetert het vertrouwen in de arts en stijgt de tevredenheid

van de patiënt bij openheid van de arts. In bepaalde omstandigheden kan volledige openheid het risico dat de patiënt een proces zal aanspannen verkleinen. De waarschijnlijkheid dat men juridisch advies zal inwinnen stijgt van 19,6% bij volledige openheid naar 27,7% indien de patiënt geen informatie verkregen heeft. Artsen kunnen proberen de gevolgen van hun fout positief te beïnvloeden door uit te leggen wat er precies gebeurd is, hun verantwoordelijkheid te erkennen, zich te verontschuldigen en een belofte te doen om acties te ondernemen zodat de fout zich niet meer opnieuw voordoet. Hiernaast is het voor de patiënten belangrijk dat het ziekenhuis hun medische kosten opschort indien er een fout gemaakt werd. Wanneer deze fout tot schade geleid heeft, wensen de meeste patiënten naast de opschorting van de medische kosten eveneens een financiële compensatie (Mazor et al., 2004). Volgens Robbennolt (2005) kan naast het geven van informatie ook een verontschuldiging een verandering teweeg brengen in de reactie van de patiënt. Excuses zijn vooral nuttig om de regeling van geschillen in de gezondheidszorg te bevorderen. Nochtans zijn de effecten ervan complex en afhankelijk van verschillende factoren waaronder de aard van de verontschuldiging, de situatie en de betrokken partijen.

Een recent onderzoek dat tot belangrijke resultaten heeft geleid in verband met deze masterproef is dat van Itoh en Andersen (2009). De studie handelt over de attitude van de patiënt ten opzichte van de verontschuldiging van de zorgverleners na een medische fout en welk effect dit heeft op hun beslissing om al dan niet terug te keren naar het ziekenhuis. Aan de respondenten werd een beschrijving gegeven van een bepaalde situatie waarbij de ernst van de schade en de manier waarop de arts zich verontschuldigt variëren. Telkens werd de vraag gesteld of men nog zou terugkomen naar het ziekenhuis of niet. De bevraging van 1744 patiënten en/of familieleden vond plaats in Japan. Als methode van bevraging gebruikten Itoh en Andersen vignetten. Tabel 2 toont enkele belangrijke resultaten van hun onderzoek. "Accept" toont het percentage respondenten dat verklaarde terug te keren naar het ziekenhuis waar de fout gebeurde terwijl "reject" het percentage respondenten toont dat niet meer zou terugkeren naar het ziekenhuis in kwestie. Indien de arts of het ziekenhuis bijvoorbeeld geen verontschuldigingen aanbiedt en de schade die de patiënt ondervindt slechts gering is, zal 36% van de patiënten nog terugkeren naar hetzelfde ziekenhuis. Ongeveer 31% zal een volgende keer voor een ander ziekenhuis kiezen. Indien de schade ernstig is zullen deze percentages veranderen in respectievelijk 23% en 51%. Indien het ziekenhuispersoneel zijn oprechte excuses aanbiedt en zijn

verantwoordelijkheid erkent (full apology), zal 40% van de patiënten terugkeren in het geval van geringe schade terwijl ongeveer 26% niet meer zal terug komen. Bij ernstige schade zal 26% terugkeren en 45% voor een ander ziekenhuis kiezen. De resultaten wijzen erop dat de manier waarop men zich verontschuldigt na een medische fout wel degelijk een effect heeft op de waarschijnlijkheid dat de patiënt nog zal terugkeren naar het ziekenhuis in kwestie. De meest effectieve reactie van de arts of het ziekenhuis blijkt een oprechte verontschuldiging te zijn waarbij men de verantwoordelijkheid op zich neemt en bovendien een belofte doet om preventieve acties te ondernemen zodat dergelijke fouten niet meer kunnen gebeuren in de toekomst. Zelfs dan zou 35% van de patiënten die ernstige schade ondervonden hebben zich nooit meer laten verzorgen in het ziekenhuis.

**Tabel 2 Percentage van acceptatie door de patiënt bij elk type verontschuldiging van de arts (Bron: Itoh & Andersen, 2009).**

		Mild Outcome	Severe outcome
No apology	% accept	36%	23%
	% reject	31%	51%
Partial apology		18%	13%
		40%	58%
Full apology		40%	26%
		26%	45%
Offer of fee exemption		21%	18%
		45%	57%
Full apology + Offer of fee exemption		49%	34%
		20%	36%
Full apology + take preventive action		55%	38%
		17%	35%

Een verklaring en een verontschuldiging hebben dus verschillende positieve gevolgen en worden verkozen door bijna alle patiënten. Het is ook de meest ethische reactie van een arts of ziekenhuis. Artsen geven aan dat ook zij voorstander zijn van volledige openheid. Een bevraging van medische stagiairs toont aan dat bijna iedereen (99%) het eens was met de stelling dat ernstige fouten besproken moeten worden met de patiënt (White et al., 2008). Een andere studie, uitgevoerd door Gallagher et al.

(2006), gebruikte een bevraging van artsen. Hieruit bleek dat de bereidheid van artsen om de patiënt te informeren over een fout stijgt naargelang de ernst van de schade. In het geval van een near-miss of bijna-incident waarbij de patiënt dus geen schade geleden heeft, verklaarde 35% van de artsen dat ze dit zouden vertellen. Een groter percentage artsen namelijk 78% zou een minder ernstige fout toegeven. Bijna alle artsen (99%) beweerden dat zij een ernstige fout zouden bespreken met de patiënt. Desondanks worden slechts 30% van alle fouten met schade tot gevolg onthuld aan patiënten (Blendon et al., 2002). Andere studies tonen eveneens zulke lage percentages als resultaat. Uit het onderzoek van Wu, Folkman, McPhee en Lo (2003) blijkt dat slechts 24% van de medici die ooit een fout gemaakt hadden, deze fout ook besproken hadden met de patiënt. Een studie in West-Europa wees uit dat 32% van de artsen werkzaam op de intensieve zorgafdeling hun fout bespreken met de patiënt (Vincent, 1998). Hoewel de meeste artsen het eens zijn met het principe dat openheid met de patiënt de juiste manier is om te reageren na een medische fout, toont hun gedrag in de praktijk een ander verhaal. Dit valt te verklaren door de aanwezigheid van een aantal barrières waardoor de arts en het ziekenhuis minder geneigd zijn informatie omtrent een medische fout te delen met de patiënt.

Eén van de barrières voor zorgverleners die in verschillende studies als significant bevonden werd, is de angst voor wettelijke aansprakelijkheid (Christensen, Levinson & Dunn, 1992; Gallagher et al., 2003; Novack et al., 1989; Sweet & Bernat, 1997). Men vreest dat de benadeelde patiënt de informatie zal gebruiken om in een proces te bewijzen dat de arts een fout begaan heeft. Artsen aarzelen doorgaans ook om hun verontschuldiging aan te bieden omdat dit kan aanzien worden als een getuigenis dat de arts aansprakelijk is. Zij weten vaak ook niet welke informatie zij mogen geven van hun verzekeringsmaatschappij (Christiaans-Dingelhoff, Doppegieter & Legemaate, 2006). Bepaalde verzekeringsmaatschappijen verbieden artsen zelfs toe te geven dat er iets misgelopen is om zo te vermijden dat een schadevergoeding betaald moet worden. Ook advocaten raden ziekenhuizen en artsen af om bepaalde woorden te gebruiken zoals fout, schade, nalatigheid enzovoorts (Delbanco & Bell, 2007). Dit alles heeft tot gevolg dat ziekenhuizen en artsen vaak defensief reageren nadat een medische fout gemaakt werd. Patiënten krijgen de indruk dat men fouten niet wil toegeven, zich niet wil excuseren of dat men informatie achterhoudt. In de VSA is er binnen de staten een trend merkbaar om zogenaamde "apology laws" door te voeren. Deze wetten maken het mogelijk voor artsen en andere zorgverleners zich te verontschuldigen en berouw te tonen zonder dat dit tegen hen gebruikt kan worden in

een rechtszaak. Dit maakt het voor de zorgverlener makkelijker om met de patiënt te communiceren. Hij hoeft immers geen angst te hebben aangezien hij niet aansprakelijk gesteld kan worden op basis van een verontschuldiging (Wojcieszak, Banja & Houk, 2006). De "apology laws" voorkomen met andere woorden dat deze barrière een zorgverlener tegenhoudt om zich te excuseren bij de patiënt.

Een andere barrière die sommige artsen belemmert om alle informatie aan de patiënt te onthullen, is dat ze bij de patiënt en hun familie geen additionele en onnodige zorgen willen veroorzaken (Gallagher et al., 2003; Sweet & Bernat, 1997). De angst voor schade aan het imago van het ziekenhuis of aan de reputatie van de arts kan ook een hindernis zijn voor het ziekenhuispersoneel (Gallagher et al., 2003; Christensen et al., 1992). Recenter onderzoek van White et al. (2008) identificeerden 3 barrières die aangehaald werden door medische stagiaires. Zij zijn minder bereid met de patiënt te communiceren over een fout als ze denken dat de patiënt kwaad zal worden, een proces zal aanspannen of niets wil weten over de fout. Ten slotte wijst een onderzoek uitgevoerd in de USA en Canada op verschillende factoren die een negatieve invloed hebben op de waarschijnlijkheid dat de arts met de patiënt praat over de medische misser. Een aantal van deze factoren werden reeds in andere studies aangetoond. De arts is niet zeker dat hij op een open manier zou communiceren als hij denkt dat de patiënt de uitleg in verband met de fout niet zou begrijpen, als hij denkt dat de patiënt niets zou willen weten over de fout, als de patiënt niet weet dat er een fout gebeurd is, als er een kans bestaat dat de patiënt een proces aanspant, als de arts de patiënt niet goed kent en als men denkt dat de patiënt kwaad zou worden (Gallagher et al., 2006). Men kan ook vermijden om uitleg te bieden aan de patiënt omdat dit veel tijd in beslag neemt en moeilijk of onplezierig is (Hingorani, Wong & Vafidis, 1999). Het gebrek aan een opleiding en training in het omgaan met medische fouten kan voor artsen eveneens een struikelblok betekenen. Uit een studie in de USA blijkt dat slechts 33% van de stagiairs in de medische zorgverlening hieromtrent een training gekregen heeft hoewel 92% interesse toonde in zulke training (White et al., 2008).

In deze onderzoeken komt een bepaalde factor meermaals terug namelijk de angst voor aansprakelijkheid. Een arts zal zijn fout niet snel toegeven uit angst dat de patiënt deze informatie gebruikt om een proces aan te spannen. Volgens Gallagher en Hardy Lucas (2005) bestaat er nog geen eenduidig antwoord op de vraag of de openbaarmaking van een adverse event werkelijk leidt tot een stijging of daling van de kans dat de patiënt het tot een rechtszaak laat komen. Zoals eerder werd vermeld

is het percentage benadeelde patiënten dat de arts of het ziekenhuis gerechtelijk vervolgt momenteel nog zeer laag. Hieruit concluderen sommigen dat openbaarmaking tot een stijging van dit percentage zal leiden. Het is eveneens mogelijk dat patiënten net minder geneigd zullen zijn juridische stappen te ondernemen (Studdert, Mello & Brennan, 2004). Onderzoek van Kachalia et al. (2003) wijst namelijk uit dat patiënten dit vaak doen om zo meer informatie te verkrijgen of omdat ze vermoeden dat men iets probeert te verbergen. Indien we de bestaande literatuur hierover raadplegen vinden we verschillende resultaten terug. Sommige studies tonen aan dat gebrekkige communicatie een zekere invloed heeft maar niet noodzakelijk de meest doorslaggevende factor is in de beslissing van de patiënt. Een ondervraging van 149 patiënten kwam tot de bevinding dat zij vaker de intentie hebben te vervolgen indien de fout niet erkend werd door de arts. De patiënten zeiden dat zij eerder zouden terugkeren naar de arts en minder geneigd zouden zijn de arts te rapporteren of een proces aan te spannen indien ze geïnformeerd werden over de fout. Ondanks deze resultaten hing de beslissing echter voornamelijk af van de ernst van de schade. (Witman, Park & Hardin, 1996). Tabel 5 vat de resultaten van dit onderzoek samen en wordt later in deze masterproef besproken. Deze resultaten werden bevestigd door een studie in Duitsland waarbij gevraagd werd of de artsen een sanctie zouden moeten krijgen. De ernst van de schade had de grootste invloed. De kans dat de respondenten de arts gestraft wilden zien daalde naarmate de fout erkend werd, er op een correcte en begrijpelijke manier gecommuniceerd werd en er een verontschuldiging gegeven werd (Schwappach & Koeck, 2004). Een onderzoek van Mazor et al. (2004) dat eerder al vermeld werd, wijst uit dat in bepaalde omstandigheden volledige openheid het risico dat de patiënt een proces zal aanspannen kan verkleinen. De waarschijnlijkheid dat men juridisch advies zal inwinnen daalt van 27,7% wanneer de patiënt geen informatie gekregen heeft tot 19,6% bij volledige openheid. De ernst van de schade bleek echter ook in deze studie een betere voorspeller voor de waarschijnlijkheid dat een patiënt juridische stappen zal ondernemen. Vincent, Young en Philips (1994) ondervraagden patiënten en families die een eis tot schadevergoeding hadden ingediend in het Verenigd Koninkrijk. Hiervan verklaarde 91% dat de wens voor meer uitleg één van de redenen was voor het nemen van gerechtelijke stappen. Ongeveer 37% van de patiënten zei dat het een verschil uitgemaakt zou hebben indien ze een verklaring of verontschuldiging gekregen hadden. In dit onderzoek bleek ook de aard van de verwonding een heel grote invloed te hebben. Een onderzoek in de Verenigde Staten toont aan dat het

verzwijgen van informatie een invloed heeft op het al dan niet eisen van een schadevergoeding maar dat het niet de voornaamste reden is. 24% van de ondervraagden gaf als reden aan dat de arts niet eerlijk was of informatie achterhield. Een even groot of groter aantal ondervraagden gaf echter als reden dat ze de financiële inkomsten van een schadevergoeding nodig hadden of dat ze nood hadden aan juridisch advies (Hickson, Clayton, Githens & Sloan, 1992). Vincent, Pincus en Scurr (1993) voerden een bevraging uit van patiënten die dachten dat zij schade opgelopen hadden als gevolg van een medische fout. Degene die de beslissing genomen hadden een proces aan te spannen, bleken meer ontevreden te zijn met de hoeveelheid informatie die ze verkregen hadden dan degene die geen proces aanspanden. In 1990 werd een nieuw beleid ingevoerd in de Veterans Affairs Medical Center in Kentucky waarbij de patiënt geïnformeerd moest worden indien een adverse event plaatsgevonden had. De artsen werden eveneens aangespoord zich te verontschuldigen. Na de invoering van het beleid kon men geen stijging waarnemen van het aantal schadevergoedingen die betaald moesten worden. Dit doet vermoeden dat volledige openheid van de arts en het ziekenhuis de kans op een rechtszaak niet doet stijgen (Kraman & Hamm, 1999). Het University of Michigan Health System voerde een gelijkaardig beleid in. Het gevolg was dat hun jaarlijkse advocaatkosten en gerechtelijke stappen daalden met meer dan 50%. Hier had het opbiechten van een fout duidelijk een positief effect op de reactie van de benadeelde patiënten (Tanner, 2002). Omtrent de openheid van de arts kunnen we besluiten dat al deze onderzoeken wijzen op het positieve effect ervan op de reactie van de patiënt.

Tabel 3 vat de voorgaande resultaten van de literatuurstudie omtrent de openheid over fouten samen. Per referentie wordt een overzicht gegeven van het doel van het onderzoek en de voornaamste kenmerken ervan zoals bijvoorbeeld de steekproefgrootte en manier van dataverzameling. Ten slotte worden de resultaten van elk onderzoek betreffende de openheid over fouten kort samengevat.

**Tabel 3 Samenvattende tabel i.v.m openheid over fouten**

<b>Referentie</b>	<b>Doel onderzoek</b>	<b>Kenmerken onderzoek</b>	<b>Resultaten i.v.m. openheid over fouten</b>
<i>Mazor et al. (2004)</i>	"To examine how the type of error, severity of adverse clinical outcome, and level of disclosure affect patients' responses to error and disclosure"	990 leden van gezondheidsorganisaties in Engeland vulden de vragenlijst in. De vignettenmethode werd gebruikt.	99% van de patiënten wil geïnformeerd worden indien er een medische fout gebeurd is. Volledige openheid kan het risico dat de patiënt een proces zal aanspannen verkleinen en de patiënt zal minder geneigd zijn van arts te veranderen. Ernst van de schade heeft echter een grotere invloed.
<i>Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser &amp; Levinson (2003)</i>	"To determine patients' and physicians' attitudes about error disclosure"	13 focusgroepen werden georganiseerd. 52 patiënten en 46 artsen participeerden.	Patiënten willen emotionele ondersteuning alsook alle informatie omtrent de fout en de preventieve acties die men zal ondernemen. Artsen gaan akkoord dat patiënten ingelicht moeten worden na een fout met schade tot gevolg maar ze zouden hun woorden zorgvuldig kiezen.
<i>Robbenolt (2005)</i>	"To study the role of apologies in resolving health care disputes"	Een overzicht van empirische data uit vragenlijsten, experimenten en case studies.	Een verontschuldiging kan ervoor zorgen dat de reactie van de patiënt verandert.
<i>Itoh &amp; Andersen (2009)</i>	"To investigate patient reactions to staff apology after adverse event and changes of their views in four year interval"	1744 Japanse patiënten en/of familieleden werden ondervraagd aan de hand van vignetten.	Des te uitgebreider de verontschuldiging, des te minder zullen patiënten van arts of ziekenhuis veranderen. Meest effectief is volledige openheid, inclusief een verontschuldiging en belofte om preventieve acties te ondernemen.
<i>White et al. (2008)</i>	"To measure trainees' attitudes and experiences regarding medical error and error disclosure"	Bevraging van 1138 medische stagiairs in de Verenigde Staten.	99% van de ondervraagde medische stagiaires is het eens met de stelling dat ernstige fouten besproken moeten worden met de patiënt.
<i>Gallagher et al. (2006)</i>	"To examine the malpractice environment's actual effect on physicians' error disclosure attitudes and experiences"	Bevraging van 2637 artsen in de Verenigde Staten en Canada aan de hand van een vragenlijst.	De bereidheid van de artsen om de patiënt te informeren over een fout stijgt naargelang de ernst van de schade. 99% van de artsen zou een ernstige fout bespreken met de patiënt.
<i>Blendon et al. (2002)</i>	"To learn about the level of support for the proposed actions to reduce the occurrence of preventable errors among practicing physicians and the public"	831 artsen en 1207 leden van de maatschappij werden ondervraagd aan de hand van vragenlijsten.	30% van alle fouten met schade tot gevolg worden onthuld aan patiënten.



<b>Referentie</b>	<b>Doel onderzoek</b>	<b>Kenmerken onderzoek</b>	<b>Resultaten i.v.m. openheid over fouten</b>
<i>Wu, Folkman, McPhee &amp; Lo (2003)</i>	"To learn how medical mistakes relate to subsequent changes in practice"	114 artsen werden ondervraagd aan de hand van een vragenlijst.	Slechts 24% van de medici die ooit een fout maakten, hebben deze fout besproken met de patiënt.
<i>Vincent (1998)</i>	"To determine the current practices and views of European intensive care doctors regarding communication with patients and informed consent for interventions"	504 vragenlijsten afgenomen bij artsen in 16 verschillende West-Europese landen werden geanalyseerd.	32% van de artsen bespreken hun fout met de patiënt.
<i>Kachalia et al. (2003)</i>	"To determine what is known about the impact of full disclosure on malpractice liability"	Doorzoeven van elektronische databases en communicatie met deskundigen.	Patiënten ondernemen vaak juridische stappen om meer informatie te verkrijgen of omdat ze vermoeden dat er informatie achtergehouden wordt.
<i>Witman, Park &amp; Hardin (1996)</i>	"To examine patient attitudes toward physician error, because little information is available about what patients want or expect from their physicians when mistakes occur"	149 patiënten in een algemeen universitair ziekenhuis werden willekeurig geselecteerd en vulden een vragenlijst in.	Gebrekkige communicatie heeft een zekere invloed op de reactie van de patiënt. De ernst van de schade is echter doorslaggevend.
<i>Schwappach &amp; Koeck (2004)</i>	"To investigate how different characteristics of medical errors and of physicians' subsequent handling of errors contribute to patients' evaluations of the incident and their attitudes towards potential consequences and sanctions for the physician"	1017 leden van een Duits internet onderzoekspanel werden ondervraagd via de vignettenmethode.	De kans dat de respondenten de arts gestraft willen zien, daalt naarmate de fout erkend wordt, er gecommuniceerd wordt en er verontschuldgingen aangeboden worden. De ernst van de schade heeft echter de grootste invloed.
<i>Vincent, Young &amp; Phillips (1994)</i>	"To examine the reasons why patients and their relatives take legal actions"	Respondenten waren 227 patiënten en families die een eis tot schadevergoeding ingediend hadden in het Verenigd Koninkrijk.	Voor 91% van de respondenten was de wens voor meer uitleg een reden voor het indienen van een eis tot schadevergoeding.
<i>Hickson, Clayton, Githens &amp; Sloan (1992)</i>	"To identify self-reported reasons that prompt families to file malpractice claims following perinatal injuries"	127 families uit de Verenigde Staten die een eis tot schadevergoeding ingediend hadden. De bevraging gebeurde aan de hand van een vragenlijst.	Het verzwijgen van informatie door zorgverleners heeft een invloed op het al dan niet eisen van een schadevergoeding maar het is niet de voornaamste reden.

<b>Referentie</b>	<b>Doel onderzoek</b>	<b>Kenmerken onderzoek</b>	<b>Resultaten i.v.m. openheid over fouten</b>
<i>Vincent, Pincus &amp; Scurr (1993)</i>	"To examine the psychological impact of surgical accidents and assess the adequacy of explanations given to the patients involved"	101 patiënten die dachten dat zij schade opgelopen hadden als gevolg van een chirurgische fout werden ondervraagd aan de hand van een vragenlijst.	De respondenten die een proces aanspanden, bleken meer ontvreden te zijn met de hoeveelheid verkregen informatie dan de respondenten die geen proces aanspanden.
<i>Kraman &amp; Hamm (1999)</i>	"To review a humanistic risk management policy that includes early injury review, steadfast maintenance of the relationship between the hospital and the patient, proactive full disclosure to patients who have been injured because of accidents or medical negligence, and fair compensation for injuries"	Case study in Verenigde Staten van Amerika (Veterans Affairs Medical Center)	Volledige openheid van de arts doet de kans op een rechtszaak niet stijgen.
<i>Tanner (2002)</i>	"To study the impact of an apology on lawsuits filed by patients"	Case study in Verenigde Staten van Amerika (University of Michigan Health System)	Het opbiechten van een fout heeft een duidelijk positief effect op de reactie van de benadeelde patiënten.

