

2013•2014
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN
master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterproef

Perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch
aansprakelijkheidssysteem in België

Promotor :
Prof. dr. Wim MARNEFFE

Copromotor :
De heer Tom VANDERSTEEGEN

Eline Gielis

*Proefschrift ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen*

2013•2014
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE
WETENSCHAPPEN
master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterproef

Perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch
aansprakelijkheidssysteem in België

Promotor :
Prof. dr. Wim MARNEFFE

Copromotor :
De heer Tom VANDERSTEEGEN

Eline Gielis

*Proefschrift ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste
economische wetenschappen*

Voorwoord

Deze eindverhandeling vormt het sluitstuk van mijn studies aan de UHasselt met als einddoel het behalen van een master Toegepaste Economische Wetenschappen in Beleidsmanagement.

Het centrale thema in deze thesis is de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België. Dit onderwerp werd aangebracht door mijn promotor en co-promotor, Prof. Dr. Wim Marneffe en Dhr. Tom Vandersteegen. Aangezien het systeem in 2010 een cruciale hervorming heeft doorgemaakt, leek het vanuit mijn studie en persoonlijke interesse boeiend om na te gaan of patiënten dit nieuwe systeem als beter of slechter beschouwen.

Deze eindverhandeling is echter niet alleen door mijn inspanningen tot stand gekomen. Een speciaal woord van dank gaat uit naar Prof. Dr. Wim Marneffe en Dhr. Tom Vandersteegen, mijn promotor en co-promotor die mij hebben bijgestaan bij dit onderzoek en mij met hun raad, suggesties en ervaring de juiste weg naar een goed resultaat gewezen hebben.

Voorts wil ik ook mijn ouders bedanken die het mij mogelijk gemaakt hebben om deze studie aan te vatten en te voltooien en mij hierbij op alle mogelijke vlakken gesteund hebben. Met betrekking tot deze thesis wil ik hun bedanken voor het nalezen en het geven van opbouwende kritiek op deze tekst. Ook wil ik al mijn vrienden bedanken omdat zij hebben bijgedragen tot een van de meest boeiende hoofdstukken uit mijn leven: mijn studententijd.

Vervolgens wil ik in het algemeen al de personen bedanken die tien minuten van hun tijd hebben vrijgemaakt voor het invullen van de vragenlijst waarop mijn onderzoek is gebaseerd. Zonder hen had ik deze masterproef niet tot een goed einde gebracht. Familieleden en naaste vrienden verdienen hierbij een extra bedankje omdat zij mijn enquête verder verspreid hebben onder vrienden, kennissen en collega's.

Tot slot wil ik nog een dankwoordje richten naar Dhr. Patrick Lemmens, directeur van het dienstencentrum Ter Engelen, die mijn vragenlijst onder de ouders van hun zorggebruikers en personeel heeft verspreid. Dankzij hem heb ik met mijn vragenlijst een meer gevarieerd publiek kunnen bereiken.

Samenvatting

Het conventionele aansprakelijkheidssysteem via de rechtbank werd opgericht met twee kerndoelstellingen: Het bieden van een schadevergoeding aan slachtoffers van een nalatigheid en het terugdringen en bestraffen van deze nalatige handelingen. (Michael & Werner, 1995). Dit aansprakelijkheidssysteem schoot op medisch vlak tekort voor beide doelstellingen en om die reden werd in België in 2010 een belangrijke hervorming doorgevoerd. Waar vroeger de nadruk lag op de onschendbaarheid van de arts, wordt nu de nadruk gelegd op het beschermen van de patiënt tegen fouten gemaakt door de arts (Bocken et al., 2008). In deze masterthesis wordt nagaan wat patiënten als een goed medisch aansprakelijkheidssysteem ervaren en of de hervormingen hieraan hebben bijgedragen. De centrale onderzoeksvraag van deze eindverhandeling luidt dan ook als volgt: 'De perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België.'

Aan de hand van 4 deelvragen wordt onderzocht of deze hervormingen door de patiënten als positief ervaren worden of niet. De eerste deelvraag bespreekt via welke weg slachtoffers van een medische nalatigheid in het verleden een vergoeding vorderden. De tweede onderzoekt de tekortkomingen van het vroeger geldende systeem en de derde licht het medisch aansprakelijkheidssysteem dat nu van toepassing is toe. In de laatste deelvraag wordt uiteindelijk achterhaald wat de perceptie van patiënten is ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België. Deze laatste deelvraag wordt opgelost aan de hand van een online enquête die via sociale media, e-mail en kennissen verspreid wordt.

Alvorens het onderzoek te starten is opzoekwerk in de literatuur noodzakelijk. Hoofdstuk 2 van deze masterproef bespreekt het medisch aansprakelijkheidssysteem met al zijn hervormingen en tracht op die manier een antwoord te bieden op de eerste drie deelvragen. België kende tot 2007 enkel het medisch aansprakelijkheidssysteem zoals dat in het burgerlijk wetboek stond voorgeschreven waarbij een onderscheid gemaakt werd tussen contractuele en buitencontractuele aansprakelijkheid. Nadelig aan het systeem was dat men voor een volledige schadevergoeding over de hoge drempel van bewijslast heen moest (Callens et al., 2008). Uiteindelijk kwam een eerste doorbraak in 2007 met de Wet Medische Schadegevallen. Met deze nieuwe wet werd een vergoedingssysteem op foutloze basis ingevoerd en werd de toepassing van art. 1382 van het burgerlijk wetboek bijna volledig beëindigd. Toch werd de wet nooit doorgevoerd omwille van de vele kritiek dat slachtoffers de mogelijkheid verliezen om een procedure te starten voor de rechtbank maar ook

omwille van de maxima en franchises die de schadevergoeding beperken (wetsontwerp, 2010). In 2010 werd uiteindelijk de Wet Medische Ongevallen van kracht waarbij respondenten de keuze krijgen tussen een gerechtelijke procedure of een minnelijke procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO). Het FMO is een onafhankelijke instelling waar slachtoffers van een medisch incident gratis een aanvraag tot schadevergoeding kunnen neerleggen en waarbij ze niet verplicht zijn het bewijs van fout te leveren. Het FMO zal het nodige onderzoek doen en bepaalt vervolgens of het slachtoffer in aanmerking komt voor een schadevergoeding. Afhankelijk van de omstandigheden wordt bepaald of de schadevergoeding ten laste komt van de zorgverlener, de verzekeraar van de zorgverlener of het FMO zelf (Boone & Lierman, 2011). Het FMO zelf is uiteindelijk pas in september 2012 in werking getreden maar heeft ondertussen al wel een aantal dossiers afgewerkt.

Het praktijkgedeelte in hoofdstuk 3 van deze eindverhandeling bestaat uit het afnemen van een online-enquête. Omdat bij patiënten nooit eerder navraag werd gedaan naar hun visie over het medisch aansprakelijkheidssysteem, kon het praktijkonderzoek niet terugvallen op reeds eerder gedane studies. De vragenlijst is opgedeeld in vier delen waarbij in het tweede deel de perceptie van de respondenten over het medisch aansprakelijkheidssysteem wordt getoetst. In plaats van de respondenten hier direct over te bevragen wordt hun mening bevraagd aan de hand van een aantal stellingen en een rangschikking. Achteraf wordt gekeken of hun verkozen stellingen eigen zijn aan een gerechtelijke procedure of een minnelijke procedure bij het FMO. Eens voldoende respondenten hebben deelgenomen aan het onderzoek, wordt overgegaan tot de verwerking van de data. De data-analyse start met het beschrijven van al de variabelen die in de verschillenanalyses, regressies en herhaalde metingen worden getest. Daarna wordt gekeken, met behulp van een correlatietabel, of er een verband bestaat tussen de stellingen en de basisinformatie, het op de hoogte zijn van het nu geldende systeem en de ervaring met een medisch incident. De variabelen waartussen een significant verband wordt bevonden, worden verder onderzocht door middel van een F-test of T-test. Aan het einde worden de stellingen nog in een aantal regressies gestoken en wordt bij de rangschikking op basis van 'herhaalde metingen' gekeken aan welke eigenschappen de respondenten het meeste waarde hechten en aan welke het minste.