### 2.2.2 Ernst van de schade

Of de patiënt schade zal ondervinden hangt af van het soort incident dat zich voorgedaan heeft. Aan de hand van de matrix in figuur 3 kan een onderscheid gemaakt worden tussen verschillende typen incidenten. Hierbij zijn 2 factoren bepalend namelijk of het incident de patiënt bereikt heeft (patient reached) en of de patiënt schade ondervonden heeft (patient harmed).

	Patient not harmed	Patient harmed
Patient not reached	1	
Patient reached	2	3

**Figuur 3 Classificatiematrix van verschillende typen incidenten (Kessels-Habraken, Van der Schaaf, De Jonge & Rutte, 2010)**

De combinatie waarbij het incident de patiënt niet bereikt heeft en de patiënt toch schade ondervonden heeft is onmogelijk. Er kunnen dus 3 typen incidenten onderscheiden worden.

1. Incidenten die de patiënt niet bereikt hebben (en vanzelfsprekend geen schade toegebracht hebben).
2. Incidenten die de patiënt bereikt hebben maar geen schade toegebracht hebben.
3. Incidenten die de patiënt bereikt hebben en schade toegebracht hebben.

Incidenten waarvan men heeft kunnen voorkomen dat deze de patiënt bereikten, definiëren we als 'near misses' (type 1). Er bestaat in de literatuur geen eensgezindheid in verband met de definitie van een near miss. Zo verstaan andere onderzoekers onder een near miss eveneens de incidenten die de patiënt bereikt hebben maar geen schade berokkend hebben (type 1 en 2). In deze masterproef zal echter gebruik gemaakt worden van de definitie waarbij een near miss enkel deze incidenten omvat die de patiënt niet bereikt hebben. Incidenten die de patiënt toch bereikt hebben maar geen schade veroorzaakt hebben, definiëren we als 'no-harm incidents' (type 2). Ten slotte definiëren we incidenten die de patiënt bereikt hebben en schade berokkend hebben als 'accidents' (type3). (Kessels-Habraken, Van der Schaaf, De Jonge & Rutte, 2010)

De WHO heeft een schaal ontwikkeld waaraan de ernst van de schade getoetst kan worden. Deze werd opgenomen in de 'International Classification for Patient Safety' (ICPS). De schaal wordt bepaald door de 3 parameters namelijk de aard van de schade, de ernst ervan en de duur (World Health Organisation, 2009).

- Geen - Het resultaat is niet symptomatisch of er worden geen symptomen gedetecteerd. Er is geen behandeling vereist.
- Mild - Het resultaat is symptomatisch en de symptomen zijn mild. Het verlies van functies of de schade is minimaal en op korte termijn. Er is geen of slechts een minimale interventie vereist (bijvoorbeeld extra observatie, onderzoek, nazicht of behandeling).
- Gemiddeld - Het resultaat is symptomatisch. Een interventie is vereist (bijvoorbeeld een bijkomende operatie of therapeutische behandeling). De verblijfsduur in het ziekenhuis wordt langer of het resultaat veroorzaakt permanente of lange termijn schade of het verlies van functies.
- Ernstig - Het resultaat is symptomatisch. Een levensreddende interventie of een belangrijke chirurgische/medische interventie is vereist. De levensverwachting wordt verkort of het resultaat veroorzaakt ingrijpende permanente of lange termijn schade of verlies van functies.
- Dood - De dood werd veroorzaakt of vervroegd door het incident.

De resultaten van een onderzoek uitgevoerd in Nederlandse ziekenhuizen zijn opgenomen in tabel 4. Ongeveer 25% van de patiënten die onbedoelde schade ondervonden tijdens hun opname, kregen niet te maken met enige gezondheidsbeperking. Bij 34% van de patiënten was de gezondheidsbeperking slechts mild. Dit wil zeggen dat de schade reeds bij het ontslag uit het ziekenhuis verdwenen of minimaal was. Voor 26% van de patiënten was de schade die men ondervond gemiddeld. Ongeveer 5% van de patiënten ondervond echter ernstige blijvende schade en 8% van de patiënten stierf als gevolg van het incident. Een accident met vermijdbare schade leidt tot een verlenging van de verblijfsduur met gemiddeld 10 dagen (Wagner, De Bruijne, Zegers & Hoonhout, 2007).

**Tabel 4 Mate van gezondheidsbeperking bij ontslag van patiënten die te maken hebben gekregen met onbedoelde schade tijdens de opname (Wagner, De Bruijne, Zegers & Hoonhout, 2007)**

<b><i>Mate van gezondheidsbeperking</i></b>	<b><i>Opnames met onbedoelde schade (n=663)</i></b>
Geen gezondheidsbeperking of invaliditeit	25%
Minimale gezondheidsbeperking en/of herstel binnen een maand	34%
Matige gezondheidsbeperking, herstel in 1 tot 6 maanden	16%
Matige gezondheidsbeperking, herstel in 6 maanden tot 1 jaar	10%
Blijvende gezondheidsbeperking, invaliditeit 1-50%	4%
Blijvende gezondheidsbeperking, invaliditeit >50%	1%
Overlijden	8%
Niet te beoordelen	2%
Totaal	100%

Een studie uitgevoerd in Britse ziekenhuizen onderzocht eveneens welke schade een adverse event tot gevolg heeft. Voor 66% van de patiënten waarbij een medische fout plaats vond in hun zorg was de schade slechts mild. Ongeveer 34% van de patiënten werd geconfronteerd met gemiddelde schade. Voor 6% van de patiënten was de schade ernstig. Ongeveer 8% stierf als gevolg van de onbedoelde schade (Vincent, Neale & Woloshynowych, 2001). Volgens de Harvard Medical Practice Study resulteren 56,8% van de adverse events in milde schade waarbij men volledig herstelt in minder dan 1 maand tijd. Schade die langer dan 1 maand maar minder lang dan 6 maanden duurt, komt voor in 13,7% van de adverse events. Ongeveer 2,6% heeft echter permanente ernstige schade tot gevolg en 13,6% leidt tot de dood van de patiënt (Brennan et al., 2004).

Itoh & Andersen (2009) identificeerden de ernst van de schade die de patiënt ondervindt als een belangrijk element bij de keuze om al dan niet terug te keren naar het ziekenhuis waar de fout plaats gevonden heeft. Bij ernstige schade zullen patiënten minder geneigd zijn terug te keren naar het ziekenhuis dan het geval is bij milde schade. Tabel 2 bevat de resultaten van het onderzoek van Itoh & Andersen en werd reeds eerder besproken in onderdeel 2.2.1 van deze masterproef. Veronderstellen we bijvoorbeeld dat er geen verontschuldiging aangeboden wordt. Wanneer de schade mild is zou 31% niet meer terugkeren naar het ziekenhuis

("reject") en wanneer de schade ernstig is zou 51% niet meer terugkeren. Het percentage respondenten dat niet meer zou terugkeren naar het ziekenhuis stijgt met andere woorden wanneer de schade ernstiger is. Deze tendens vinden we voor elke soort verontschuldiging terug in tabel 2 van deze masterproef.

Nog een aantal studies die reeds besproken werden, kwamen tot hetzelfde resultaat namelijk dat de ernst van de schade een grote of de grootste invloed heeft op de beslissing van de patiënt om een rechtszaak aan te spannen. Des te ernstiger de schade, des te groter is de kans dat patiënten naar de rechtbank stappen (Mazor et al., 2004; Schwappach & Koeck, 2004). Het onderzoek van Vincent, Young en Philips (1994) wees uit dat 70% van de patiënten die juridische stappen ondernamen, ernstige schade ondervonden hadden na een medische fout. Deze schade uitte zich ook op lange termijn in negatieve gevolgen op het gebied van werk, sociaal leven en familiale relaties. Een bevraging van ouders waarvan het kind slachtoffer werd van een adverse event leidt tot de conclusie dat de wens om de fout te rapporteren bij een disciplinerende organisatie stijgt naarmate de schade ernstiger is. Openheid over de fout willen ouders steeds, ongeacht de ernst van de schade (Hobgood, Tamayo-Sarver, Elms & Weiner, 2005). In een onderzoek naar de houding van de patiënt ten opzichte van een fout gemaakt door een arts komt eveneens naar voren dat de ernst van de schade een invloed heeft op deze houding. Van de patiënten die het slachtoffer werden van een kleine fout met weinig schade tot gevolg wil 14% doorverwezen worden naar een andere dokter. Van de patiënten die een ernstige fout meemaakten, verkiest 65% een andere arts (Witman, Park & Hardin, 1996).

In 1997 hernamen Witman en Hardin deze studie waarvan de resultaten terug te vinden zijn in tabel 5. De reactie van de patiënt hangt zowel af van de ernst van de fout en of men al dan niet op de hoogte gebracht werd van de fout. Veronderstellen we eerst dat de patiënt niet geïnformeerd werd over de fout. Indien de fout slechts klein is, zou 69% van de patiënten nog terugkeren naar dezelfde arts. In het geval van een ernstige fout is dit slechts 7%. Minder dan 1% van de patiënten zou een rechtszaak aanspannen wanneer er weinig schade is. In het geval van een ernstige fout zou 60% een rechtszaak aanspannen. Indien we ervan uitgaan dat de patiënt niet geïnformeerd werd over de fout, is er eveneens een verschil te merken naargelang de ernst van de schade. Ongeveer 13% van de patiënten waarbij de schade gering is, zou nog terugkeren naar de arts die verantwoordelijk is voor de fout. Wanneer de fout ernstig is, zou slechts 3% nog terugkeren. Bij geringe schade zou 4% een rechtszaak

aanspannen. Bij ernstige schade stijgt dit percentage tot 76%. Naarmate de schade ernstiger is, zal een patiënt minder geneigd zijn terug te keren naar de verantwoordelijke arts. Bovendien zal de patiënt sneller een rechtszaak aanspannen naarmate de schade ernstiger is.

**Tabel 5 Reactie van de patiënt op een medische fout (Witman & Hardin, 1997)**

Patient response	Minor mistake	Moderate mistake	Severe mistake
I would keep seeing my physician if			
Informed of mistake	69%	41%	7%
Not informed of mistake	13%	8%	3%
I would report my physician if			
Informed of mistake	8%	23%	69%
Not informed of mistake	26%	52%	78%
I would file a lawsuit if			
Informed of mistake	<1%	12%	60%
Not informed of mistake	4%	20%	76%

De resultaten uit de literatuurstudie omtrent de ernst van de schade zijn samengevat in tabel 6. Per referentie wordt een overzicht gegeven van het doel van het onderzoek en de voornaamste kenmerken ervan. Ten slotte worden de resultaten van elk onderzoek betreffende de ernst van de schade kort samengevat.

**Tabel 6 Samenvattende tabel i.v.m. ernst van de schade**

<b>Referentie</b>	<b>Doel onderzoek</b>	<b>Kenmerken onderzoek</b>	<b>Resultaten i.v.m ernst van de schade</b>
<i>Itoh &amp; Andersen (2009)</i>	"To investigate patient reactions to staff apology after an adverse event and changes of their views in a four year interval"	1744 Japanse patiënten en/of familieleden werden ondervraagd aan de hand van vignetten.	Ernst van de schade is een belangrijk element bij de keuze om al dan niet terug te keren naar het ziekenhuis waar de fout gebeurd is.
<i>Mazor et al. (2004)</i>	"To examine how the type of error, severity of adverse clinical outcome, and level of disclosure affect patients' responses to error and disclosure"	990 leden van gezondheidsorganisaties in Engeland vulden de vragenlijst in. De vignettenmethode werd toegepast.	Ernst van de schade is een betere voorspeller voor de waarschijnlijkheid dat een patiënt juridische stappen zal ondernemen dan de openheid van de arts.
<i>Schwappach &amp; Koeck (2004)</i>	"To investigate how different characteristics of medical errors and of physicians' subsequent handling of errors contribute to patients' evaluations of the incident and their attitudes towards potential consequences and sanctions for the physician"	1017 leden van een Duits internet onderzoekspanel werden ondervraagd via de vignettenmethode.	Ernst van de schade is de belangrijkste factor in de keuze van patiënt omtrent de actie die hij onderneemt. Hiernaast is ook de manier waarop de zorgverlener reageert essentieel.
<i>Vincent, Young &amp; Philips (1994)</i>	"To examine the reasons why patients and their relatives take legal actions"	Respondenten waren 227 patiënten en familieleden die een eis tot schadevergoeding ingediend hadden in het Verenigd Koninkrijk.	Meer dan 70% van de patiënten die een eis tot schadevergoeding indienden, hadden ernstige schade ondervonden na een incident.
<i>Hobgood, Tamayo-Sarver, Elms &amp; Weiner, 2005</i>	"To examine parental preferences for disclosure, reporting, and seeking legal action after errors in the care of their children are disclosed"	449 ouders vulden een vragenlijst met 4 scenario's in.	De wens om de fout te rapporteren bij een disciplinerende organisatie stijgt naarmate de schade ernstiger is.
<i>Witman, Park &amp; Hardin (1996)</i>	"To examine patient attitudes toward physician error, because little information is available about what patients want or expect from their physicians when mistakes occur"	149 patiënten in een algemeen universitair ziekenhuis werden willekeurig geselecteerd en vulden een vragenlijst in.	14 % van de patiënten die geringe schade ondervonden, willen naar een andere arts doorverwezen worden. Bij ernstige schade stijgt dit tot 65% van de patiënten. Naarmate de schade ernstiger is zal men minder snel terugkeren naar de arts. Men zal eerder een rechtszaak aanspannen als de schade ernstiger is.



### 2.2.3 Demografische kenmerken van de patiënt

In het onderzoek van Itoh en Anderson (2009) werden enkele kenmerken van de patiënt geïdentificeerd die een invloed hebben op de waarschijnlijkheid dat de patiënt zal terugkeren naar het ziekenhuis waar hij het slachtoffer werd van een vermijdbare adverse event. Deze kenmerken zijn het type medische fout dat men reeds ervaren heeft, de leeftijd, het geslacht en de ziekenhuiservaring in de laatste twee jaren. Respondenten die reeds een medische fout ervaren hadden, waren over het algemeen minder bereid terug te keren naar het ziekenhuis dan respondenten die nog nooit het slachtoffer waren van een medische fout. De jongere leeftijdsgroep (< 60 jaar) toonde een negatievere attitude in vergelijking met de oudere leeftijdsgroep (> 60 jaar). Vrouwelijke patiënten accepteren de verontschuldiging van de arts minder snel dan mannelijke patiënten en keren dus minder snel terug naar het ziekenhuis. Ten slotte beïnvloedt recente ziekenhuiservaring de attitude van patiënten. Degene die recent patiënt waren in een ziekenhuis toonden een positievere attitude ten opzichte van de verontschuldiging van de zorgverleners en zullen dus sneller terugkeren.

Schwappach en Koeck (2004) kwamen tot andere resultaten. De persoonlijke karakteristieken van de respondenten zoals bijvoorbeeld geslacht, beschikbaar inkomen en beroep hadden geen systematisch effect op het antwoord. Ook persoonlijke ervaring met een medische fout had verrassend genoeg geen enkel effect. Factoren die in dit onderzoek wel een effect uitoefenen zijn het opleidingsniveau en de angst voor fouten. Respondenten met een hogere opleiding schatten de beschreven fout in als minder ernstig en waren ook minder geneigd om de fout te rapporteren. Respondenten met een angst voor fouten uitten vaker de wens om de arts gestraft te zien.

Een studie uitgevoerd in Japan en Denemarken naar de mening van patiënten over adverse events en de openbaarmaking ervan identificeerde een aantal karakteristieken die significant bleken. Deze zijn de leeftijd, het geslacht, het al dan niet persoonlijk ervaren hebben van een medische fout en de nationaliteit. De groep respondenten jonger dan 50 jaar had negatievere verwachtingen van de bereidheid van de arts om informatie te delen in vergelijking met de groep respondenten ouder dan 50 jaar. Mannelijke respondenten hadden negatievere verwachtingen dan vrouwelijke respondenten. Hetzelfde geldt voor respondenten die ooit al eens in aanraking kwamen met een medische fout. Een groot en significant verschil werd

geobserveerd tussen de verschillende landen. Japanse respondenten hebben een veel negatievere houding en minder vertrouwen in hun medici in vergelijking met de respondenten uit Denemarken (Itoh, Andersen, Madsen, Ostergaard & Ikeno, 2006).

Fishbain, Bruns, Disorbio en Lewis (2007) stelden zich de vraag welke kenmerken van de patiënt een invloed hebben op de gedachte om een arts juridisch te vervolgen.

Een significant kenmerk is het al dan niet verder gestudeerd hebben in het hoger onderwijs. Een hogere opleiding wordt geassocieerd met een grotere kans dat men een proces aanspant. Als gekeken wordt naar socio-economische factoren dan kan besloten worden dat de meest welvarende patiënten sneller een proces zouden aanspannen (Burstin, Johnson, Lipsitz & Brennan, 1993). Etniciteit speelt hier ook een rol want respondenten met een blanke huidskleur gaven minder vaak aan dat ze een rechtszaak zouden willen aanspannen tegen hun arts in vergelijking met respondenten met een andere huidskleur. Een laatste significant kenmerk is de eventuele betrokkenheid van een advocaat. Voor degene die reeds een advocaat ter beschikking hebben, is de stap naar een rechtszaak minder groot. Hoewel Fishbain et al. (2007) geen significant verschil identificeerden tussen mannen en vrouwen, spreken andere onderzoeken dit tegen. Volgens deze onderzoeken zullen vrouwen vaker de stap naar een proces zetten dan mannen (Pukk, Lundberg, Penaloza-Pesantes, Brommels & Gaffney, 2003).

De studie van Campbell, Ramsay en Green uit 2001 had als doel variaties in de beoordelingen van verschillende aspecten van de zorgverlening te verklaren aan de hand van leeftijd, geslacht, socio-economische en etnische variabelen. Significante verschillen werden gevonden tussen verschillende leeftijdsgroepen. Oudere respondenten beoordeelden de kwaliteit doorgaans positiever dan respondenten uit de jongere leeftijdsgroepen. Systematische verschillen tussen de beoordeling van mannen en vrouwen waren klein en niet statistisch significant. Verschillen tussen mensen met een verschillende socio-economische status waren in deze studie eveneens verwaarloosbaar. Verschillen in beoordeling tussen etnische groepen daarentegen werden wel significant bevonden. De beoordelingen van blanken waren doorgaans gunstiger dan deze van andere etnische groepen. De kenmerken leeftijd, niveau van onderwijs, het behoren tot een bepaald ras en persoonlijke ervaring met een medische fout werden eveneens significant bevonden in de studie van Mazor et al. (2004).

Tabel 7 vat de voorgaande resultaten van de literatuurstudie omtrent de demografische kenmerken van de patiënt samen. Per referentie wordt een overzicht gegeven van het doel van het onderzoek en de voornaamste kenmerken ervan. Ten slotte worden de resultaten van elk onderzoek betreffende de kenmerken van de patiënt kort samengevat.

**Tabel 7 Samenvattende tabel i.v.m. kenmerken van de patiënt**

<b>Referenties</b>	<b>Doel onderzoek</b>	<b>Kenmerken onderzoek</b>	<b>Resultaten i.v.m. kenmerken patiënt</b>
<i>Itoh &amp; Andersen (2009)</i>	"To investigate patient reactions to staff apology after an adverse event and changes of their views in a four year interval"	1744 Japanse patiënten en/of familieleden werden ondervraagd aan de hand van vignetten.	Significante invloed van het type medische fout dat men reeds ervaren heeft, leeftijd, geslacht en ziekenhuiservaring in de laatste twee jaren
<i>Schwappach &amp; Koeck (2004)</i>	"To investigate how different characteristics of medical errors and of physicians' subsequent handling of errors contribute to patients' evaluations of the incident and their attitudes towards potential consequences and sanctions for the physician"	1017 leden van een Duits internet onderzoekspanel werden ondervraagd via de vignettenmethode.	Significante invloed van opleidingsniveau en angst voor fouten. Geen invloed van geslacht, inkomen, beroep en persoonlijke ervaring met een medische fout.
<i>Itoh, Andersen, Madsen, Ostergaard &amp; Ikeno (2006)</i>	"To study patients' views about adverse events, focusing on the actions of healthcare staff involved in a medical accident"	De respondenten bestonden uit 182 patiënten uit Denemarken en 920 patiënten uit Japan. De vignettenmethode werd toegepast.	Significante invloed van leeftijd, geslacht, persoonlijke ervaring met een medische fout en nationaliteit.
<i>Fishbain, Bruns, Disorbio &amp; Lewis (2007)</i>	"To address a neglected research area: the attributes of rehabilitation patients associated with thoughts of suing a physician"	2264 respondenten (waaronder 777 patiënten)	Significante invloed van opleidingsniveau, etniciteit en betrokkenheid van een advocaat. Geen significante invloed van geslacht.
<i>Burstin, Johnson, Lipsitz &amp; Brennan (1993)</i>	"To study the impact of socio-economic characteristics on the propensity to sue"	De input voor het onderzoek kwam uit 51 cases van patiënten die een eis tot schadevergoeding ingediend hadden omwille van nalatige zorgverlening in een ziekenhuis	Significante invloed van het niveau van welvaart en leeftijd.
<i>Pukk, Lundberg, Penaloza-Pesantes, Brommels &amp; Gaffney (2003)</i>	"To investigate whether there are gender and age differences in patient injury claims"	Gegevens i.v.m. eisen tot schadevergoeding werden gecombineerd met Zweedse nationale registratiegegevens van ziekenhuisontslagen	Significante invloed van geslacht en leeftijd.
<i>Campbell, Ramsay &amp; Green (2001)</i>	"To examine variations in assessments of primary care according to age, gender, socioeconomic, and ethnicity variables"	Geldige informatie werd verkregen van 4819 patiënten. Als instrument gebruikte men de General Practice Assessment Survey (GPAS) dat 13 belangrijke dimensies omvat met betrekking tot primaire zorgverlening.	Significante invloed van leeftijd en etniciteit. Geen invloed van geslacht en socio-economische status.
<i>Mazor et al. (2004)</i>	"To examine how the type of error, severity of adverse clinical outcome, and level of disclosure affect patients' responses to error and disclosure"	990 leden van gezondheidsorganisaties in Engeland vulden de vragenlijst in. De vignettenmethode werd toegepast.	Significante invloed van leeftijd, opleidingsniveau, het behoren tot een bepaald ras en persoonlijke ervaring met een medische fout.