Uit de onderzoeken blijkt dat de oprichting van het FMO wel degelijk een goede zaak is voor de patiënten. Respondenten stellen het hebben van een goede patiënte-arts relatie erg op prijs, ze verkiezen een onafhankelijke instelling boven de rechtbank, kosteloos advies boven dat van een advocaat, betaling van schadevergoeding door de nationale solidariteit boven

de zorgverlener en ze stellen dat het niet aan het slachtoffer is om de bewijslast te leveren. Al deze preferenties vormen eigenschappen die uniek zijn voor het FMO. Het is bijgevolg belangrijk dat respondenten op de hoogte worden gebracht van het bestaan van deze instelling zodat diens nut geoptimaliseerd kan worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	I
Samenvatting	III
Inhoudsopgave.....	VII
Lijst van tabellen	XI
Lijst van figuren	XIII
HOOFDSTUK 1: Onderzoeksplan	1
1.1 Probleemstelling.....	1
1.1.1 Praktijkprobleem: omschrijving en situering.....	1
1.1.2 Economische relevantie	2
1.1.3 Centrale onderzoeksvraag	3
1.1.4 Deelvragen	3
1.2 Onderzoeksopzet.....	6
1.2.1 Keuze onderzoeksstrategieën	6
1.2.2 Onderzoeksopzet	6
1.3 Samenvattende tabel met betrekking tot de timing	9
HOOFDSTUK 2: Literatuurstudie.....	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Het conventionele aansprakelijkheidssysteem	13
2.2.1 Inleiding	13
2.2.2 Strafrechtelijke aansprakelijkheid	13
2.2.3 Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid	14
2.2.4 Civielrechtelijke aansprakelijkheid	14
2.2.5 Problemen	17
2.3 Overgang naar een foutloze aansprakelijkheid	20
2.3.1 De patiëntenverzekering met een beperkte vergoeding en de afschaffing van het gemeen aansprakelijkheidsrecht	20

2.3.2 De co-existentie van de patiëntenverzekering en het gemeen aansprakelijkheidsrecht	21
2.3.3 Een begeleide keuze tussen de patiëntenverzekering en het gemeen aansprakelijkheidsrecht	21
2.3.4 Het exclusieve tweesporensysteem: of de patiëntenverzekering of het gemeen aansprakelijkheidsrecht	21
2.3.5 Het tweetrapssysteem: een ongevallenverzekering en een aansprakelijkheidsverzekering	22
2.3.6 De Wet Medische Schadegevallen van 15 mei 2007	22
2.4 De Wet Medische Ongevallen van 31 maart 2010	25
2.4.1 Aanleiding.....	25
2.4.2 Tweesporensysteem.....	25
2.4.3 Fonds Medische Ongevallen	25
2.4.4 Schadeloosstelling	28
2.4.5 Financiering van het systeem	29
2.5 Samenvattende tabel.....	30
HOOFDSTUK 3: Praktijkonderzoek	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Methodologie	32
3.2.1 Afbakening van de onderzoekspopulatie	32
3.2.2 Steekproeftrekking	32
3.2.3 Vragenlijst	33
3.3 Verwerking van de Data	35
3.3.1 Beschrijvende statistiek.....	36
3.3.2 Correlaties	53
3.3.3 F-toets, T-toets, Regressies en Herhaalde metingen.....	62
HOOFDSTUK 4: kritische bemerkingen	81
HOOFDSTUK 5: Conclusie	83
HOOFDSTUK 6: Referentielijst.....	85

HOOFDSTUK 7: Bijlagen	89
Bijlage 1: Inleidende brief.....	89
Bijlage 2: advies CME.....	91
Bijlage 3: vragenlijst.....	92