### **2.3 Het gebruik van vignetten**

Voor de dataverzameling wordt geopteerd voor de vignettenmethode omdat deze erg geschikt is voor het meten van de eigen intenties van de respondenten. Aangezien de respondent zich moet verplaatsen in een specifieke rol en situatie, verkrijgt men doorgaans een meer getrouw beeld van de werkelijke gevoelens, gedachten en acties. Omdat deze vignettenmethode nog vrij onbekend is, wordt de bestaande literatuur geraadpleegd in verband met deze techniek.

De vignette is het onderdeel van een factorial survey dat een beschrijving van een fictieve situatie weergeeft waarbij de verschillende onafhankelijke variabelen telkens aangepast worden. De situatie kan gepresenteerd worden in de vorm van een tekst, foto, video of observatie. Bij elke versie van het fictieve verhaal worden steeds dezelfde vragen gesteld aan de respondenten. Aan de hand van deze techniek kan men bepalen hoe de beoordeling van de respondenten verandert naargelang men de verschillende variabelen manipuleert. Een definitie wordt gegeven door Gould (1996): "Vignettes are simulations of real events which can be used in research studies to elicit subjects' knowledge, attitudes or opinions according to how they state they would behave in the hypothetical situation depicted" (p.207). Het doel van de factorial survey methode is de determinatie van de onderliggende principes van menselijke beoordelingen en evaluaties van sociale onderwerpen mogelijk maken. De resultaten geven een idee waarom men bepaalde waarden toekent aan acties, objecten, andere personen, andere groepen, instituties, ideeën enzovoorts (Rossi & Anderson, 1982).

Factorial surveys worden sinds de jaren 50 voornamelijk gebruikt in de sociale wetenschappen en antropologie. Volgens Miles (1990) kan de methode gebruikt worden voor het evalueren van een project, training, verklarend onderzoek, probleemoplossend onderzoek en beleidsplanning. De Verenigde Staten zijn de voornaamste gebruikers van de methode. De kennis en het gebruik van de techniek is nog vrij beperkt maar begint zich steeds meer te verspreiden. Deze opkomende populariteit wijt men aan de beperkingen van andere vragenlijsten in het meten van attitudes, percepties, normen en waarden (Gould, 1996). Traditionele methoden leiden menselijke beoordelingen immers af uit antwoorden van respondenten op directe vragen of uit hun verklaringen (Alexander & Becker, 1978). Zulke verklaring komt echter niet noodzakelijk overeen met hun werkelijke mening of beoordeling. De factorial survey wordt tot op heden toegepast op 3 verschillende manieren binnen de

sociologie namelijk voor het bestuderen van positieve overtuigingen, normatieve beoordelingen en eigen persoonlijke intenties. Positieve overtuigingen zijn de meningen van individuen over hoe iets is. Normatieve beoordelingen daarentegen zijn de meningen van individuen over hoe iets zou moeten zijn. Eigen intenties zijn de inschattingen van individuen van hun eigen gevoelens, gedachten en acties. Als respondenten kiest men meestal leden van de populatie, studenten of professionelen. De meeste gepubliceerde artikels focussen zich op onderwerpen in verband met misdaad, wet en afwijkend gedrag. Andere veel voorkomende onderwerpen zijn familiaal en sociaal welbevinden en sociale differentiatie (Wallander, 2009). Tegenwoordig worden factorial surveys af en toe toegepast in de gezondheidszorg, meestal voor het bevragen van ziekenhuispersoneel.

De vignetten worden beoordeeld door de respondenten en zijn bijgevolg het belangrijkste onderdeel van de factorial survey. Ze representeren verschillende combinaties van niveaus (waarden) van diverse dimensies (variabelen). De variabelen waarvan men verwacht dat zij relevante determinanten zijn voor de beoordeling van de situatie worden opgenomen in de vignetten. Meestal wordt er gebruik gemaakt van een schaal met geordende categorieën waarop de respondenten hun beoordeling moeten situeren. De factorial survey methode combineert de principes van experimenten en deze van vragenlijsten in één enkele methode voor het verzamelen van gegevens. De methode kan dus omschreven worden als quasi-experimenteel. De verschillende dimensies of variabelen zijn ongecorrleerd. Dit maakt het mogelijk voor de onderzoeker om het uniek effect van elke dimensie te onderscheiden (Wallander, 2009).

Er zijn belangrijke voordelen verbonden aan het gebruik van vignetten als methode voor de bevraging van respondenten in vergelijking met het gebruik van de traditionele vragenlijsten.

- Vignetten geven een accuraat beeld van de manier waarop de context en omstandigheden een invloed hebben op de beoordeling van de situatie door de respondent. De reden hiervoor is dat er concrete en gedetailleerde beschrijvingen gepresenteerd worden waarbij men verschillende factoren die geacht worden een invloed te hebben systematisch laat variëren. (Wallander, 2009)

- Er hoeven minder respondenten bevroegd te worden om tot betrouwbare resultaten te komen. Elke respondent beoordeelt immers meerdere vignetten. (Wallander, 2009)
- Vignetten kunnen relatief snel en aan een lage kostprijs voor grote hoeveelheden data zorgen (Gould 1996, Sumrall & West 1998).
- Bovendien zijn de resultaten minder gevoelig voor vertekening. Bij conventionele bevestigingen laten respondenten hun antwoord in grotere mate afhangen van wat sociaal wenselijk is en dit zorgt voor vertekening. Bij de beoordeling van een vignette wordt de respondent gevraagd om zich te verplaatsen in een personage. Dit creëert een afstand waardoor men minder geneigd is te antwoorden naargelang sociaal wenselijk gedrag. Deze afstand maakt het tevens mogelijk gevoelige onderwerpen te bevestigen. (Hughes & Huby, 2002).
- Ten slotte maken vignetten het mogelijk de werkelijke bepalende factoren van menselijke beoordelingen te identificeren. Respondenten zijn zich niet altijd bewust van de invloed die bepaalde factoren kunnen hebben op hun beoordeling. Hier biedt de vignette een oplossing voor (Alexander & Becker, 1978).

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan het gebruik van deze techniek.

- Het is niet zeker dat het antwoord van de respondenten in verband met de fictieve vignette overeenkomt met wat men zou doen indien men zich in werkelijkheid in de situatie zou bevinden (Schwappach & Koeck, 2004).
- Vignetten in de vorm van een tekst bevatten slechts beperkte informatie. De situatie die beschreven wordt is een simplificatie van de realiteit. Sommige details moeten door de respondent zelf worden ingevuld. Er wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met non-verbale communicatie, hoewel dit een invloed zou kunnen hebben op de reactie van de respondent (Finch, 1987). Vanuit dit opzicht verdient een vignette in de vorm van een video of observatie de voorkeur boven een vignette in tekstvorm.
- Een ander nadeel volgt uit het feit dat de vignetten samengesteld worden uit verschillende ongecorreleerde dimensies. Dit kan tot gevolg dat er onrealistische scenario's ontstaan die beoordeeld moeten worden door de respondenten (Wallander, 2009).

- Meestal wordt er gebruik gemaakt van een schaal met geordende categorieën waarop de respondent zijn beoordeling moet aanduiden. Hierdoor worden de respondenten gedwongen binnen deze categorieën te blijven en hun beoordelingen af te ronden (Jasso & Rossi, 1977).
- De resultaten zijn niet erg veralgemeenbaar buiten de context van het specifieke scenario beschreven in de vignette (Hughes & Huby, 2002).
- Respondenten ondervinden moeilijkheden bij de beoordeling indien de afstand tussen de respondent en het personage waarin hij zich dient te verplaatsen te groot is (Hughes & Huby, 2002).



## **Hoofdstuk III: Praktijkonderzoek**

### ***3.1 Inleiding***

Het praktijkgedeelte van dit onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van een bevraging van respondenten. Hiervoor werd gebruik gemaakt van vragenlijsten die persoonlijk afgenomen werden. Deze manier maakte het mogelijk om binnen een korte tijdsperiode van enkele weken alle gecompleteerde vragenlijsten te verzamelen. Bovendien was het mogelijk om eventuele vragen of twijfels van de respondent meteen te verduidelijken. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 2 van deze masterproef.

Eerst worden de respondenten bevraagd naar hun demografische kenmerken namelijk geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau. Ook wordt er gevraagd of men reeds een eerdere ervaring met een medische fout achter de rug heeft. Vervolgens dient de respondent zich in de positie van de patiënt te verplaatsen in 2 verschillende situaties. In de eerste situatie ondergaat de patiënt een operatie aan het been. Een chirurg vergeet een kompres te verwijderen dat gebruikt werd tijdens de operatie. In de tweede situatie zet een verpleegkundige het verkeerde medicijn klaar om aan de patiënt toe te dienen. In elke situatie laat ik onafhankelijke variabelen variëren waardoor er verschillende versies ontstaan van elke situatie. De variabelen die gemanipuleerd worden in deze vignetten zijn de ernst van de schade en de openheid van het ziekenhuispersoneel naar de patiënt toe. De ernst van de schade laat ik variëren van geen schade, milde schade tot ernstige schade. In de vignette is er geen schade wanneer de zorgkundige een fout maakte, maar nog net op tijd heeft kunnen voorkomen dat deze fout de patiënt bereikte of schade tot gevolg had voor de patiënt. Er is sprake van milde schade wanneer de patiënt als gevolg van de medische fout enkele dagen langer in het hospitaal moet verblijven. Ten slotte komt ernstige schade in de vignetten tot uiting wanneer de patiënt chronische pijn en blijvende schade ondervindt of permanent verlamd is. Wat betreft de openheid omtrent de fout kan men geen informatie geven, men kan informatie geven maar geen verontschuldiging, of men kan zowel informatie als een verontschuldiging bieden. Deze verontschuldiging is erg uitgebreid en omvat eveneens de belofte om preventieve acties te ondernemen.

Door deze twee variabelen telkens drie verschillende waarden te laten aannemen ontstaan er van elk verhaal 9 versies. De vignette universe bestaat met andere woorden uit 9 verschillende vignetten.

Na elke versie worden steeds dezelfde vragen gesteld aan de respondenten. Deze luiden als volgt:

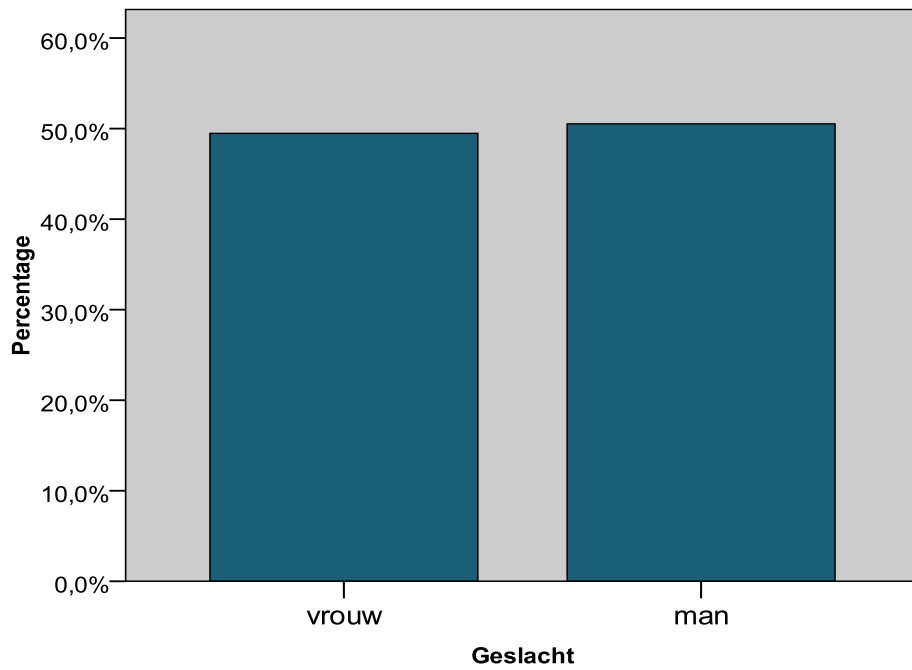
- 1) Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?
- 2) Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?
- 3) Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?
- 4) Zou je naar de pers stappen met je verhaal?

Aangezien de respondenten met ja of nee moeten antwoorden, kunnen we deze vragen identificeren als dichotoom. Om volgorde effecten te vermijden werd de vragenlijst in zes verschillende volgorden afgenomen.

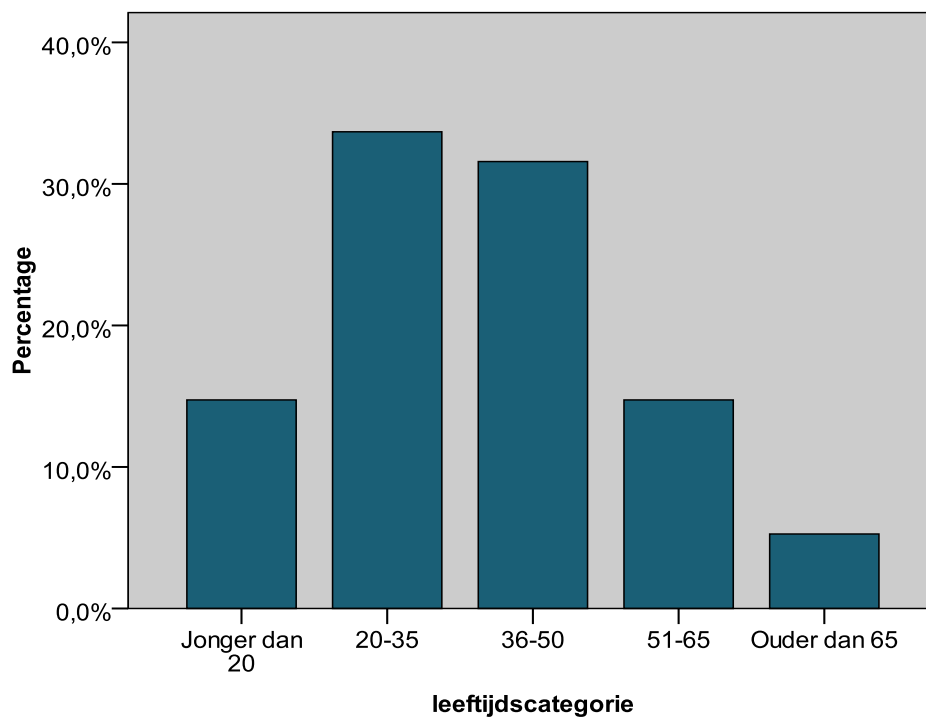
Alvorens over te gaan naar de onderzoeksresultaten wordt kort de samenstelling van de steekproef besproken. Hierbij kijken we naar het geslacht van de respondenten, de leeftijdscategorie waartoe zij behoren, het opleidingsniveau dat zij behaald hebben en de eerdere ervaring met een medische fout. Hierna worden de resultaten van het beschrijvend onderzoek besproken. Tot slot komen de resultaten van de regressieanalyse aan bod.

### **3.2 Kenmerken steekproef**

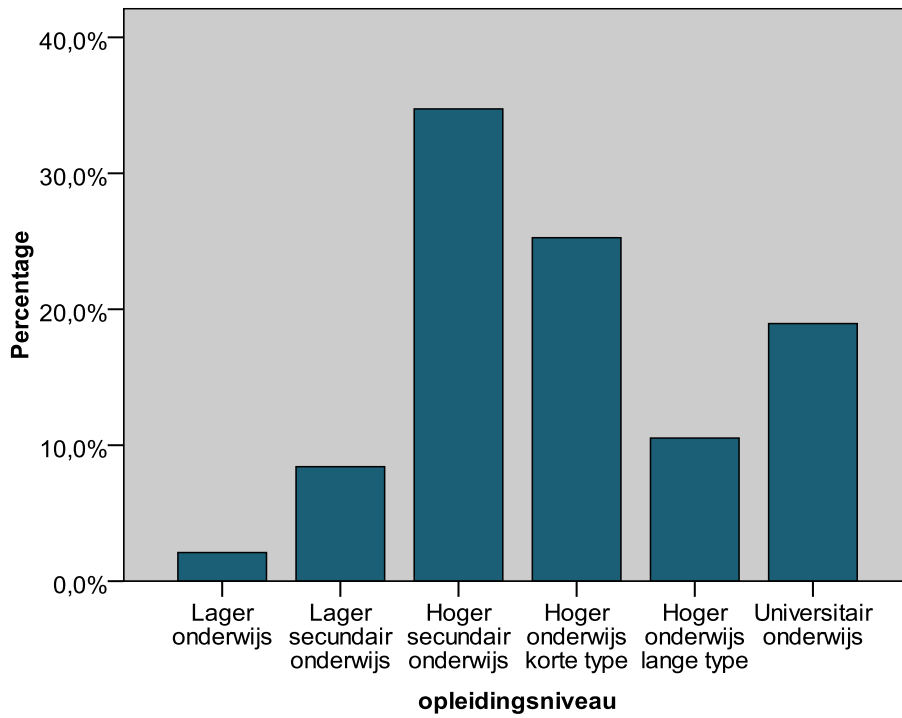
De steekproefgrootte in dit onderzoek bedraagt 95 respondenten. Er werden oorspronkelijk 104 vragenlijsten uitgedeeld waarvan er 9 niet geldig waren. De reden hiervoor is dat 3 vragenlijsten niet volledig ingevuld werden. Wat betreft de overige 6 vragenlijsten, bleek de respondent niet bereidwillig of in staat om de vragenlijst ernstig in te vullen. Elke respondent werd bevraagd aan de hand van 18 cases wat leidt tot een totaal aantal cases van 1710. De steekproef is samengesteld uit 47 vrouwen en 48 mannen. Figuur 4 geeft hieromtrent de percentages weer. Wat betreft de leeftijdscategorie zijn 14 respondenten jonger dan 20 jaar, 32 respondenten zijn tussen de 20 en 35 jaar, 30 respondenten zijn tussen de 36 en 50 jaar, 14 respondenten vallen binnen de categorie 51 tot 65 jaar en 5 respondenten zijn ouder dan 65. De resultaten naargelang de leeftijdscategorie zijn terug te vinden in figuur 5. De respondenten werden eveneens bevraagd naar hun opleidingsniveau. Twee respondenten hebben een diploma lager onderwijs, 8 respondenten hebben lager secundair onderwijs gevolgd en 33 respondenten hebben hoger secundair onderwijs gevolgd. Vierentwintig respondenten hebben een diploma hoger onderwijs van het korte type en 10 respondenten van het lange type. Ten slotte volgden 18 respondenten universitair onderwijs. Figuur 6 bevat de samenstelling van de steekproef naargelang het opleidingsniveau. Tot slot toont figuur 7 het percentage respondenten aan dat meent al een medische fout meegemaakt te hebben in hun zorg. Dit geldt voor slechts 3 respondenten. Deze medische fout kan zich voorgedaan hebben in een ziekenhuis maar ook bij een huisarts of andere zorgverlener. Er werd niet specifiek gevraagd naar de ervaring met een medische fout in een ziekenhuis. Wanneer aan deze 3 respondenten gevraagd werd welke actie zij na de medische fout ondernomen hadden, verklaarden zij allen van ziekenhuis/arts veranderd te zijn. Geen van hen had het ziekenhuis of de arts afgeraden aan anderen, een proces aangespannen of hun verhaal in de media gebracht. Zes respondenten twijfelen of weten niet of er ooit een medische fout in hun zorg plaats vond. Alle anderen verklaarden nog nooit het slachtoffer geweest te zijn van een medische fout. Aangezien het aantal respondenten dat ervaring heeft met een medische fout te klein is om conclusies uit te trekken, wordt deze variabele niet opgenomen in de regressie-analyse.



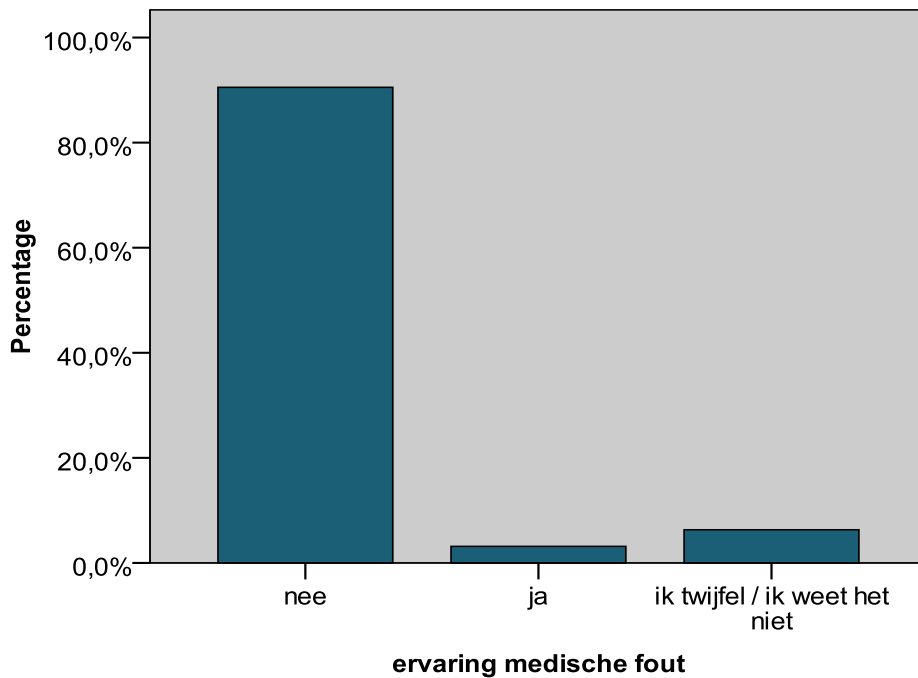
**Figuur 4 Samenstelling steekproef naar geslacht**



**Figuur 5 Samenstelling steekproef naar leeftijdscategorie**



**Figuur 6 Samenstelling steekproef naar opleidingsniveau**



**Figuur 7 Samenstelling steekproef naar ervaring met medische fout**

### **3.3 Resultaten van het beschrijvend onderzoek**

Om een eerste beeld te krijgen van de verschillende onafhankelijke variabelen, werd een beschrijvend onderzoek uitgevoerd met behulp van een variatieanalyse. Hierbij werden de onafhankelijke variabelen elk op zichzelf bekeken. Deze variatieanalyse geeft een eerste idee van de significantie van de verschillende onafhankelijke variabelen. Wij zijn echter voornamelijk geïnteresseerd in de manier waarop deze variabelen in samenspel met elkaar de reactie van de patiënt beïnvloeden. Om deze informatie te bekomen wordt in het volgende onderdeel een regressieanalyse uitgevoerd.

Bijlage 3 van deze masterproef bevat de SPSS-output betreffende het beschrijvend onderzoek. Voor de variabelen geslacht en context werd een t-toets uitgevoerd. Wat betreft de andere variabelen werd een variatieanalyse toegepast aangezien er onderzocht diende te worden of alle populatiegemiddelden van een variabele voor drie of meer onafhankelijke groepen aan elkaar gelijk zijn. De nulhypothese luidt telkens dat de populatiegemiddelden voor alle groepen aan elkaar gelijk zijn. De alternatieve hypothese stelt bijgevolg dat niet alle gemiddelden aan elkaar gelijk zijn. Het toetsen gebeurde steeds op een 95% significantieniveau.

De eerste variabele die onderzocht werd, is het geslacht van de patiënt. De nulhypothese die stelt dat de gemiddelden voor mannen en vrouwen aan elkaar gelijk zijn, kan niet verworpen worden. De p-waarden ("Sig. 2-tailed") zijn voor alle mogelijke reacties van de patiënt immers groter dan het significantieniveau 0,05. Er is met andere woorden geen opmerkelijk verschil tussen de reactie van mannen en vrouwen. De volgende variabelen die getoetst werden zijn de leeftijdscategorie, het opleidingsniveau, de ernst van de schade en de openheid omtrent de fout. Uit de output in bijlage 3 kan afgeleid worden dat de F-waarden groot zijn. De p-waarden (Sig.) of overschrijdingskansen zijn steeds kleiner dan 0,05. De nulhypothese wordt dus voor elk van deze variabele verworpen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat patiënten verschillend reageren naargelang hun leeftijd, opleidingsniveau, de ernst van de schade die ze ondervonden en de openheid van de zorgverleners. Oudere personen die een medische fout meemaakten in hun zorg zullen anders reageren dan jongere personen. Personen met een hoger diploma zullen anders reageren dan personen met een lager opleidingsniveau. Iemand die als gevolg van een medische fout ernstige schade ondervond, zal een andere reactie vertonen dan iemand die

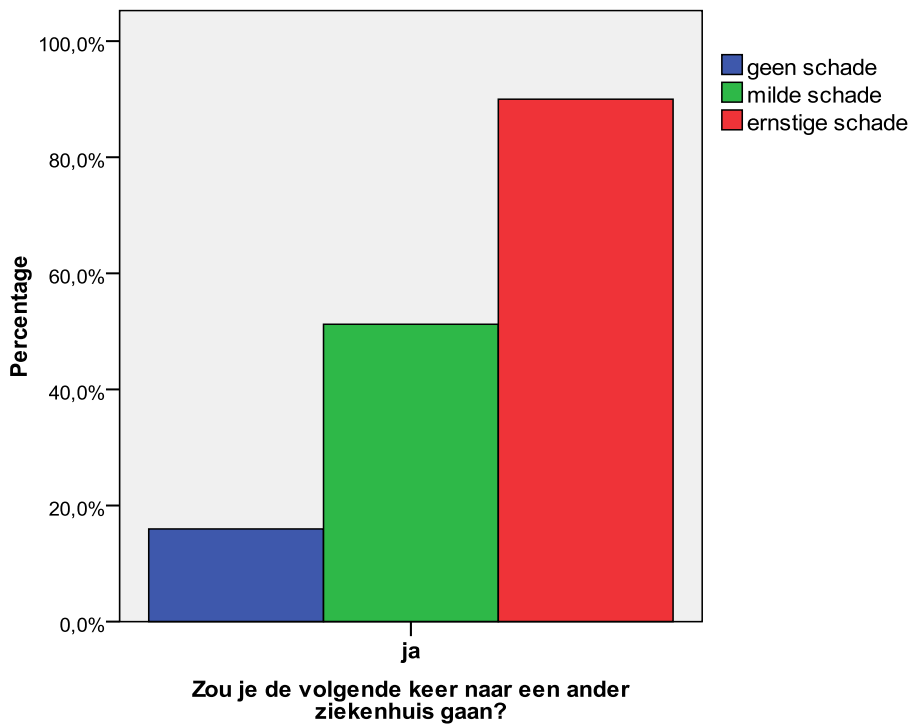
slechts milde schade of geen schade ondervond. Wanneer zorgverleners na een medische fout informatie en een verontschuldiging aanbieden aan de patiënt, kan het ziekenhuis een andere reactie verwachten dan wanneer er geen informatie en/of geen verontschuldiging verleend werd aan de patiënt. Een laatste variabele die getoetst werd aan het 95% significantieniveau is de context waarin de fout gebeurde. In de ene situatie wordt een fout gemaakt tijdens de operatie door een chirurg. In de andere situatie maakt een verpleegster een medicatiefout. De nulhypothese kan verworpen worden wat betreft het veranderen van ziekenhuis, het afraden van het ziekenhuis aan anderen en het stappen naar de pers. Er zijn met andere woorden significante verschillen merkbaar naargelang de context waarin de fout plaats vond. Er zijn echter geen verschillen tussen de twee verschillende omstandigheden wanneer het gaat over de keuze om juridische stappen te ondernemen.

Tabel 8 geeft de invloed weer van de ernst van de schade op de reactie van de patiënt. Veronderstellen we eerst dat de fout niet tot schade geleid heeft. Zelfs in dit geval zou 16% van de respondenten van ziekenhuis veranderen, 13% zou het ziekenhuis afraden aan anderen, 3% zou juridische stappen ondernemen en bijna niemand (<1%) zou naar de pers stappen. Wanneer de schade mild zou zijn, zou 51% van ziekenhuis veranderen, een even groot percentage zou het ziekenhuis afraden, 31% zou juridische stappen ondernemen en 3,5% zou de media inschakelen. Ten slotte veronderstellen we dat de medische fout ernstige schade heeft berokkend aan de patiënt. In dit geval zou 90% de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan, 86% zou het ziekenhuis in kwestie afraden, 91% zou juridische stappen ondernemen en 29% zou naar de pers stappen met het verhaal. Hieruit kan besloten worden dat er een opvallende stijging is van het percentage respondenten dat actie zou ondernemen naargelang de schade ernstiger is. Volgens de voorgaande variatieanalyse is deze stijging significant voor elke mogelijke reactie van de patiënt. Het aantal respondenten dat in het geval van ernstige schade een proces zou aanspannen of een eis tot schadevergoeding indienen, is enorm groot.

**Tabel 8 Invloed van de ernst van de schade op de reactie van de patiënt**

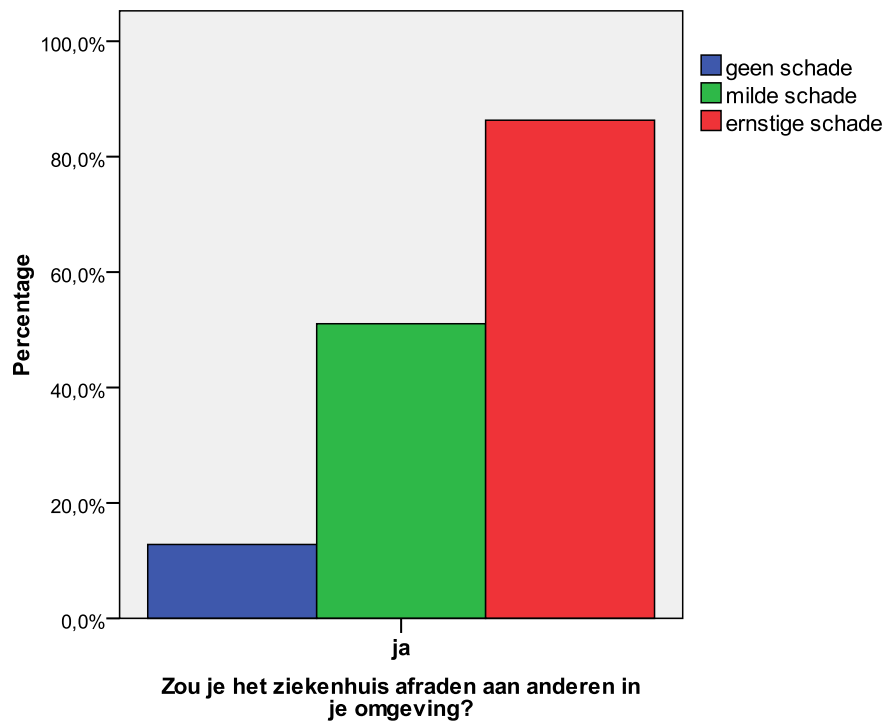
	<b>Geen schade</b>	<b>Milde schade</b>	<b>Ernstige schade</b>
<i>Patiënt verandert van ziekenhuis</i>	16%	51%	90%
<i>Patiënt raadt het ziekenhuis af</i>	13%	51%	86%
<i>Patiënt onderneemt juridische stappen</i>	3%	31%	91%
<i>Patiënt stapt naar de pers</i>	<1%	3,5%	29%

De figuren 8, 9, 10 en 11 geven voor elke mogelijke actie een grafische weergave van de percentages positieve antwoorden. Er wordt telkens een onderverdeling gemaakt naargelang de ernst van de schade.

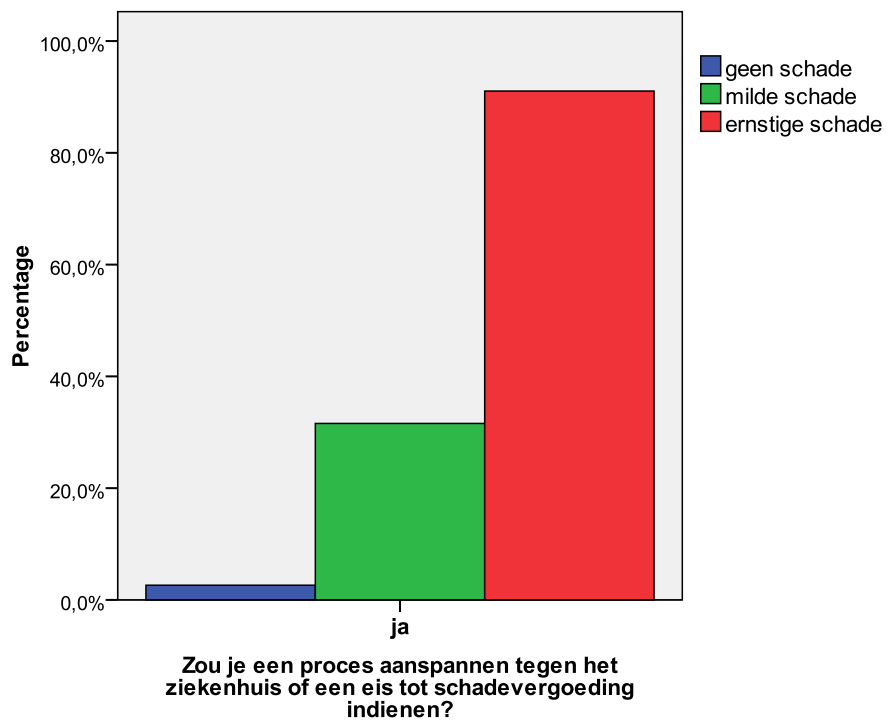


**Figuur 8 Percentage respondenten dat naar een ander ziekenhuis zou gaan naargelang ernst van de schade**

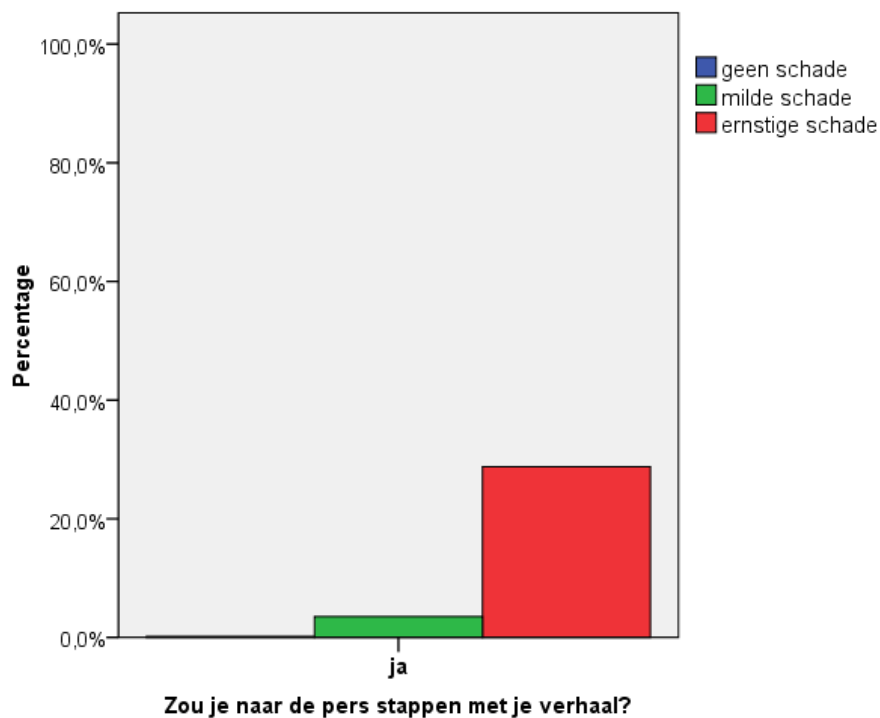




**Figuur 9 Percentage respondenten dat het ziekenhuis zou afraden naargelang ernst van de schade**



**Figuur 10 Percentage respondenten dat juridische stappen zou ondernemen naargelang ernst van de schade**



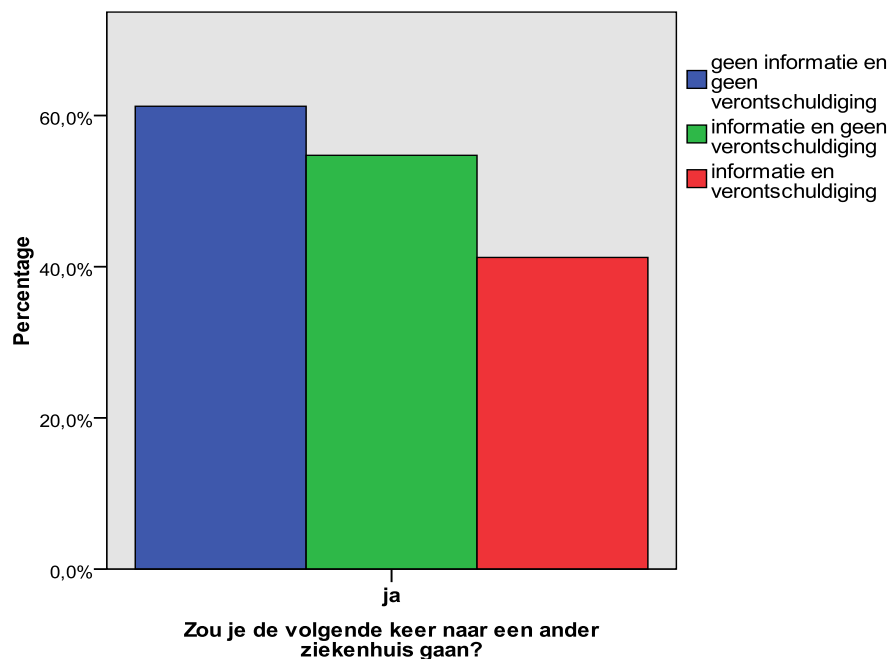
**Figuur 11 Percentage respondenten dat naar de pers zou stappen naargelang ernst van de schade**

Tabel 9 geeft de invloed weer van de openheid omtrent de fout op de reactie van de patiënt. Veronderstellen we eerst dat het ziekenhuispersoneel niet vertelt aan de patiënt dat er een fout gebeurd is. Er worden dus evenmin verontschuldigen aangeboden. In dit geval zou 61% van de respondenten van ziekenhuis veranderen, 59% zou het ziekenhuis afraden aan anderen, 46% zou juridische stappen ondernemen en 14% zou naar de pers stappen. Wanneer de zorgverleners informatie geven aan de patiënt maar geen verontschuldiging, zou 55% van ziekenhuis veranderen, 53% zou het ziekenhuis afraden, 42% zou juridische stappen ondernemen en 11% zou de media inschakelen. Ten slotte veronderstellen we dat de patiënt zowel informatie als een verontschuldiging aangeboden krijgt. In dit geval zou 41% de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan, 38% zou het ziekenhuis in kwestie afraden, 37% zou juridische stappen ondernemen en 8% zou naar de pers stappen met het verhaal. Hoewel het verschil minder opvallend is dan bij de ernst van de schade, is er toch een daling te merken van het aantal ondernomen acties naarmate de openheid stijgt. Volgens de voorgaande variatieanalyse is deze daling steeds significant. Indien de patiënt informatie krijgt, zal hij minder geneigd zijn stappen te ondernemen. Indien hij hiernaast ook een verontschuldiging krijgt, wordt hij nog milder in zijn reactie naar het ziekenhuis toe.

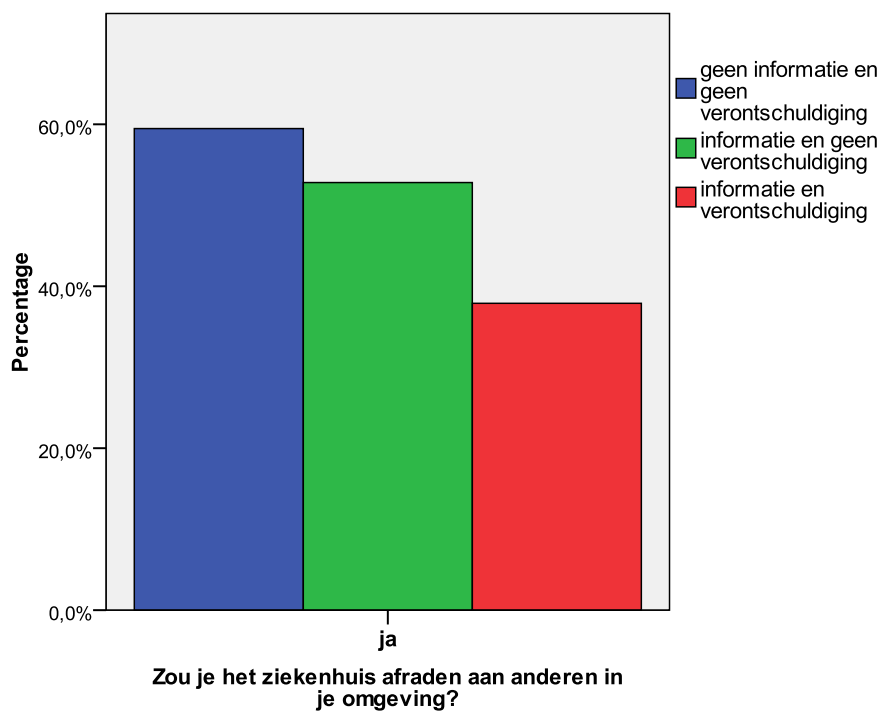
**Tabel 9 Invloed van de openheid omtrent de fout op de reactie van de patiënt**

	<b>Geen informatie, Geen verontschuldiging</b>	<b>Informatie, Geen verontschuldiging</b>	<b>Informatie, Verontschuldiging</b>
<i>Patiënt verandert van ziekenhuis</i>	61%	55%	41%
<i>Patiënt raadt het ziekenhuis af</i>	59%	53%	38%
<i>Patiënt onderneemt juridische stappen</i>	46%	42%	37%
<i>Patiënt stapt naar de pers</i>	14%	11%	8%

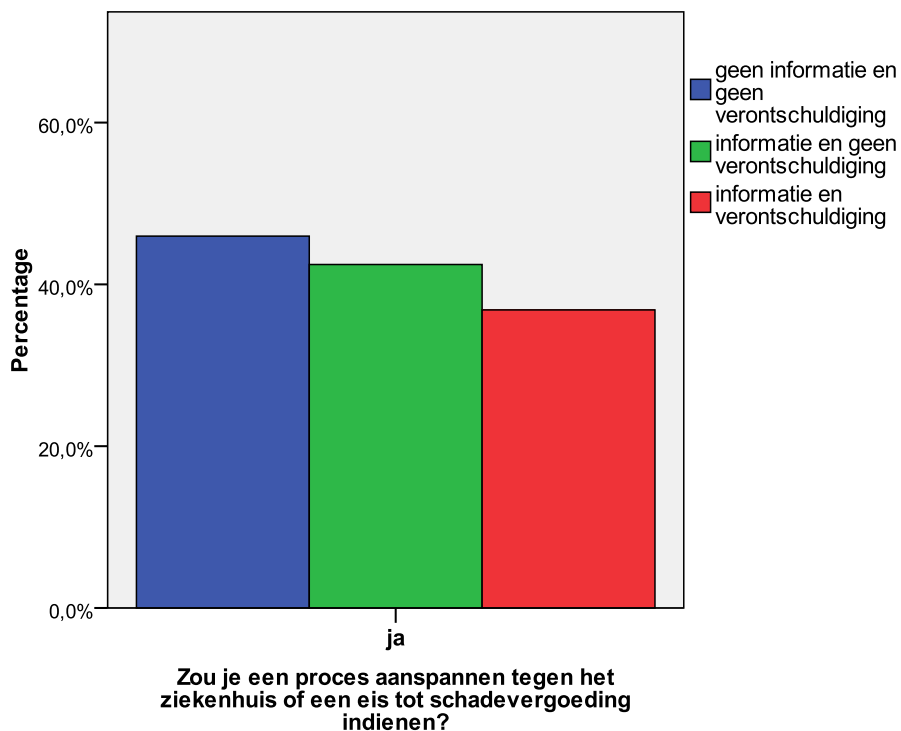
De figuren 12, 13, 14 en 15 geven voor elke mogelijke actie een grafische weergave van deze percentages positieve antwoorden. Er wordt een onderverdeling gemaakt naargelang de openheid omtrent de fout.



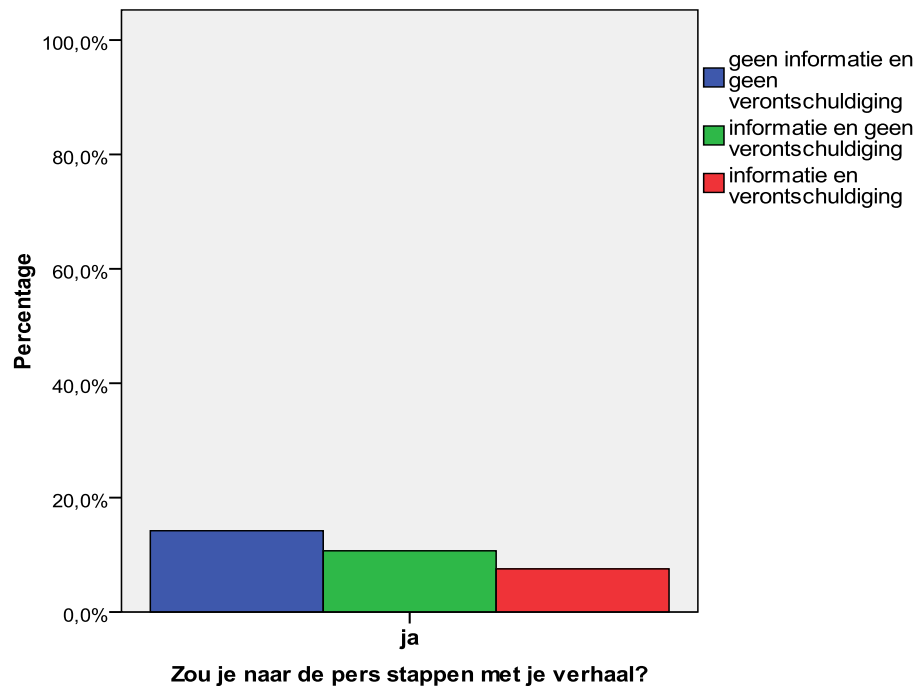
**Figuur 12 Percentage respondenten dat naar een ander ziekenhuis zou gaan naargelang openheid omtrent fout**



**Figuur 13** Percentage respondenten dat het ziekenhuis zou afraden naargelang openheid omtrent fout



**Figuur 14** Percentage respondenten dat juridische stappen zou ondernemen naargelang openheid omtrent fout



**Figuur 15 Percentage respondenten dat naar de pers zou stappen naargelang openheid omtrent fout**

Dit beschrijvend onderzoek geeft een eerste overzicht van de significantie van de verschillende factoren. Het geslacht van de patiënt blijkt niet relevant te zijn als het gaat om de reactie van de patiënt na een adverse event. De leeftijd en het opleidingsniveau zijn echter wel belangrijk. Er zijn eveneens significante verschillen naargelang de ernst van de schade die de patiënt ondervonden heeft en de openheid omtrent de fout. Tot slot blijkt de context relevant te zijn maar niet wat betreft de keuze om juridische stappen te ondernemen.

### **3.4 Resultaten van de regressie-analyse**

#### 3.4.1 Regressie-analyse

De resultaten van het praktijkonderzoek werden vervolgens verwerkt aan de hand van een binaire logistische regressie-analyse, uitgevoerd met het statistisch programma SPSS. De output hiervan werd opgenomen in bijlage 4 van deze masterproef. De regressie-analyse geeft ons informatie over de manier waarop de verschillende onafhankelijke variabelen in samenspel met elkaar de reactie van de patiënt beïnvloeden. De logistische regressie wordt gebruikt omdat de afhankelijke variabele een dichotome variabele is. Met logistische regressie wordt berekend hoe groot de kans is op één van de twee categorieën van een dichotome variabele, op basis van onafhankelijke variabelen. De analyse in deze masterproef toont aan welke invloed het geslacht van de respondent, de leeftijd, het opleidingsniveau, de ernst van de schade en de openheid van het zorgpersoneel hebben op de kans dat men één of meer van de mogelijke verdere stappen zou ondernemen na een medische fout.

De variabelen ernst van de schade en openheid van het zorgpersoneel zijn categorale variabelen. Om deze op te nemen in het logistisch regressiemodel worden zij eerst omgezet in dummy variabelen. Wat betreft de ernst van de schade wordt geen schade als referentiecategorie gekozen. De uitkomsten worden ten opzichte van deze referentiecategorie geïnterpreteerd. In verband met de openheid over de fout is de referentiecategorie dat het zorgpersoneel geen informatie en geen verontschuldiging geeft.

Als maat voor de kwaliteit van het model wordt gebruik gemaakt van de Nagelkerke R Square. Dit is een aangepaste versie van de Cox & Snell R Square en ligt altijd tussen 0 en 1. De Cox & Snell R Square heeft een maximale waarde die lager is dan 1. Dit is meteen ook de reden waarom de Nagelkerke R Square geprefereerd wordt. Deze is immers beter interpreteerbaar. De R Square toont aan hoe nuttig de verklarende variabelen zijn in het voorspellen van de afhankelijke variabele. Hoe dichter de Nagelkerke R Square gelegen is bij 1, hoe beter de verklarende variabelen zijn in het voorspellen van de afhankelijke variabele.

De significantie van de onafhankelijke variabelen wordt getoetst aan het 95% betrouwbaarheidsniveau, wat standaard gebruikt wordt in de meeste onderzoeken.

### 3.4.2 Patiënt verandert van ziekenhuis

Op de vraag of men de volgende keer naar een ander hospitaal zou gaan, werd in 52,4% van de cases positief geantwoord. In de overige 47,6% antwoordde men negatief. De Nagelkerke R Square bedraagt 0,514, dit wil zeggen dat het model een goede voorspeller is voor de kans dat een patiënt van ziekenhuis verandert na een medische fout.

Tabel 10 bevat een gedeelte van de output die bekomen werd met het statistische programma SPSS na het uitvoeren van de regressieanalyse. Uit de kolom met de p-waarden ("Sig.") kan afgeleid worden welke variabelen een significante invloed hebben op de keuze van de respondent om al dan niet van ziekenhuis te veranderen. Indien deze p-waarde  $\leq 0,05$  is, kan de bijhorende variabele als significant beschouwd worden. Het geslacht van de respondent en de constante zijn de enige variabelen die niet significant blijken te zijn. Hiervoor zijn de p-waarden immers groter dan 0,05. Bijgevolg heeft het feit of de patiënt een man of vrouw is geen invloed op kans dat de patiënt van ziekenhuis zal veranderen. Alle andere onafhankelijke variabelen namelijk de leeftijd, het opleidingsniveau, de ernst van de schade, de openheid omtrent de fout en de context hebben wel degelijk een significante invloed op de kans dat de respondent een volgende keer naar een ander ziekenhuis zal gaan. De p-waarden voor deze variabelen zijn kleiner dan 0,05. Een oudere persoon zal minder snel geneigd zijn om van ziekenhuis te veranderen dan een jongere persoon. Personen met een hoger opleidingsniveau zullen sneller naar een ander ziekenhuis gaan in vergelijking met personen met een lager diploma. De kans dat men van ziekenhuis verandert neemt toe naarmate de schade ernstiger wordt. Vooral wanneer er sprake is van ernstige schade is de kans groot dat men van ziekenhuis zal veranderen. De ernst van de schade is de factor met de grootste invloed. De openheid van de zorgverlener is echter ook belangrijk. Als de zorgverleners meer informatie verstrekken, zal men minder geneigd zijn om van ziekenhuis te veranderen. Dit geldt eveneens indien de zorgverleners naast deze informatie ook een verontschuldiging aanbieden. Ten slotte blijkt ook de context waarbinnen de medische fout plaatsvindt een invloed te hebben want deze factor is eveneens significant. In de ene situatie gebeurt er een fout tijdens een operatie door een chirurg. In de andere situatie is het een verpleegkundige die een fout maakt met de medicatie van de patiënt. Uit de regressievergelijking in bijlage 4 kan afgeleid worden dat de kans dat men van ziekenhuis zal veranderen kleiner is

indien de fout gebeurt met de medicatie door een verpleegkundige. De context is echter de minst belangrijke verklarende variabele.

**Tabel 10 Output bij vraag "Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?"**

	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
			Lower	Upper
Geslacht	,530	,922	,717	1,187
Leeftijd	,000	,769	,674	,878
Opleiding	,004	1,170	1,053	1,301
Schade	,000			
Schade (1)	,000	6,537	4,866	8,781
Schade (2)	,000	69,082	46,865	101,831
Openheid	,000			
Openheid (1)	,005	,644	,475	,872
Openheid (2)	,000	,253	,184	,348
Context	,008	,712	,555	,915
Constant	,145	,549		

### 3.4.3 Patiënt raadt het ziekenhuis af aan anderen

Op de vraag of men het ziekenhuis zou afraden aan anderen was het antwoord in 50,1% van de gevallen positief. In de andere 49,9% van de gevallen antwoordde men ontkennend. De Nagelkerke R Square bedraagt 0,526, dit wil zeggen dat het model een goede voorspeller is voor de kans dat een patiënt het ziekenhuis zal afraden aan anderen in zijn of haar omgeving.

Tabel 11 bevat een gedeelte van de output die bekomen werd na het uitvoeren van de regressieanalyse. Uit deze tabel kunnen enkele conclusies getrokken worden wat betreft de invloed van de verschillende variabelen op de kans dat de patiënt het ziekenhuis zal afraden aan anderen. Het geslacht van de respondent is de enige variabele die geen significante invloed heeft op deze kans. De bijhorende p-waarde is immers groter dan 0,05. Alle andere variabelen hebben wel degelijk een significante



invloed. Een oudere persoon zal minder snel geneigd zijn om het ziekenhuis af te raden dan een jongere persoon. Personen met een hoger opleidingsniveau zullen sneller het ziekenhuis waar de medische fout gebeurde afraden in vergelijking met personen met een lager diploma. Naarmate de schade ernstiger is, stijgt de kans dat men het ziekenhuis zal afraden aan anderen. Vooral wanneer er sprake is van ernstige schade is de kans groot dat men zulke actie zal ondernemen. De ernst van de schade blijkt veruit de belangrijkste verklarende variabele te zijn. Ook de openheid van de zorgverleners omtrent de fout heeft een zekere invloed. Als de zorgverlener meer informatie verstrekt, zal men minder geneigd zijn om het ziekenhuis af te raden. Dit geldt eveneens indien de zorgverlener naast deze informatie ook een verontschuldiging aanbiedt. Ook de context waarbinnen de medische fout plaatsvindt, blijkt een significante invloed te hebben. De kans dat men het ziekenhuis zal afraden is kleiner wanneer er een fout gebeurt met de medicatie door een verpleegkundige dan wanneer de fout gebeurt tijdens een operatie door een chirurg. De context is echter de minst belangrijke factor. Ten slotte is de constante een relevante factor.

**Tabel 11 Output bij vraag "Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?"**

	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
			Lower	Upper
Geslacht	,737	,957	,743	1,234
Leeftijd	,000	,744	,650	,850
Opleiding	,000	1,290	1,158	1,437
Schade	,000			
Schade (1)	,000	9,078	6,599	12,489
Schade (2)	,000	70,786	47,993	104,404
Openheid	,000			
Openheid (1)	,003	,626	,460	,854
Openheid (2)	,000	,222	,161	,307
Context	,007	,708	,550	,911
Constant	,005	,306		

#### 3.4.4 Patiënt onderneemt juridische stappen

In 41,8% van de gevallen werd positief geantwoord op de vraag of men een proces zou aanspannen of een schadevergoeding zou eisen. Er werd dus vaker negatief geantwoord op deze vraag. De Nagelkerke R Square bedraagt 0,675, dit wil zeggen dat het model een heel goede voorspeller is voor de kans dat een patiënt juridische stappen onderneemt.

Tabel 12 bevat een gedeelte van de output die bekomen werd na het uitvoeren van de logistische regressieanalyse. Uit de kolom betreffende de p-waarden kan afgeleid worden dat de context en het geslacht van de respondent geen significante invloed hebben op de kans dat men juridische stappen zal ondernemen. De leeftijd, het opleidingsniveau, de ernst van de schade en de openheid omtrent de fout blijken wel significant. De p-waarden zijn kleiner dan 0,05 voor deze variabelen. De kans dat men juridische stappen onderneemt, daalt naarmate een persoon ouder is. Personen met een hoger opleidingsniveau zullen sneller een proces aanspannen of schadevergoeding eisen in vergelijking met personen met een lager diploma. Naarmate de schade ernstiger is, stijgt de kans dat men juridische stappen zal ondernemen. Vooral wanneer er sprake is van ernstige schade is de kans groot dat men zulke actie zal ondernemen. De odds ratios (kolom "Exp(B)" in tabel 12) vertonen hier enorm hoge waarden. Zo is de kans dat men juridische stappen onderneemt 18 keer groter wanneer de schade mild is in vergelijking met geen schade. De kans is zelfs 512 keer groter in het geval van ernstige schade. Uit de SPSS-output in bijlage 4 kan afgeleid worden dat de ernst van de schade opnieuw veruit de belangrijkste factor. Wat betreft de openheid van de zorgverleners is er geen significant verschil tussen de situatie waarin de zorgverlener geen informatie en geen verontschuldiging biedt en de situatie waarin de zorgverlener wel informatie geeft maar opnieuw geen verontschuldiging. De p-waarde hiervoor bedraagt immers 0,068 wat groter is dan 0,05. Dit wil zeggen dat de kans dat men juridische stappen onderneemt niet daalt wanneer de zorgverlener informatie biedt. Het verschil tussen de situatie waar men geen informatie en geen verontschuldiging geeft en de situatie waarin men beide wel geeft, is wel degelijk significant. Indien de verstrekte informatie gepaard gaat met een verontschuldiging daalt de kans dat men juridische stappen onderneemt. De context waarbinnen de medische fout plaatsvindt, blijkt geen invloed te hebben. De kans dat men juridische

stappen onderneemt, verschilt niet naargelang de omstandigheden waarin de fout gebeurde. Ten slotte is de constante een significante factor.

**Tabel 12 Output bij vraag "Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?"**

	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
			Lower	Upper
Geslacht	,528	1,101	,816	1,487
Leeftijd	,001	,755	,644	,885
Opleiding	,004	1,206	1,063	1,367
Schade	,000			
Schade (1)	,000	18,824	10,872	32,592
Schade (2)	,000	512,765	277,757	946,611
Openheid	,000			
Openheid (1)	,068	,715	,498	1,025
Openheid (2)	,000	,407	,280	,591
Context	,880	,977	,726	1,315
Constant	,000	,034		

#### 3.4.5 Patiënt stapt naar de pers

Slechts in 10,8% van de gevallen werd positief geantwoord op de vraag of men naar de pers zou stappen. In de overige gevallen werd negatief geantwoord. De Nagelkerke R Square bedraagt 0,358, dit wil zeggen dat het model een redelijk goede voorspeller is voor de kans dat de patiënt naar de pers zal stappen.

In tabel 13 is een gedeelte van de output terug te vinden die bekomen werd na het uitvoeren van de regressieanalyse. De significanties van de variabelen leeftijd, opleiding en geslacht verschillen in vergelijking met de vorige vragen. Het geslacht van de respondent heeft een significante invloed op de kans dat men de media zal inschakelen. Een man zal sneller naar de pers zal stappen dan een vrouw. De leeftijd en het opleidingsniveau blijken hier niet significant aangezien de p-waarden groter zijn dan 0,05. De kans dat men naar de pers stapt hangt dus niet af van de leeftijd of het

opleidingsniveau van de persoon. De ernst van de schade is zoals steeds een significante variabele. Naarmate de schade ernstiger is, stijgt de kans dat men juridische stappen zal ondernemen. Vooral wanneer er sprake is van ernstige schade is de kans groot dat men zulke actie zal ondernemen. De kans dat men naar de pers stapt is 20 keer groter wanneer de schade mild is dan wanneer er geen schade is. Als de schade ernstig is, is de kans zelfs 248 keer groter in vergelijking met geen schade. De ernst van de schade heeft de grootste invloed op de kans dat de patiënt naar de pers stapt. Wat betreft de openheid van de zorgverleners is er nog net een significant verschil tussen de situatie waarin de zorgverlener geen informatie en geen verontschuldiging biedt en de situatie waarin de zorgverlener wel informatie geeft en geen verontschuldiging. Dit wil zeggen dat de kans dat de patiënt de media inschakelt, daalt wanneer de zorgverlener informatie biedt. Het verschil tussen de situatie waar men geen informatie en geen verontschuldiging geeft en de situatie waarin men beide wel geeft, is eveneens significant. Indien de informatie gepaard gaat met een verontschuldiging daalt de kans dat men de media inschakelt. De context waarbinnen de medische fout plaatsvindt, blijkt opnieuw een invloed te hebben. De kans dat men naar de pers stapt met zijn verhaal is groter in het geval van een medicatiefout door een verpleegkundige. Een laatste significante factor is de constante.

**Tabel 13 Output bij vraag "Zou je naar de pers stappen met je verhaal?"**

	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp(B)	
			Lower	Upper
Geslacht	,039	1,443	1,019	2,042
Leeftijd	,725	,968	,808	1,160
Opleiding	,131	1,116	,968	1,288
Schade	,000			
Schade (1)	,003	20,883	2,791	156,284
Schade (2)	,000	248,210	34,556	1782,854
Openheid	,000			
Openheid (1)	,043	,662	,443	,988
Openheid (2)	,000	,418	,272	,644
Context	,001	1,758	1,243	2,485
Constant	,000	,001		

Indien de verschillende mogelijke acties met elkaar vergeleken worden, kunnen we besluiten dat men het vaakst zal veranderen van ziekenhuis en het ziekenhuis zal afraden aan anderen. Het percentage cases waarbij de respondenten verklaarden van ziekenhuis te veranderen, is 52,4%. Het percentage cases waarbij de respondent het ziekenhuis zou afraden aan anderen is 50,1%. Het aanspannen van een proces of eisen van een schadevergoeding blijkt men minder vaak te doen namelijk in 41,8% van de cases. Slechts in 10,8% van de cases werd aangegeven dat men naar de pers zou stappen.

Tabel 14 toont deze percentages nogmaals in een beknopt overzicht van de resultaten per vraag. De variabelen die in voorgaande regressie-analyse significant bevonden werden, zijn eveneens opgenomen in de tabel.

**Tabel 14 Samenvattende tabel i.v.m resultaten per vraag**

<b>Mogelijke reacties patiënt</b>	<b>% positieve antwoorden</b>	<b>Significante variabelen</b>
<i>Niet meer terugkeren naar het ziekenhuis</i>	52,4%	Leeftijd Opleiding Ernst van de schade Openheid omtrent fout Context
<i>Ziekenhuis afraden aan anderen</i>	50,1%	Leeftijd Opleiding Ernst van de schade Openheid omtrent fout Context
<i>Juridische stappen ondernemen</i>	41,8%	Leeftijd Opleiding Ernst van de schade Openheid omtrent fout*
<i>Met verhaal naar de pers</i>	10,8%	Geslacht Ernst van de schade Openheid omtrent fout Context

\*Enkel een significante invloed wanneer er naast informatie eveneens een verontschuldiging aangeboden wordt. Het aanbieden van enkel informatie laat de kans op juridische stappen niet dalen.

### 3.4.6 Resultaten per onafhankelijke variabele

De eerste variabele die onderzocht werd is het geslacht van de patiënt. Volgens voorgaande regressieanalyse blijkt het geslacht van de persoon geen invloed te hebben op de kans dat men naar een ander ziekenhuis zou gaan (tabel 10), het ziekenhuis zou afraden aan anderen (tabel 11) of juridische stappen zou ondernemen (tabel 12). De p-waarden hiervoor zijn immers groter dan 0,05. Het feit of de persoon een man of vrouw is, heeft enkel invloed op de keuze om al dan niet naar de pers te stappen (tabel 13). De p-waarde hiervoor is immers 0,039 wat kleiner is dan 0,05. De kans dat de patiënt waarbij een medische fout gebeurde met het verhaal naar de pers stapt, is groter als deze patiënt een man is. Vrouwen zullen minder snel de media inschakelen.

De leeftijdscategorie waarin men zich bevindt, heeft volgens de regressieanalyse een significante invloed op de kans dat men naar een ander ziekenhuis zou gaan (tabel 10), het ziekenhuis zou afraden (tabel 11) of juridische stappen zou ondernemen (tabel 12). De p-waarden tonen immers een waarde die kleiner is dan 0,05 waaruit besloten kan worden dat de leeftijd significant is. De kans dat men één of meerdere van de stappen onderneemt, daalt naarmate men zich in een hogere leeftijdscategorie bevindt. Oudere personen zullen minder geneigd zijn verdere stappen te ondernemen. De leeftijd van de persoon heeft echter geen invloed op de kans dat men naar de pers zou stappen. Tabel 13 toont dat de p-waarde wat betreft de leeftijd hier groter is dan 0,05.

Het opleidingsniveau van de persoon is bepalend voor de kans dat men naar een ander ziekenhuis zou gaan (tabel 10), het ziekenhuis zou afraden aan anderen (tabel 11) en juridische stappen zou ondernemen (tabel 12). De p-waarden zijn kleiner dan 0,05 voor wat betreft het opleidingsniveau. Naarmate men een hoger opleidingsniveau heeft, is de kans groter dat men één of meerdere van voorgaande stappen zou ondernemen. Een hoger opgeleid persoon is strenger in zijn of haar reactie dan een persoon met een lagere opleiding. Het behaalde diploma is echter niet bepalend voor de kans dat men de media zou inschakelen (tabel 13).

De belangrijkste variabele blijkt de ernst van de schade te zijn. Deze variabele heeft een significante invloed op elke mogelijke reactie van de patiënt. Voor elke mogelijke reactie is de p-waarde die bij de ernst van de schade hoort kleiner dan 0,05. De

schade die de patiënt oploopt, bepaalt dus in grote mate de kans dat men van ziekenhuis zou veranderen (tabel 10), het ziekenhuis zou afraden aan anderen (tabel 11), juridische stappen zou ondernemen (tabel 12) en naar de pers zou stappen (tabel 13). Des te ernstiger de gevolgen van de medische fout, des te meer men geneigd is deze acties te ondernemen. Vooral wanneer de schade ernstig is, loopt het ziekenhuis een veel hoger risico dat de patiënt verdere stappen onderneemt in vergelijking met de situatie waarin er geen of milde schade is.

De openheid van het ziekenhuispersoneel is de volgende variabele die onderzocht werd. De openheid bepaalt mee de keuze om al dan niet naar een ander ziekenhuis te gaan (tabel 10), het ziekenhuis af te raden aan anderen (tabel 11) en naar de pers te stappen (tabel 13). Als de patiënt informatie krijgt over de fout daalt de kans dat hij of zij deze stappen zal ondernemen. Als de informatie bovendien gepaard gaat met een verontschuldiging aan de patiënt daalt deze kans nog verder. Men zal minder snel juridische stappen ondernemen als het ziekenhuispersoneel informatie geeft en zich verontschuldigt. De p-waarde bedraagt 0,000 in dit geval (tabel 12). De kans op gerechtelijke stappen daalt echter niet significant wanneer men enkel informatie geeft en de verontschuldiging achterwege laat. In dit geval is de p-waarde immers 0,068 wat groter is dan 0,05. Om de kans op een rechtszaak of een eis tot schadevergoeding te doen dalen is het met andere woorden noodzakelijk dat niet enkel informatie maar eveneens een verontschuldiging gegeven wordt.

De context waarbinnen de medische fout gebeurt, bepaalt mee de kans dat men naar een ander ziekenhuis zou gaan (tabel 10), het ziekenhuis zou afraden aan anderen (tabel 11) en naar de pers zou stappen (tabel 13). De p-waarden zijn allen kleiner dan 0,05. De context heeft geen invloed op de keuze om al dan niet juridische stappen te ondernemen. De p-waarde is immers groter dan 0,05 (tabel 12).

## **Hoofdstuk IV: Discussie**

Nadat de belangrijkste resultaten uit het praktijkonderzoek besproken zijn, is het mogelijk deze te bekijken vanuit een kritische standpunt. De uitspraken in de volgende hoofdstukken zijn gebaseerd op de voorgaande regressieanalyse. Eerst worden de beperkingen van het onderzoek besproken. Vervolgens kan een vergelijking gemaakt worden met de resultaten van de literatuurstudie. Aangezien het onderzoek van Itoh en Andersen uit 2009 veel gelijkenissen toont met dit onderzoek is het nuttig om hier op in te gaan alvorens een vergelijking te maken met andere onderzoeken.

### **4.1 Beperkingen**

Tijdens de uitvoering en verwerking van dit praktijkonderzoek kwamen enkele beperkingen aan het licht. Deze beperkingen kunnen vertaald worden naar mogelijkheden voor volgende onderzoeken.

De voornaamste beperking van dit onderzoek is dat de bevraagde steekproef bestaat uit 95 respondenten en bijgevolg redelijk klein is. Indien het onderzoek grootschaliger was, zouden de resultaten beter veralgemeenbaar zijn. De steekproef is ook geografisch vrij beperkt aangezien er enkel Vlamingen ondervraagd werden voornamelijk uit Limburg en Vlaams-Brabant.

Tijdens het afnemen van de vragenlijsten gaven sommige respondenten aan dat zij een andere actie zouden ondernemen dan degenen die opgenomen zijn in de vragenlijst. Zo verklaarden meerdere respondenten dat zij niet van ziekenhuis zouden veranderen maar wel van zorgverlener indien er zich een medische misser voor zou doen. Zij zouden de volgende keer dat ze in het ziekenhuis opgenomen worden expliciet vragen om niet behandeld te worden door de zorgkundige die de medische fout maakte. Andere respondenten zouden naar de ziekenhuisdirectie toestappen of een klacht indienen bij de ombudsdienst indien er zich zulke dienst bevindt in het ziekenhuis.



Uit de literatuurstudie kwamen nog andere variabelen naar voren die een invloed hebben op de reactie van de patiënt. Zo zou bijvoorbeeld de nationaliteit van de patiënt en eerdere ervaring met een medische fout een invloed hebben maar deze variabelen werden niet opgenomen in de analyse.

#### **4.2 Vergelijking met Itoh & Andersen (2009)**

Itoh en Andersen (2009) onderzochten de invloed van de ernst van de schade en de manier waarop de zorgverleners zich verontschuldigen op de kans dat een patiënt zou terugkomen naar het ziekenhuis waar een adverse event plaatsvond.

De resultaten van Itoh en Andersen wijzen erop dat de manier waarop men zich verontschuldigt na een medische fout een effect heeft op de waarschijnlijkheid dat de patiënt nog zal terugkeren naar het ziekenhuis in kwestie. De meest effectieve reactie van de arts of het ziekenhuis blijkt een oprechte verontschuldiging te zijn waarbij men de verantwoordelijkheid op zich neemt en bovendien een belofte doet om preventieve acties te ondernemen zodat dergelijke fouten niet meer kunnen gebeuren in de toekomst. Ook in deze studie blijkt dit soort verontschuldiging het meest effectief te zijn. De kans dat de patiënt van hospitaal verandert of een andere actie onderneemt, is het kleinst wanneer men zich op deze manier verontschuldigt.

De ernst van de schade die de patiënt ondervindt, is volgens Itoh & Andersen een belangrijk element bij de keuze om al dan niet terug te keren naar het ziekenhuis waar de fout plaats gevonden heeft. Ongeacht het type verontschuldiging zullen patiënten in het geval van ernstige schade minder geneigd zijn terug te keren naar het ziekenhuis dan het geval is bij milde schade. Ook dit komt volledig overeen met de resultaten in deze masterproef.

De kenmerken leeftijd en geslacht blijken in het onderzoek van Itoh & Andersen een significante invloed te hebben op de waarschijnlijkheid dat de patiënt zal terugkeren naar het ziekenhuis. De invloed van het opleidingsniveau werd niet onderzocht door Itoh & Andersen. De jongere leeftijdsgroep (< 60 jaar) toonde een negatievere attitude in vergelijking met de oudere leeftijdsgroep (> 60 jaar). Ook in deze studie geldt dat jongere personen strenger zijn in hun reactie dan oudere personen. Volgens Itoh & Andersen accepteren vrouwelijke patiënten de verontschuldigingen van de arts

minder snel dan mannelijke patiënten en keren dus minder snel terug naar het ziekenhuis. De resultaten van deze studie spreken dit tegen. Het geslacht van de patiënt heeft in dit onderzoek geen significante invloed op de kans dat de patiënt terugkeert naar het ziekenhuis. Het geslacht heeft enkel een invloed op de kans dat men naar de pers stapt. Mannelijke patiënten zullen sneller naar de pers stappen dan vrouwelijke patiënten.

### **4.3 Vergelijking met andere onderzoeken**

Vervolgens vergelijken we de resultaten uit het praktijkgedeelte van deze masterproef ook met andere onderzoeken uit de literatuurstudie.

Volgens de Harvard Medical Practice study studie vervolgt 3% tot 5% van de benadeelde patiënten de arts of het ziekenhuis (Studdert, Mello & Brennan, 2004). Dit percentage lijkt erg laag in vergelijking met de resultaten uit het praktijkonderzoek. In 41,8% van de gevallen verklaarden respondenten immers dat zij juridische stappen zouden ondernemen tegen het ziekenhuis waar de medische misser plaatsvond. De oorzaak van deze discrepantie zou gelegen kunnen zijn in het feit dat de resultaten van dit onderzoek gebaseerd zijn op antwoorden van respondenten in verband met fictieve vignetten. Het is mogelijk dat hun antwoord afwijkt van wat zij zouden doen indien ze zich in werkelijkheid in zulke situatie zouden bevinden. Dit werd door Schwappach en Koeck (2004) reeds geïdentificeerd als een nadeel van de vignettenmethode.

Alle onderzoeken zijn het eens over het positieve effect van openheid van het ziekenhuispersoneel op de reactie van de patiënt. Patiënten verkiezen om onmiddellijk geïnformeerd te worden indien er een medische fout gebeurt tijdens hun verblijf in het ziekenhuis (Gallagher et al., 2003, Mazor et al., 2004). Zij wensen naast informatie eveneens een verontschuldiging (Robbennolt, 2005). Voorgaande resultaten wat betreft de openheid omtrent de fout komen overeen met de resultaten uit dit onderzoek. De openheid heeft steeds een positief effect op de kans dat men van ziekenhuis verandert, het ziekenhuis afraadt aan anderen en naar de pers stapt. Het aanbieden van informatie aan de patiënt laat de kans op één of meer van deze reacties dalen. Wanneer er ook een verontschuldiging aangeboden wordt, daalt deze kans nog meer. Toch blijkt er wat betreft de openheid omtrent fouten een element te

zijn waarover geen consensus bestaat. Volgens Mazor et al. (2004) daalt het risico dat de patiënt een rechtszaak zal aanspannen indien de zorgverlener volledige informatie biedt. In dit praktijkonderzoek daalt de kans dat de patiënt juridische stappen zet enkel wanneer er naast informatie eveneens een verontschuldiging aangeboden wordt. Het geven van enkel informatie doet de kans op een rechtszaak niet dalen.

Dit onderzoek bewijst dat acties van patiënten vermeden kunnen worden indien de zorgverleners op de juiste manier reageren na een medische fout. Desondanks toont de literatuurstudie aan dat het aantal fouten dat besproken wordt met de patiënt nog steeds erg laag is. Slechts 30% van alle fouten worden gecommuniceerd aan de patiënt. De belangrijkste barrière voor zorgverleners om open en eerlijk te zijn, is de angst voor wettelijke aansprakelijkheid. Men vreest dat de benadeelde patiënt de informatie zal gebruiken om in proces te bewijzen dat de arts een fout begaan heeft. Men aarzelt doorgaans ook om een spijtbetuiging aan te bieden omdat dit kan aanzien worden als een getuigenis dat de zorgverlener aansprakelijk is. Nochtans is deze vrees onterecht aangezien rechtszaken net vermeden kunnen worden door de patiënt informatie en excuses aan te bieden. Hieruit kan besloten worden dat er nog veel werk is omtrent de bewustmaking van overheden, ziekenhuizen, zorgverleners, verzekeringsmaatschappijen enzovoorts. De zogenaamde "apology laws" uit de VSA zijn reeds een stap in de goede richting aangezien zij ervoor zorgen dat zorgverleners hun excuses durven aanbieden. De artsen en andere zorgverleners kunnen onder deze wet immers niet aansprakelijk gesteld worden op basis van hun verontschuldiging.

Ook in België brengt men verbeteringen aan in het aansprakelijkheidssysteem. Op 2 april 2010 trad namelijk een nieuwe wet voor medische ongevallen in werking die grotendeels gebaseerd is op de Franse aanpak. Bijlage 5 van deze masterproef bevat een overzicht van de belangrijkste bepalingen. Deze zogenaamde "no fault" wet zorgt ervoor dat een zorgverlener die een fout maakte niet automatisch aansprakelijk gesteld wordt. Waar voorheen een benadeelde patiënt enkel naar de rechtbank kon stappen, heeft hij nu de keuze om naar de rechter te stappen of naar een fonds dat opgericht werd voor het vergoeden van schade uit medische ongevallen. Het fonds gaat na of de zorgverlener aansprakelijk gesteld kan worden voor de schade of niet. Indien hij aansprakelijk gesteld wordt, zal zijn verzekeringsmaatschappij aangesproken worden. Indien de zorgverlener niet aansprakelijk bevonden wordt, betaalt het fonds de schadevergoeding (Belgisch Staatsblad, 2010). Een belangrijk voordeel dat hieruit voortvloeit is dat de patiënt sneller en makkelijker een

schadevergoeding kan verkrijgen. Voor de intrede van deze wet was artikel 1382 van het Burgerlijk Wetboek van toepassing in het geval van een medische fout. De zorgverlener was automatisch aansprakelijk wanneer een patiënt schade ondervond als gevolg van zijn zorgverlening. Om een schadevergoeding te verkrijgen moest de patiënt in de rechtszaal bewijzen dat hij schade geleden heeft als gevolg van de zorg die hem toegediend werd. In het vroegere systeem waren artsen en andere zorgverleners dan ook voorzichtig met de verleende informatie uit angst dat deze informatie tegen hen gebruikt zal worden in een rechtszaak. Met deze nieuwe wet volgt België niet alleen het voorbeeld van Frankrijk maar ook dat van Zweden waar een gelijkaardige, verdergaande "no fault" wet geldt. Volgens het Zweeds aansprakelijkheidssysteem zijn zorgverleners niet aansprakelijk behalve wanneer er een zware of opzettelijke fout gebeurd is. De positieve effecten hiervan zijn reeds duidelijk. De Zweedse zorgverleners geven meer informatie vrij omtrent de fouten die ze maken. De communicatie verloopt vlotter en er is meer openheid naar de patiënten en de buitenwereld toe. Nu de wet ingevoerd is in België zal deze tendens zich waarschijnlijk ook hier voordoen binnen enkele jaren.

Hoewel de openheid omtrent fouten een belangrijke factor blijkt te zijn, tonen de meeste studies aan dat het niet noodzakelijk de meest doorslaggevende factor is. De ernst van de schade heeft volgens deze onderzoeken een grotere invloed op de reactie van de patiënt (Witman, Park & Hardin, 1996, Schwappach & Koeck, 2004, Mazor et al., 2004, Vincent, Young en Philips, 1994). Vooral de beslissing om een rechtszaak aan te spannen werd onderzocht. Des te ernstiger de schade, des te meer patiënten er naar de rechtbank zullen stappen (Mazor et al., 2004; Schwappach & Koeck, 2004). Deze resultaten komen volledig overeen met de conclusies die in dit onderzoek geformuleerd kunnen worden. De ernst van de schade heeft het grootste effect op de reactie van de patiënt. De kans dat een patiënt na een medische fout verdere stappen onderneemt, stijgt naarmate de schade ernstiger is.

Over de relevantie van het demografisch kenmerk geslacht bestaat er heel wat onenigheid binnen de literatuur. Verschillende studies vonden slechts verwaarloosbare verschillen tussen de reactie van mannen en vrouwen (Schwappach & Koeck, 2004, Fishbain et al., 2007, Campbell, Ramsay en Green, 2001). Andere onderzoeken identificeerden geslacht wel als een significante factor. Volgens deze onderzoeken zullen vrouwen vaker de stap naar een proces zetten dan mannen (Pukk, Lundberg, Penaloza-Pesantes, Brommels & Gaffney, 2003). In dit onderzoek heeft het geslacht

enkel een invloed op de kans dat men naar de pers stapt. Mannen zullen sneller naar de pers stappen dan vrouwen. Op de andere reacties van de patiënt heeft het geslacht van de persoon geen invloed.

Het opleidingsniveau werd door voorgaande onderzoeken steeds geïdentificeerd als een belangrijke factor (Schwappach en Koeck, 2004, Fishbain et al., 2007, Mazor et al., 2004). Volgens het ene onderzoek wordt een hogere opleiding geassocieerd met een grotere kans dat men een proces aanspant (Fishbain et al., 2007). De resultaten van dit onderzoek sluiten hierbij aan. Volgens een ander onderzoek zijn respondenten met een hogere opleiding echter minder geneigd om een medische fout te rapporteren (Schwappach & Koeck, 2004).

Voorgaande onderzoeken wijzen op significante verschillen tussen verschillende leeftijdscategorieën. Net zoals in dit onderzoek, reageerden oudere respondenten milder dan jongere respondenten (Itoh, Andersen, Madsen, Ostergaard & Ikeno, 2006, Campbell, Ramsay & Green, 2001, Mazor et al., 2004, Burstin, Johnson, Lipsitz & Brennan, 1993, Pukk, Lundberg, Penaloza-Pesantes, Brommels & Gaffney, 2003).

## **Hoofdstuk V: Conclusie**

Er zijn verschillende reacties van patiënten mogelijk wanneer zich een adverse event heeft voorgedaan. Elk van deze reacties heeft bepaalde consequenties voor het ziekenhuis waar de fout gebeurde. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten voornamelijk zullen kiezen om van ziekenhuis te veranderen en het ziekenhuis af te raden aan anderen. Voor het hospitaal leidt dit tot een verlies van patiënten/consumenten en eventueel tot schade aan het imago. Het aanspannen van een proces of eisen van een schadevergoeding zal iets minder vaak gebeuren maar nog steeds zijn er veel patiënten die deze stap zouden zetten. Het ziekenhuis kan hiervan hoge kosten ondervinden bestaande uit een schadevergoeding en gerechtskosten. Slechts weinig patiënten zouden hun verhaal onder de media-aandacht brengen. Vanuit het standpunt van het ziekenhuis is dit positief aangezien deze negatieve media-aandacht veel schade kan toebrengen aan het imago. Men kan beginnen twifelen aan de kwaliteit van de zorg die het ziekenhuis verleent. Dit leidt opnieuw tot het verlies van patiënten/consumenten.

Op welke manier een patiënt/consument reageert op een medische fout hangt af van verschillende factoren waarvan er in deze masterproef enkele onderzocht zijn. Zo is de manier waarop het ziekenhuispersoneel reageert na de medische fout belangrijk voor een patiënt. Dit wordt zowel door het praktijkonderzoek in deze masterproef als door voorgaande onderzoeken bevestigd. Wanneer de zorgverlener niet vertelt dat er een fout gebeurd is, krijgt de patiënt het gevoel dat men niet oprecht is en informatie achterhoudt. De patiënt zal dan sneller acties ondernemen omdat hij vindt dat hij onterecht behandeld is. Informatie geven helpt om zulke acties te vermijden. De meest effectieve reactie van het ziekenhuispersoneel is echter het aanbieden van volledige informatie en een uitgebreide verontschuldiging. Dit geeft de patiënt het gevoel dat oprechte en eerlijke communicatie mogelijk is. De zorgverlener moet eveneens aantonen dat hij of zij de verantwoordelijkheid op zich neemt. Ten slotte doet men best een belofte dat er preventieve acties ondernomen zullen worden. Zo kan een zorgverlener tonen dat hij respect en aandacht heeft voor de gevoelens van de patiënt. In deze studie kwam tot uiting dat het aantal rechtszaken aangespannen door patiënten slechts daalt wanneer de informatie omtrent de fout gepaard gaat met een verontschuldiging. De kans op een proces of eis tot schadevergoeding daalt niet wanneer er enkel informatie gegeven wordt. Om rechtszaken te vermijden is het dus

erg belangrijk voor een ziekenhuis dat er naast informatie eveneens een verontschuldiging aangeboden wordt aan de patiënt. Wanneer een ziekenhuis deze aanbevelingen opvolgt, zal het hiervan positieve gevolgen ondervinden. Er zullen immers minder patiënten naar een concurrerend ziekenhuis overstappen en de schade aan het imago wordt beperkt. Het ziekenhuis wordt minder afgeraden aan anderen en de media wordt minder vaak ingeschakeld. Bovendien kunnen de kosten die gepaard gaan met een rechtszaak en een schadevergoeding vermeden worden.

Ook de invloed van de ernst van de schade op de reactie van de patiënt werd onderzocht. De ernst van de schade die de adverse event tot gevolg heeft, heeft een enorme invloed op de manier waarop de patiënt zal reageren. Des te ernstiger deze schade is, des te groter de kans is dat de patiënt één of meerdere acties zal ondernemen. Zowel dit onderzoek als voorgaande onderzoeken zijn het hierover eens. Wanneer er sprake is van ernstige schade zou zelfs 91% van de respondenten juridische stappen ondernemen. Het is bijgevolg uitermate belangrijk de schade die de patiënt ondervindt zoveel mogelijk te beperken.

De leeftijd van de patiënt die het slachtoffer werd van een medische fout, bepaalt mee de manier waarop hij of zij zal reageren. Naarmate de patiënt ouder is, wordt de kans kleiner dat men verdere acties zal ondernemen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongere generaties steeds mondiger worden en hogere eisen stellen wat betreft kwaliteit. De oudere generaties reageren doorgaans milder en zijn loyaler aan hun regionaal ziekenhuis. Wat betreft de keuze om al dan niet de media in te schakelen, heeft de leeftijd van de patiënt echter geen invloed.

Over de invloed van het geslacht van de respondent kunnen nog geen sluitende conclusies genomen worden. Hieromtrent bestaat immers onenigheid binnen de literatuur ter zake. In dit onderzoek blijken er geen merkwaardige verschillen te zijn tussen de reactie van mannen en die van vrouwen. Enkel wat betreft het al dan niet naar de pers stappen is er een verschil te merken naargelang het geslacht van de patiënt. Mannen hebben meer de neiging om hun verhaal in de media te brengen dan vrouwen.

De reactie van de patiënt hangt eveneens af van het opleidingsniveau dat hij of zij genoten heeft. Wanneer de patiënt een hoger diploma heeft, is de kans groter dat er verdere stappen ondernomen zullen worden. Wanneer de patiënt lager opgeleid is, loopt het ziekenhuis minder kans dat er bijvoorbeeld een rechtszaak aangespannen

wordt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hoger opgeleide personen doorgaans mondiger zijn. Bovendien hebben zij vaak meer middelen ter beschikking om bijvoorbeeld een advocaat in te schakelen.

Er kan besloten worden dat het verbeteren van patiëntveiligheid niet enkel vanuit een ethisch standpunt, maar ook vanuit een economisch perspectief noodzakelijk is voor een ziekenhuis. Uit de voorgaande conclusies blijkt immers dat een medische fout tot ontevredenheid bij de patiënt/consument leidt. Deze ontevredenheid uit zich in het verlies van patiënten, extra kosten voor het ziekenhuis, schade aan het imago enzovoorts. Dit zijn belangrijke aspecten waar een ziekenhuis rekening mee moet houden. Het belang ervan zal zelfs nog toenemen in de toekomst. Patiënten worden immers steeds mondiger, mobieler en verwachten zorg van de hoogste kwaliteit. Deze trend situeert zich binnen de opkomende consumptiemaatschappij. Om hier antwoord op te bieden zouden ziekenhuizen actie moeten ondernemen, vooral naar de toekomst toe. Dit kan onder andere verwezenlijkt worden door aanpassingen te maken in het veiligheidsmanagementsysteem. Zo kunnen er bijvoorbeeld procedures ingevoerd worden over de manier waarop de zorgverleners geacht worden te reageren na een medische fout.



## **Hoofdstuk VI: Aanbevelingen**

Ter afsluiting van deze masterproef kunnen enkele aanbevelingen voor verder onderzoek geformuleerd worden. Het praktijkonderzoek van deze masterproef bracht enkele suggesties voor verder onderzoek aan het licht. Om het veralgemeniserend karakter van het onderzoek te verbeteren, is het belangrijk dat een grotere steekproef bevestigd wordt. Deze bevestiging kan over de landsgrenzen heen plaatsvinden zodat de steekproef niet enkel uit Belgen bestaat. Vervolgens kunnen er mogelijke reacties van de patiënt geïdentificeerd worden die niet opgenomen zijn in dit onderzoek. Toekomstige studies kunnen aan de respondenten vragen of zij een klacht zouden indienen bij de ombudsdienst, de ziekenhuisdirectie zouden inlichten of bij een volgende opname om een andere arts zouden vragen. Bovendien zijn er nog meer factoren denkbaar die mogelijk een invloed hebben op de reactie van een patiënt op een medische fout. In dit onderzoek werd de invloed van de ernst van de schade, de openheid omtrent de fout en enkele demografische kenmerken van de patiënt onderzocht. Verder onderzoek zou de betaling van een vergoeding ter compensatie van de schade als variabele kunnen opnemen. Ook kan men de geldbedragen van de schadevergoeding laten variëren en nagaan welke invloed dit heeft op de reactie van de patiënt. Dit zou een idee kunnen geven van de grootte van de schadevergoeding die een ziekenhuis moet betalen om bijvoorbeeld rechtszaken te vermijden.

Uit de literatuurstudie vloeien eveneens enkele aanbevelingen voort. Verder onderzoek zou zich kunnen toespitsen op één specifiek kenmerk van de patiënt en de invloed ervan op zijn of haar reactie na een medische fout. Zo kan bijvoorbeeld de invloed van de nationaliteit van de patiënt van naderbij bekeken worden. De voornaamste hiaat in de bestaande literatuur is echter dat medische fouten nog steeds voornamelijk vanuit het standpunt van de zorgverleners bekeken worden. Ondanks de opkomst van de patiëntgerichte benadering, wordt er slechts in mindere mate aandacht besteed aan de impact van een medische fout op de patiënt. Ten slotte is het uitermate belangrijk dat toekomstige studies het economische aspect van patiëntveiligheid niet uit het oog verliezen. Medische fouten zorgen immers niet alleen voor persoonlijke tragedies maar ze brengen eveneens hoge kosten met zich mee. Zowel de patiënt, het ziekenhuis en de maatschappij in zijn geheel dragen deze kosten. De patiënt betaalt onder andere voor de extra zorg en medicatie die nodig is als gevolg van de medische fout. Bovendien is het mogelijk dat de patiënt arbeidsongeschikt wordt en zijn inkomen

verliest. Hospitalen dragen onder andere de kosten van schadevergoedingen en rechtszaken. Tot slot wordt de hele maatschappij geconfronteerd met extra kosten. In deze welvaartsmaatschappij draagt iedereen immers bij in de kosten van gezondheidszorg door het betalen van RSZ-bijdragen en belastingen.

## Lijst van de geraadpleegde werken

- Alexander, C.S. & Becker, H.J. (1978). The use of vignettes in survey research [Elektronische versie]. *Public Opinion Quarterly* 1978, 42, 93-104.
- Andrews, L.B., Stocking, C., Krizek, T., Gottlieb, L., Krizek, C., Vargish, T. & Siegler, M. (1997). An alternative strategy for studying adverse events in medical care [Elektronische versie]. *Lancet* 1997, 349, 309-313.
- Belgisch Staatsblad (2010). *Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*. Opgevraagd op 12 april, 2010 via <http://www.ejustice.just.fgov.be>.
- Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., Altman, D.E., Zapert, K., Herrmann, M.J. & Steffenson, A.E. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors [Elektronische versie]. *New England Journal of Medicine* 2002, 347, 1933-1940.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G., Newhouse, J.P., Weiler, P.C. & Hiatt, H.H. (2004). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study [Elektronische versie]. *Quality and Safety in Health Care* 2004, 13, 145-152.
- Burstin, H.R., Johnson, W.G., Lipsitz, S.R. & Brennan, T.A. (1993). Do the poor sue more? A case-control study of malpractice claims and socioeconomic status [Elektronische versie]. *Journal of the American Medical Association* 1993, 270, 1697-1701.
- Campbell, J.L., Ramsay, J. & Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care [Elektronische versie]. *Quality in Health Care* 2001, 10, 90-95.
- CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (z.d.). *Patiëntgerichtheid*. Opgevraagd op 18 november, 2009, via <http://www.cbo.nl/thema/patiëntgerichtheid>.

Christensen, J.F., Levinson, W. & Dunn, P.M. (1992). The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians [Elektronische versie]. *Journal of General Internal Medicine* 1992, 7, 424-431.

Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S. & Legemaate, J. (2006). Knelpunten rond het melden. In Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S. & de Roode, R.P. (Eds.) *Melden van incidenten in de gezondheidszorg* (pp. 59-73). Utrecht: Onderzoek in opdracht van ZonMw.

Delbanco, T. & Bell, S.K. (2007). Guilty, afraid, and alone – Struggling with Medical Error [Elektronische versie]. *New England Journal of Medicine* 2007, 375(17), 1682-1683.

Finch, J. (1987). The vignette technique in survey research [Elektronische versie]. *Sociology* 1987, 21, 105-114.

Fishbain, D.A., Bruns, D., Disorbio, J.M. & Lewis, J.E. (2007). What patient attributes are associated with thoughts of suing a physician? [Elektronische versie]. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2007, 88, 589-596.

Flocke, S.A., Miller, W.L. & Crabtree, B.F. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care [Elektronische versie]. *Journal of Family Practice* 2002, 51, 835-840.

Gallagher, T.H. & Hardy Lucas, H.M. (2005). Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? [Elektronische versie]. *Journal of Clinical Outcomes Management* 2005, 12(5), 253-259.

Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G., Fraser, V.J. & Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors [Elektronische versie]. *Journal of the American Medical Association* 2003, 289, 1001-1007.

Gallagher, T.H., Waterman, A.D, Garbutt, J.M., Kapp, J.M., Chan, D.K., Dunagan, W.C., Fraser, V.J. & Levinson, W. (2006). US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients [Elektronische versie]. *Archives of Internal Medicine* 2006, 166, 1605-1611.

Gavin, P. & Saltonstall, P. (2004). The economics of patient safety. In Youngberg, B.J. & Hatlie, M.J. (Eds.) *The patient safety handbook* (pp. 475-486). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Gould, D. (1996). Using vignettes to collect data for nursing research studies: how valid are the findings? [Elektronische versie]. *Journal of Clinical Nursing* 1996, 5, 207-212.

Hickson, G.B., Clayton, E.W., Githens, P.B. & Sloan, F.A. (1992). Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries [Elektronische versie]. *Journal of the American Medical Association* 1992, 267, 1359-1363.

Hingorani, M., Wong, T. & Vafidis, G. (1999). Patients' and doctors attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey [Elektronische versie]. *British Medical Journal* 1999, 318, 640-641.

Hobgood, C., Tamayo-Sarver, J.H., Elms, A. & Weiner, B. (2005). Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children [Elektronische versie]. *Pediatrics* 2005, 116, 1276-1286.

Hughes, R. & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research [Elektronische versie]. *Journal of Advanced Nursing* 2002, 37(4), 382-386.

Institute of Medicine (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.

Irwin, R.S. & Richardson, N.D. (2006). Patient-focused care. Using the right tools [Elektronische versie]. *Chest* 2006, 130, 73S-82S.

Itoh, K. & Andersen, H.B. (2009). *Patient reactions to staff apology after adverse event and changes of their views in four your interval*. Conferentie Hessd-Tamodia op 23-25 september 2009 te Brussel.

Itoh, K., Andersen, H.B., Madsen, M.D., Ostergaard, D. & Ikeno, M. (2006). Patient views of adverse events: Comparisons of self-reported healthcare staff attitudes with disclosure of accident information [Elektronische versie]. *Applied Ergonomics* 2006, 37, 513-523.

Jaarlijks 2.000 doden door medische blunders. (2009, 19 januari). *De Morgen*. Opgevraagd op 15 oktober, 2009, via <http://www.demorgen.be>.

Jasso, G. & Rossi, P.H. (1977). Distributive justice and earned income. *American Sociological Review* 1977, 42, 639-651.

Kachalia, A., Shojania, K.G., Hofer T.P., Piotrowski, M. & Saint, S. (2003). Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? The jury is still out [Elektronische versie]. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2003, 29, 503-511.

Kessels-Habraken, M., Van der Schaaf, T., De Jonge, J. & Rutte, C. (2010). Defining near misses: Towards a sharpened definition based on empirical data. *Social Science & Medicine*, In Press, Corrected proof, online beschikbaar vanaf 12 februari 2010.

Kraman, S.S. & Hamm, G. (1999). Risk management: extreme honesty may be the best policy [Elektronische versie]. *Annals of Internal Medicine* 1999, 131, 963-967.

Kristiansen, I.S., Forde, O.H., Aasland, O., Hotvedt, R., Johnsen, R. & Forde, R. (2001). Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomized trial [Elektronische versie]. *The Lancet*, 2001, 357, 1258-1261.

Lamb, R. (2004). Open disclosure: the only approach to medical error [Elektronische versie]. *Quality and Safety in Health Care* 2004, 13, 3-5.

Legemaate, J., Van Everdingen, J.J.E., Kievit, J. & Stappers, J.W.M. (2007). Openheid over fouten in de gezondheidszorg [Elektronische versie]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2007, 151, 319-322.

Levinson, W. & Gallagher, T.H. (2007). Disclosing medical errors to patients: a status report in 2007 [Elektronische versie]. *Canadian Medical Association Journal* 2007, 177(3), 265-267.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study [Elektronische versie]. *British Medical Journal* 2001, 322, 468-472.

Mazor, K.M., Simon, S.R., Yood, R.A., Martinson, B.C., Gunter, M.J., Reed, G.W. & Gurwitz, J.H. (2004). Health plan members' views about disclosure of medical errors [Elektronische versie]. *Annals of Internal Medicine* 2004, 140, 409-418.

Miles, M.B. (1990). New methods for qualitative data collection and analysis: vignettes and pre-structured cases [Elektronische versie]. *International Journal of Qualitative Studies in Education* 1990, 3(1), 37-51.

Novack, D.H., Detering, B.J., Arnold, R., Forrow, L., Ladinsky, M. & Pezzullo J.C. (1989). Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems. *Journal of the American Medical Association* 1989, 261, 2980-2985.

Pukk, K., Lundberg, J., Penaloza-Pesantes, R.V., Brommels, M. & Gaffney, F.A. (2003). Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences [Elektronische versie]. *Quality Management in Health Care* 2003, 12, 225-231.

Robbenolt, J.K. (2005). *What we know and don't know about the role of apologies in resolving health care disputes* [Elektronische versie]. Georgia State University Law Review 2004-2005, 21, 1009-1027.

Rossi, P.H. & Anderson, A.B. (1982). The factorial survey approach: An introduction. In Rossi, P.H. & Nock, S.L. (Eds.). *Measuring social judgments: The factorial survey approach* (pp. 15-67). Beverly Hills: Sage.

Schwappach, D.L. & Koeck, C.M. (2004). What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors [Elektronische versie]. *International Journal for Quality in Health Care* 2004, 16(4), 317-326.

Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (2003). *Patient-centred medicine: transforming the clinical method. Second Edition*. Londen: Radcliffe Medical Press.

Studdert D.M., Mello, M.M. & Brennan, T.A. (2004). Medical malpractice [Elektronische versie]. *New England Journal of Medicine* 2004, 350, 283-292.

Studdert, D.M., Mello, M.M, Gawande, A.A., Gandhi, T.K., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A.L. & Brennan T.A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation [Elektronische versie]. *New England Journal of Medicine* 2006, 354, 2024-2033.

Sumrall, W.J. & West, L.S. (1998). Using a vignette technique to compare various groups' beliefs about the future [Elektronische versie]. *Journal of Environmental Education* 2009, 29, 45-51.

Sweet, M.P. & Bernat, J.L. (1997). A study of the ethical duty of physicians to disclose errors [Elektronische versie]. *Journal of Clinical Ethics* 1997, 8, 341-348.

Tanner, L. (2004, 8 november). 'Sorry' seen as magic word to avoid suits. *Associated Press*.

Van Bon, A. & Molendijk, H. (2009). *Als het misgaat. Over openheid na een incident*. Zwolle: Centrum Patiëntveiligheid Isala.

Vincent, C., Neale, G. & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review [Elektronische versie]. *British Medical Journal* 2001, 322, 517-519.

Vincent, C., Pincus, T. & Scurr, J.H. (1993). Patients' experience of surgical accidents [Elektronische versie]. *Quality in Health Care* 1993, 2, 77-82.



Vincent, C., Young, M. & Phillips, A. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action [Elektronische versie]. *Lancet* 1994, 343, 1609-1613.

Vincent, J.L. (1998). Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire [Elektronische versie]. *Intensive Care Medicine* 1998, 24, 1251-1256.

Wagner, C., De Bruijne, M., Zegers, M. & Hoonhout, L.H.F. (2007). *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004* [Elektronische versie]. Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) en Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL).

Wagner, C. & Van der Wal, G. (2005). Voor een goed begrip: Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities [Elektronische versie]. *Medisch Contact* 2005, 60, 1888-1891.

Wallander, L. (2009). 25 years of factorial surveys in sociology: A review [Elektronische versie]. *Social Science Research* 2009, 38, 505-520.

White, A.A., Gallagher, T.H., Krauss, M.M.J., Garbutt, J., Waterman, A.D., Dunagan, W.C., Fraser, V.J., Levinson, W. & Larson, E.B. (2008). The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients [Elektronische versie]. *Academic Medicine* 2008, 83(3), 250-256.

Witman, A.B. & Hardin, S.B. (1997). Patients' responses to physicians' mistakes [Elektronische versie]. *Forum Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions Inc.* 1997, 18(1), 4-5.

Witman, A.B., Park, D.M. & Hardin, S.B. (1996). How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting [Elektronische versie]. *Archives of Internal Medicine* 1996, 156, 2565-2569.

Wojcieszak, D., Banja, J. & Houk, C. (2006). The Sorry Works! Coalition: Making the case for full disclosure [Elektronische versie]. *Journal on Quality and Patient Safety* 2006, 32, 6, 344-350.

World Health Organization (z.d.). *Patient Safety*. Opgevraagd op 1 oktober, 2009, via <http://www.who.int/patientsafety>.

World Health Organization (2009). *Final technical report for the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (version 1.1)*. Opgevraagd op 15 februari, 2010, via <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en>.

Wu, A.W., Folkman, S., McPhee, S.J. & Lo, B. (2003). Do house officers learn from their mistakes? [Elektronische versie] *Quality and Safety in Health Care* 2003, 12, 221-226.

Ziekenhuis probeert medische blunder stil te houden. (2009, 22 oktober). *Het Laatste Nieuws*. Opgevraagd op 22 oktober, 2009, via <http://www.hln.be>.

## Bijlagen

### **Bijlage 1 – Openheid over fouten: aanbevelingen voor artsen**

(Bron: Legemaate, J., van Everdingen, J.J.E., Kievit, J. & Stappers, J.W.M. Openheid over fouten in de gezondheidszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2007, 151, 319-322)

#### Aanbevelingen voor het omgaan met fouten in de gezondheidszorg

- Beoordeel naar aanleiding van een incident (= een onbedoelde gebeurtenis) of het gaat om een fout, dat wil zeggen verwijtbaar handelen van een hulpverlener of de zorginstelling. Vermijd het gebruik van het woord "fout" in gevallen waarin er geen verwijtbaar handelen is of lijkt te zijn.
- Neem in het geval van een fout zelf het initiatief en benader de patiënt. Stel dit niet uit, want dan wordt het steeds moeilijker.
- Wees alert op het fenomeen dat na een fout de patiënt en zijn of haar naasten meer aandacht behoeven en niet minder en dat zowel patiënten als hulpverleners in zo'n situatie de neiging hebben juist afstand te creëren.
- Laat zien dat u de verantwoordelijkheid neemt. Geef de fout toe en betuig spijt of maak excuses. Vermijd een afstandelijke houding of een defensieve reactie, maar trek ook niet te snel het boetekleed aan.
- Draai niet om de feiten heen. Geef de patiënt duidelijke informatie en vermijd speculaties. Geef aan of er sprake is van nader onderzoek, en zo ja, op welke termijn daarvan resultaten zijn te verwachten.
- Geef de patiënt de gelegenheid zijn verhaal te doen. Nodig de patiënt uit tot het stellen van vragen en geef hem de toelichting die hij behoeft. Maak duidelijk dat de patiënt desgewenst op een later moment opnieuw vragen kan stellen en informatie kan krijgen, tot wie hij zich dan kan wenden en hoe.
- Laat u niet uit over aansprakelijkheid en schadevergoeding en voorkom dat u op dat punt verkeerde verwachtingen wekt. Verwijs de patiënt desgevraagd naar de persoon of de instantie waar de patiënt een claim kan indienen.
- Maak duidelijk dat er alles aan gedaan zal worden om te voorkomen dat andere patiënten de dupe worden van dezelfde fout.
- Informeer de patiënt nadien over maatregelen die naar aanleiding van de fout zijn getroffen.

## Bijlage 2 - Vragenlijst

Beste

In de volgende vragenlijst zal je gevraagd worden om je mening te geven over een aantal situaties die zouden kunnen voorkomen in een ziekenhuis. Het is de bedoeling dat je jezelf in de rol van patiënt verplaatst en je keuze dan ook vanuit deze positie maakt. Lees steeds aandachtig de instructies en de stellingen bij elke versie van de situatie. Het is ook erg belangrijk dat alle vragen ingevuld worden. Dit zal even gecontroleerd worden wanneer de vragenlijst ingeleverd wordt. De antwoorden op deze vragenlijst zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Ik ben de enige die de resultaten kan inkijken en de gegevens zullen enkel gebruikt worden in het kader van mijn masterproef. Voor degene die geïnteresseerd zijn in de conclusies van het onderzoek zal er begin juli 2010 een korte samenvatting beschikbaar gesteld worden op de website [www.uhasselt.be/patientsafety](http://www.uhasselt.be/patientsafety).

Hartelijk dank voor uw tijd en medewerking!

Marieke Pypen

### DEEL 1: PERSOONLIJKE GEGEVENS

#### 1. Geslacht:

- Man
- Vrouw

#### 2. Leeftijd:

- Jonger dan 20
- 20-35
- 36-50
- 51-65
- Ouder dan 65

#### 3. Opleidingsniveau:

- Lager onderwijs
- Lager secundair onderwijs (tot en met 2<sup>e</sup> graad)
- Hoger secundair onderwijs (tot en met 3<sup>e</sup> graad)
- Hoger onderwijs korte type
- Hoger onderwijs lange type
- Universitair onderwijs
- Ander: ...

#### 4. Is er ooit in uw zorg een medische fout gebeurd?

- Ja
- Nee
- Ik twijfel/Ik weet het niet

Indien ja, ga naar vraag 5.

Anders ga je door naar Deel 2.

5. Indien ja, welke acties heeft u toen ondernomen?

Er mogen meerdere antwoorden aangeduid worden.

- Niets
- Ik ben van ziekenhuis/arts veranderd
- Ik heb het ziekenhuis/de arts afgeraden aan anderen in mijn omgeving
- Ik heb juridische stappen ondernomen (proces aangespannen en/of eis tot schadevergoeding ingediend)
- Ik ben met mijn verhaal naar de media gestapt
- Andere: ...

DEEL 2

Verplaats je in de rol van de patiënt. Omcirkel bij **elke** vraag het antwoord dat bij je keuze past.

Situatie 1 Je bent patiënt in een ziekenhuis. Je ondergaat een operatie aan je been. De chirurg vergeet een kompres te verwijderen dat gebruikt werd tijdens de operatie om het bloed in je been te stelpen.

A. Stel dat:

- De chirurg tijdens de operatie merkt dat de telling van het aantal kompressen niet klopt en dat er dus een kompres is achtergebleven waarna hij dit nog kan verwijderen. Je ondervindt geen hinder hiervan.
- De chirurg je niet informeert over de fout die hij nog net heeft kunnen voorkomen. Je komt dit achteraf te weten.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

B. Stel dat:

- De chirurg tijdens de operatie merkt dat de telling van het aantal kompressen niet klopt en dat er dus een kompres is achtergebleven waarna hij dit nog kan verwijderen. Je ondervindt geen hinder hiervan.
- De chirurg je vertelt over de fout die hij nog net heeft kunnen voorkomen. Hij biedt zijn verontschuldigingen niet aan.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

C. Stel dat:

- De chirurg tijdens de operatie merkt dat de telling van het aantal kompressen niet klopt en dat er dus een kompres is achtergebleven waarna hij dit nog kan verwijderen. Je ondervindt geen hinder hiervan.
- De chirurg je vertelt over de fout die hij nog net heeft kunnen voorkomen. Hij biedt zijn verontschuldigingen aan en neemt zijn verantwoordelijkheid op. Hij verzekert je ervan dat hij voortaan voorzichtiger zal zijn.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

D. Stel dat:

- De chirurg pas na de operatie merkt dat de telling van het aantal kompressen niet klopt. Je moet opnieuw geopereerd worden om het kompres te verwijderen. Hierdoor moet je 3 dagen langer in het ziekenhuis verblijven om te herstellen.
- De chirurg je niet informeert over de fout die hij gemaakt heeft. Je komt dit achteraf te weten.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

E. Stel dat:

- De chirurg pas na de operatie merkt dat de telling van het aantal kompressen niet klopt. Je moet opnieuw geopereerd worden om het kompres te verwijderen. Hierdoor moet je 3 dagen langer in het ziekenhuis verblijven om te herstellen.
- De chirurg je vertelt over de fout die hij gemaakt heeft en hoe deze is kunnen gebeuren. Hij biedt zijn verontschuldigen niet aan.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

F. Stel dat:

- De chirurg pas na de operatie merkt dat de telling van het aantal kompressen niet klopt. Je moet opnieuw geopereerd worden om het kompres te verwijderen. Hierdoor moet je 3 dagen langer in het ziekenhuis verblijven om te herstellen.
- De chirurg je vertelt over de fout die hij gemaakt heeft en hoe deze is kunnen gebeuren. Hij biedt zijn verontschuldigen aan en neemt zijn verantwoordelijkheid op. Hij verzekert je ervan dat hij voortaan voorzichtiger zal zijn.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

G. Stel dat:

- De chirurg niet merkt dat er een kompres achtergebleven is. Je krijgt een ernstige ontsteking. Na bijkomende onderzoeken blijkt dat er een vreemd voorwerp in je been zit. Je moet opnieuw geopereerd worden om het kompres te verwijderen. Door de ontsteking en complicaties na de tweede operatie hou je blijvende schade over aan je been. Je zult er nooit meer goed op kunnen steunen en lijdt aan chronische pijn.
- De chirurg je niet informeert over de fout die hij gemaakt heeft. Je komt dit achteraf te weten.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

H. Stel dat:

- De chirurg niet merkt dat er een kompres achtergebleven is. Je krijgt een ernstige ontsteking. Na bijkomende onderzoeken blijkt dat er een vreemd voorwerp in je been zit. Je moet opnieuw geopereerd worden om het kompres te verwijderen. Door de ontsteking en complicaties na de tweede operatie hou je blijvende schade over aan je been. Je zult er nooit meer goed op kunnen steunen en lijdt aan chronische pijn.
- De chirurg je vertelt over de fout die hij gemaakt heeft en hoe deze is kunnen gebeuren. Hij biedt zijn verontschuldigen niet aan.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

I. Stel dat:

- De chirurg niet merkt dat er een kompres achtergebleven is. Je krijgt een ernstige ontsteking. Na bijkomende onderzoeken blijkt dat er een vreemd voorwerp in je been zit. Je moet opnieuw geopereerd worden om het kompres te verwijderen. Door de ontsteking en complicaties na de tweede operatie hou je blijvende schade over aan je been. Je zult er nooit meer goed op kunnen steunen en lijdt aan chronische pijn.
- De chirurg je vertelt over de fout die hij gemaakt heeft en hoe deze is kunnen gebeuren. Hij biedt zijn verontschuldigen aan en neemt zijn verantwoordelijkheid op. Hij verzekert je ervan dat hij voortaan voorzichtiger zal zijn.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee



Situatie 2 Je bent patiënt in een ziekenhuis. De arts schrijft je een medicijn voor. De verpleegster die het medicijn moet toedienen is verward en zet een verkeerd medicijn klaar.

A. Stel dat:

- De verpleegster nog net op tijd merkt dat zij het verkeerde medicijn klaar gezet heeft en je het juiste medicijn toedient.
- De verpleegster je niet informeert over de fout die ze nog net heeft kunnen voorkomen. Je komt dit achteraf te weten.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

B. Stel dat:

- De verpleegster nog net op tijd merkt dat zij het verkeerde medicijn klaar gezet heeft en je het juiste medicijn toedient.
- De verpleegster je vertelt dat zij het verkeerde medicijn had klaar gezet. Ze biedt haar excuses niet aan.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

C. Stel dat:

- De verpleegster nog net op tijd merkt dat zij het verkeerde medicijn klaar gezet heeft en je het juiste medicijn toedient.
- De verpleegster je vertelt dat zij het verkeerde medicijn had klaar gezet. Ze legt uit hoe de fout is kunnen gebeuren. Ze biedt uitgebreid haar excuses aan en belooft dat er preventieve acties ondernomen zullen worden zodat de fout niet meer opnieuw gebeurt.

- Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan? Ja Nee
- Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving? Ja Nee
- Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen? Ja Nee
- Zou je naar de pers stappen met je verhaal? Ja Nee

D. Stel dat:

- De verpleegster je het verkeerde medicijn toedient. Je blijkt allergisch te zijn aan het medicijn en moet 4 dagen langer gehospitaliseerd worden.
- De verpleegster je niet informeert over de fout die zij gemaakt heeft. Je komt dit achteraf te weten.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

E. Stel dat:

- De verpleegster je het verkeerde medicijn toedient. Je blijkt allergisch te zijn aan het medicijn en moet 4 dagen langer gehospitaliseerd worden.
- De verpleegster je vertelt dat zij het verkeerde medicijn heeft toegediend. Ze legt uit hoe de fout is kunnen gebeuren. Ze biedt haar excuses niet aan.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

F. Stel dat:

- De verpleegster je het verkeerde medicijn toedient. Je blijkt allergisch te zijn aan het medicijn en moet 4 dagen langer gehospitaliseerd worden.
- De verpleegster je vertelt dat zij het verkeerde medicijn heeft toegediend. Ze legt uit hoe de fout is kunnen gebeuren. Ze biedt uitgebreid haar excuses aan en belooft dat er preventieve acties ondernomen zullen worden zodat de fout niet meer opnieuw gebeurt.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

G. Stel dat:

- De verpleegster je het verkeerde medicijn toedient. Door een sterke reactie op het medicijn ga je in een coma. Na enkele maanden ontwaak je. De coma heeft echter hersenbeschadiging veroorzaakt waardoor je permanent verlamd bent.
- De verpleegster je niet informeert over de fout die zij gemaakt heeft. Je komt dit achteraf te weten.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

H. Stel dat:

- De verpleegster je het verkeerde medicijn toedient. Door een sterke reactie op het medicijn ga je in een coma. Na enkele maanden ontwaak je. De coma heeft echter hersenbeschadiging veroorzaakt waardoor je permanent verlamd bent.
- De verpleegster je vertelt dat zij het verkeerde medicijn heeft toegediend. Ze legt uit hoe de fout is kunnen gebeuren. Ze biedt haar excuses niet aan.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

I. Stel dat:

- De verpleegster je het verkeerde medicijn toedient. Door een sterke reactie op het medicijn ga je in een coma. Na enkele maanden ontwaak je. De coma heeft echter hersenbeschadiging veroorzaakt waardoor je permanent verlamd bent.
- De verpleegster je vertelt dat zij het verkeerde medicijn heeft toegediend. Ze legt uit hoe de fout is kunnen gebeuren. Ze biedt uitgebreid haar excuses aan en belooft dat er preventieve acties ondernomen zullen worden zodat de fout niet meer opnieuw gebeurt.

-Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Ja	Nee
-Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Ja	Nee
-Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Ja	Nee
-Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Ja	Nee

**Bijlage 3 - SPSS-output van het beschrijvend onderzoek**

**Tabel 1 SPSS-output voor de variabele GESLACHT: t-toets op gemiddelden**

		Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper			
Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Equal variances assumed	,003	,956	,028	1708	,978	,001	,024	-,047	,048			
	Equal variances not assumed			,028	1707,237	,978	,001	,024	-,047	,048			
Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Equal variances assumed	,008	,929	,338	1708	,735	,008	,024	-,039	,056			
	Equal variances not assumed			,338	1707,240	,735	,008	,024	-,039	,056			
Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Equal variances assumed	2,587	,108	,808	1708	,419	,019	,024	-,028	,066			
	Equal variances not assumed			,808	1707,639	,419	,019	,024	-,028	,066			
Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Equal variances assumed	15,362	,000	1,952	1708	,051	,029	,015	,000	,059			
	Equal variances not assumed			1,954	1691,577	,051	,029	,015	,000	,059			

**Tabel 2 SPSS-output voor variabele LEEFTIJDSCATEGORIE: Variatieanalyse**

**ANOVA-tabel**

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Between Groups	4	1,684	6,840	,000
	Within Groups	1705	,246		
	Total	1709			
Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Between Groups	4	2,406	9,817	,000
	Within Groups	1705	,245		
	Total	1709			
Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Between Groups	4	1,439	5,982	,000
	Within Groups	1705	,241		
	Total	1709			
Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Between Groups	4	,282	2,930	,020
	Within Groups	1705	,096		
	Total	1709			

**Tabel 3 SPSS-output voor variabele OPLEIDINGSNIVEAU: Variatieanalyse**

ANOVA-tabel						
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.	
Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Between Groups	7,532	5	1,506	6,126	,000
	Within Groups	418,985	1704	,246		
	Total	426,517	1709			
Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Between Groups	18,224	5	3,645	15,175	,000
	Within Groups	409,276	1704	,240		
	Total	427,499	1709			
Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Between Groups	6,920	5	1,384	5,767	,000
	Within Groups	408,954	1704	,240		
	Total	415,874	1709			
Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Between Groups	1,926	5	,385	4,026	,001
	Within Groups	163,059	1704	,096		
	Total	164,985	1709			

**Tabel 4 SPSS-output voor variabele ERNST VAN DE SCHADE: Variatieanalyse**

ANOVA-tabel						
	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.	
Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Between Groups	156,331	2	78,165	493,840	,000
	Within Groups	270,186	1707	,158		
	Total	426,517	1709			
Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Between Groups	154,085	2	77,043	480,999	,000
	Within Groups	273,414	1707	,160		
	Total	427,499	1709			
Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Between Groups	231,674	2	115,837	1073,472	,000
	Within Groups	184,200	1707	,108		
	Total	415,874	1709			
Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Between Groups	27,875	2	13,937	173,518	,000
	Within Groups	137,111	1707	,080		
	Total	164,985	1709			

**Tabel 5 SPSS-output voor variabele OPENHEID OMTRENT FOUT: Variatieanalyse**

**ANOVA-tabel**

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Between Groups	2	5,934	24,428	,000
	Within Groups	1707	,243		
	Total	1709			
Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Between Groups	2	6,958	28,720	,000
	Within Groups	1707	,242		
	Total	1709			
Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Between Groups	2	1,207	4,983	,007
	Within Groups	1707	,242		
	Total	1709			
Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Between Groups	2	,634	6,610	,001
	Within Groups	1707	,096		
	Total	1709			



**Tabel 6 SPSS-output voor variabele CONTEXT: T-toets op gemiddelden**

		Independent Samples Test					
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?	Equal variances assumed	8,121	,004	2,035	1708	,042	,049
	Equal variances not assumed			2,035	1707,962	,042	,049
Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?	Equal variances assumed	,009	,923	2,033	1708	,042	,049
	Equal variances not assumed			2,033	1708,000	,042	,049
Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?	Equal variances assumed	,038	,845	,098	1708	,922	,002
	Equal variances not assumed			,098	1707,999	,922	,002
Zou je naar de pers stappen met je verhaal?	Equal variances assumed	33,871	,000	-2,886	1708	,004	-,043
	Equal variances not assumed			-2,886	1656,346	,004	-,043

## **Bijlage 4 - Resultaten van de regressie-analyse**

### **A. Patiënt verandert van ziekenhuis**

Het percentage cases dat meteen juist wordt ingedeeld op basis van toeval is 52,4%. Na de invoering van het logistische regressiemodel wordt 79,6% juist ingedeeld. Het model zorgt dus voor een verbetering van  $79,6\% - 52,4\% = 27,2\%$ . De Nagelkerke R Square bedraagt 0,514, dit wil zeggen dat er een vrij sterke samenhang is tussen de onafhankelijke variabelen en het al dan niet veranderen van ziekenhuis.

Tabel 1 toont de output van de regressie-analyse die verkregen werd via SPSS. De logistische regressievergelijking wordt afgeleid uit de kolom met de regressiecoëfficiënten ("B") en ziet er als volgt uit:

Logit=  $-0,6 - 0,081 \text{ Geslacht} - 0,263 \text{ Leeftijd} + 0,157 \text{ Opleiding} + 1,877 \text{ Schade}(1) + 4,235 \text{ Schade}(2) - 0,441 \text{ Openheid}(1) - 1,376 \text{ Openheid}(2) - 0,339 \text{ Context}$

Uit de kolom met de p-waarden ("Sig.") kan afgeleid worden welke variabelen een significante invloed hebben op de keuze van de respondent om al dan niet van ziekenhuis te veranderen. Indien deze sig.  $\leq 0,05$  is, kan de bijhorende variabele als significant beschouwd worden. Het geslacht van de respondent en de constante zijn de enige variabelen die niet significant blijken te zijn. Het geslacht heeft immers een p-waarde van 0,530, wat groter is dan 0,05. Alle andere onafhankelijke variabelen namelijk de leeftijd, het opleidingsniveau, de ernst van de schade, de openheid omtrent de fout en de context hebben wel degelijk een significante invloed op de kans dat de respondent een volgende keer naar een ander ziekenhuis zal gaan. Tabel 1 toont dat de p-waarden voor deze variabelen allen kleiner zijn dan 0,05.

De output in tabel 1 toont eveneens de Wald Statistic. Dit is een indicator voor het relatieve belang van elke onafhankelijke variabele en deze vertelt ons dat de ernst van de schade de belangrijkste factor is. De waarde van de Wald Statistic is immers het grootst voor de variabele ernst van de schade. De openheid van de zorgverlener is de tweede belangrijkste factor. De context is de minst belangrijke verklarende variabele aangezien de Wald Statistic het kleinst is voor deze variabele.

**Tabel 1: Output bij vraag "Zou je de volgende keer naar een ander ziekenhuis gaan?"**

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp (B)	
							Lower	Upper
Geslacht	-,081	,128	,395	1	,530	,922	,717	1,187
Leeftijd	-,263	,068	15,103	1	,000	,769	,674	,878
Opleiding	,157	,054	8,482	1	,004	1,170	1,053	1,301
Schade			459,184	2	,000			
Schade (1)	1,877	,151	155,482	1	,000	6,537	4,866	8,781
schade(2)	4,235	,198	457,663	1	,000	69,082	46,865	101,831
Openheid			73,654	2	,000			
openheid(1)	-,441	,155	8,069	1	,005	,644	,475	,872
openheid(2)	-1,376	,163	71,209	1	,000	,253	,184	,348
Context	-,339	,128	7,064	1	,008	,712	,555	,915
Constant	-,600	,411	2,126	1	,145	,549		

**B. Patiënt raadt het ziekenhuis af aan anderen**

Het percentage cases dat meteen juist wordt ingedeeld op basis van toeval is 50,1%. Na de invoering van het logistische regressiemodel wordt 80,7% juist ingedeeld. Het model zorgt met andere woorden voor een verbetering van 80,7%-50,1%=30,6%. De Nagelkerke R Square bedraagt 0,526, dit wil zeggen dat er een vrij sterke samenhang is tussen de onafhankelijke variabelen en het al dan niet afraden van het ziekenhuis aan anderen.

Tabel 2 toont een gedeelte van de output die via SPSS bekomen werd na het uitvoeren van een regressie-analyse. De logistische regressievergelijking ziet er als volgt uit:

$$\text{Logit} = -1,185 - 0,044 \text{ Geslacht} - 0,296 \text{ Leeftijd} + 0,254 \text{ Opleiding} + 2,206 \text{ Schade(1)} + 4,260 \text{ Schade(2)} - 0,468 \text{ Openheid(1)} - 1,504 \text{ Openheid(2)} - 0,345 \text{ Context}$$

Het geslacht van de respondent is de enige variabele die geen significante invloed heeft op de kans dat een patiënt het ziekenhuis zal afraden aan anderen. De p-waarde bedraagt 0,737 wat groter is dan het significantieniveau 0,05. Alle andere variabelen hebben wel degelijk een significante invloed. De p-waarden zijn kleiner dan 0,05 voor de variabelen leeftijd, opleidingsniveau, ernst van de schade, openheid omtrent de fout en

context. Volgens de Wald Statistic is de ernst van de schade veruit de belangrijkste verklarende variabele. De context is daarentegen de minst belangrijke factor.

**Tabel 2: Output bij vraag "Zou je het ziekenhuis afraden aan anderen in je omgeving?"**

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp (B)	
							Lower	Upper
Geslacht	-,044	,130	,113	1	,737	,957	,743	1,234
Leeftijd	-,296	,068	18,872	1	,000	,744	,650	,850
Opleiding	,254	,055	21,331	1	,000	1,290	1,158	1,437
Schade			461,757	2	,000			
Schade (1)	2,206	,163	183,696	1	,000	9,078	6,599	12,489
schade(2)	4,260	,198	461,554	1	,000	70,786	47,993	104,404
Openheid			86,233	2	,000			
openheid(1)	-,468	,158	8,776	1	,003	,626	,460	,854
openheid(2)	-1,504	,165	82,584	1	,000	,222	,161	,307
Context	-,345	,129	7,188	1	,007	,708	,550	,911
Constant	-1,185	,419	7,984	1	,005	,306		

### C. Patiënt onderneemt juridische stappen

Het percentage cases dat meteen juist wordt ingedeeld op basis van toeval is 58,2%. Na de invoering van het logistische regressiemodel wordt 85,5% juist ingedeeld. Het model zorgt dus voor een verbetering van  $85,5\% - 58,2\% = 27,3\%$ . De Nagelkerke R Square bedraagt 0,675, dit wil zeggen dat er een sterke samenhang is tussen de onafhankelijke variabelen en het al dan niet aanspannen van een proces of eisen van een schadevergoeding.

Tabel 3 toont de gedeeltelijke output die met SPSS verkregen werd bij het uitvoeren van de regressie-analyse. De logistische regressievergelijking ziet er als volgt uit:

$$\text{Logit} = -3,369 + 0,097 \text{ Geslacht} - 0,281 \text{ Leeftijd} + 0,187 \text{ Opleiding} + 2,935 \text{ Schade(1)} + 6,240 \text{ Schade(2)} - 0,336 \text{ Openheid(1)} - 0,899 \text{ Openheid(2)} - 0,023 \text{ Context}$$

Uit de kolom betreffende de p-waarden kan afgeleid worden dat de context waarbinnen de medische fout plaats vond en het geslacht van de respondent geen significante invloed hebben op de kans dat men juridische stappen zal ondernemen. De p-waarden

zijn immers groter dan 0,05. De leeftijd, het opleidingsniveau, de ernst van de schade en de openheid omtrent de fout blijken wel significant. De waarden voor deze variabelen zijn kleiner dan 0,05. Wat betreft de openheid van de zorgverleners is er geen significant verschil tussen de situatie waarin de zorgverlener geen informatie en geen verontschuldiging biedt en de situatie waarin de zorgverlener wel informatie geeft maar opnieuw geen verontschuldiging. Hiervoor bedraagt de p-waarde 0,068 wat groter is dan 0,05. Het verschil tussen de situatie waar men geen informatie en geen verontschuldiging geeft en de situatie waarin men beide wel geeft, is wel significant aangezien de p-waarde hiervoor 0,000 bedraagt. De ernst van de schade is volgens de Wald Statistic veruit de belangrijkste factor.

**Tabel 3: Output bij vraag "Zou je een proces aanspannen tegen het ziekenhuis of een eis tot schadevergoeding indienen?"**

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp (B)	
							Lower	Upper
Geslacht	,097	,153	,398	1	,528	1,101	,816	1,487
Leeftijd	-,281	,081	12,063	1	,001	,755	,644	,885
Opleiding	,187	,064	8,526	1	,004	1,206	1,063	1,367
Schade			493,807	2	,000			
Schade (1)	2,935	,280	109,830	1	,000	18,824	10,872	32,592
schade(2)	6,240	,313	397,941	1	,000	512,765	277,757	946,611
Openheid			22,637	2	,000			
openheid(1)	-,336	,184	3,340	1	,068	,715	,498	1,025
openheid(2)	-,899	,190	22,339	1	,000	,407	,280	,591
Context	-,023	,151	,023	1	,880	,977	,726	1,315
Constant	-3,369	,541	38,731	1	,000	,034		

#### **D. Patiënt stapt naar de pers**

Het percentage cases dat meteen juist wordt ingedeeld op basis van toeval is 89,2%. Na de invoering van het logistische regressiemodel wordt een even groot percentage juist ingedeeld. Het model zorgt dus niet voor een verbetering. De Nagelkerke R Square bedraagt 0,358, dit wil zeggen dat er een samenhang is tussen de onafhankelijke

variabelen en het al dan niet naar de pers stappen. Deze samenhang is echter minder groot.

Tabel 4 geeft een overzicht van de belangrijkste output die via SPSS bekomen werd na het uitvoeren van de regressie-analyse. De logistische regressievergelijking ziet er als volgt uit:

$$\text{Logit} = -7,424 + 0,366 \text{ Geslacht} - 0,032 \text{ Leeftijd} + 0,11 \text{ Opleiding} + 3,039 \text{ Schade(1)} + 5,514 \text{ Schade(2)} - 0,413 \text{ Openheid(1)} - 0,872 \text{ Openheid(2)} + 0,564 \text{ Context}$$

De p-waarde die hoort bij de variabele geslacht is dit keer kleiner dan 0,05. Het geslacht van de respondent heeft met andere woorden een significante invloed op de kans dat men de media zal inschakelen. De leeftijd en het opleidingsniveau blijken hier niet significant aangezien de p-waarden groter zijn dan 0,05. De ernst van de schade is zoals steeds een significante variabele. Volgens de Wald Statistic heeft de ernst van de schade de grootste invloed op de kans dat de patiënt naar de rechtbank stapt. De openheid omtrent de fout is een significante variabele aangezien de p-waarden kleiner zijn dan 0,05. De context waarbinnen de medische fout plaatsvindt, blijkt opnieuw een invloed te hebben. Een laatste significante factor is de constante.

**Tabel 4: Output bij vraag "Zou je naar de pers stappen met je verhaal?"**

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for Exp (B)	
							Lower	Upper
Geslacht	,366	,177	4,269	1	,039	1,443	1,019	2,042
Leeftijd	-,032	,092	,123	1	,725	,968	,808	1,160
Opleiding	,110	,073	2,276	1	,131	1,116	,968	1,288
Schade			125,022	2	,000			
Schade (1)	3,039	1,027	8,757	1	,003	20,883	2,791	156,284
schade(2)	5,514	1,006	30,046	1	,000	248,210	34,556	1782,854
Openheid			15,813	2	,000			
openheid(1)	-,413	,204	4,083	1	,043	,662	,443	,988
openheid(2)	-,872	,220	15,679	1	,000	,418	,272	,644
Context	,564	,177	10,182	1	,001	1,758	1,243	2,485
Constant	-7,424	1,148	41,825	1	,000	,001		

## **Bijlage 5 - Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg**

Op 2 april trad in België de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg in werking. Deze nieuwe wet is gebaseerd op het Franse model en maakt het mogelijk voor slachtoffers van medische ongevallen om naar een fonds te stappen dat hun schade vergoedt. Voordien moest de benadeelde patiënt naar de rechter stappen of tot een minnelijke schikking komen. De patiënt moest bewijzen dat de zorgverlener een fout maakte en dat deze fout schade veroorzaakt heeft. Deze zware bewijslast leidde ertoe dat de gerechtelijke procedures erg lang en duur waren. Bovendien had de patiënt geen zekerheid dat er een schadevergoeding verleend zou worden. Met de intreding van de nieuwe wet is het nog steeds mogelijk om een rechtszaak aan te spannen. De patiënt kan echter eveneens kiezen om naar het Fonds voor de medische ongevallen te stappen voor een schadevergoeding. Deze wijziging heeft als voordeel dat er meer medische ongevallen vergoed worden en dat slachtoffers de lange gerechtelijke procedures kunnen vermijden.

Aan de verkrijging van een schadevergoeding is echter een voorwaarde verbonden. De schade wordt enkel vergoed als deze voldoende ernstig is. Dit is zo als één of meer van de volgende vier situaties zich voordoen:

- De patiënt is minstens 25% blijvend invalide.
- De patiënt is minstens 6 maanden arbeidsongeschikt.
- De patiënt overlijdt.
- De levensomstandigheden van de patiënt zijn bijzonder zwaar verstoord door de schade.

Het Fonds voor de medische ongevallen gaat na of er sprake is van een medische fout. Wanneer er geen fout gemaakt werd door de zorgverlener, is de zorgverlener niet aansprakelijk en betaalt het fonds een schadevergoeding indien de schade voldoende ernstig is. Het slachtoffer krijgt dan de volledige schade vergoed. Als er wel sprake is van een medische fout, is de zorgverlener alsnog aansprakelijk en zal het fonds de verzekeraar van de zorgverlener aanspreken. Deze staat dan in voor het betalen van de schadevergoeding. De wet vermeldt eveneens enkele uitzonderingen. Zo wordt er geen schadevergoeding uitbetaald als de schade het gevolg is van een experiment of een

esthetische ingreep. Alle beslissingen van het fonds kunnen aangevochten worden bij de rechtbank van eerste aanleg.

De raad van bestuur van het fonds zal samengesteld worden uit vertegenwoordigers van de overheid, de werkgevers, de werknemers, de mutualiteiten, de beroepsbeoefenaars, de verzorgingsinstellingen, de patiënten en professoren die gespecialiseerd zijn in het medisch recht. Er wordt geschat dat de jaarlijkse kostprijs van dit nieuwe systeem 22,5 miljoen euro zal bedragen.



# Auteursrechtelijke overeenkomst

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

**Het economisch belang van patiëntveiligheid vanuit het standpunt van de patiënt als consument**

**Richting: master in de toegepaste economische wetenschappen-beleidsmanagement**

Jaar: **2010**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

**Pypen, Marieke**

Datum: **25/05/2010**