Lijst van tabellen

Tabel 3.1: Stellingen over de perceptie van patiënten	-42-
Tabel 3.2: Stellingen rangschikken	-47-
Tabel 3.3: Op de hoogte van het systeem?	-49-
Tabel 3.4: Correlatietabel	-58-
Tabel 3.5: Variabele 1 en Diploma	-62-
Tabel 3.6: Variabele 2 en Werksituatie	-63-
Tabel 3.7: Variabele 2 en Bezoek huisarts	-63-
Tabel 3.8: Variabele 3 en Ingreep	-64-
Tabel 3.9; Variabele 3 en Nazorg	-64-
Tabel 3.10: Variabele 4 en Leeftijd	-65-
Tabel 3.11: Variabele 4 en Werksituatie	-65-
Tabel 3.12: Variabele 4 en Raadpleging	-66-
Tabel 3.13: Variabele 4 en Variabele 2	-66-
Tabel 3.14: Variabele 4 en Variabele 5	-67-
Tabel 3.15: Variabele 4 en Variabele 7	-67-
Tabel 3.16: Variabele 5 en Leeftijd	-68-
Tabel 3.17: Variabele 5 en Werksituatie	-68-
Tabel 3.18: Variabele 5 en Variabele 7	-69-
Tabel 3.19: Variabele 6 en Variabele 2	-70-
Tabel 3.20: Variabele 7 en Leeftijd	-71-
Tabel 3.21: Variabele 7 en Werksituatie	-71-
Tabel 3.22: Aantal keren slachtoffer en Bezoek huisarts	-71-
Tabel 3.23: Aantal keren slachtoffer en Opname	-72-
Tabel 3.24: Geslacht en Variabele 6	-73-
Tabel 3.25: Geslacht en Variabele 7	-73-
Tabel 3.26: Geslacht en Aantal keren slachtoffer	-73-
Tabel 3.27: Determinatiecoëfficiënten	-74-
Tabel 3.28: Afhankelijke Variabele 1	-75-
Tabel 3.29: Afhankelijke Variabele 2	-75-
Tabel 3.30: Afhankelijke Variabele 3	-76-
Tabel 3.31: Afhankelijke Variabele 4	-77-
Tabel 3.32: Afhankelijke Variabele 5	-77-

Tabel 3.33: Afhankelijke Variabele 6	-78-
Tabel 3.34: Afhankelijke Variabele 7	-78-
Tabel 3.35: Herhaalde metingen: Rangschikking	-79-

Lijst van figuren

Fig. 3.1: Geslacht (N=753)	-36-
Fig. 3.2: Leeftijd (N=753)	-37-
Fig. 3.3: Diploma (N=753)	-38-
Fig. 3.4: Werksituatie (N=751)	-38-
Fig. 3.5: Provincie (N=748)	-39-
Fig. 3.6: Bezoek huisarts (N=746)	-40-
Fig. 3.7: Raadpleging (N=746)	-40-
Fig. 3.8: Ingreep (N=746)	-40-
Fig. 3.9: Nazorg (N=746)	-40-
Fig. 3.10: Opname ziekenhuis (N=746)	-41-
Fig. 3.11: Kennisneming over wat er precies is mis gegaan (N=645)	-47-
Fig. 3.12: Het snel afhandelen van een procedure (N=645)	-47-
Fig. 3.13: Het behouden van een goede patiënt-arts relatie (N=645)	-48-
Fig. 3.14: Het verkrijgen van een schadevergoeding (N=645)	-48-
Fig. 3.15: De zorgverlener gestraft zien worden (N=645)	-48-
Fig. 3.16: Op de hoogte van het systeem? (N=644)	-49-
Fig. 3.17: Manieren waarop men op de hoogte is geraakt van het systeem (N=151)	-50-
Fig. 3.18: Aantal keren slachtoffer (N=638)	-51-
Fig. 3.19: De genomen stappen na een medisch ongeval (N=78)	-51-

HOOFDSTUK 1: Onderzoeksplan

1.1 Probleemstelling

Allereerst wordt het probleem in de maatschappelijke context geplaatst en wordt gekeken naar de economische relevantie ervan. Vervolgens worden de centrale onderzoeksvraag en de daaruit afgeleide deelvragen opgesteld.

1.1.1 Praktijkprobleem: omschrijving en situering

In 2007 werd vastgesteld dat het risico op een medische fout ongeveer 0,005% is. Op basis van dit gegeven kan worden geconcludeerd dat in België de medische veiligheid een hoge kwaliteit biedt. Toch moet er een kanttekening aan dit verhaal gemaakt worden. Het totaal aantal jaarlijkse slachtoffers van een medisch ongeval wordt op 2000 geschat maar van deze 2000 krijgt slechts 25% van de slachtoffers een rechterlijke beslissing. Daarnaast zijn er nog heel wat slachtoffers die er van afzien een procedure aan te vatten omwille van de lange tijdsduur en de hoge kosten. Dit maakt dat de eerder vernoemde 25% kan worden afgezwakt naar 12.5% (wetsontwerp, 2007). Deze cijfers tonen aan dat er een probleem is met het medisch aansprakelijkheidssysteem en dit is niet alleen in België het geval. Volgens de landmark Harvard Medical Practice Study (1990, in Kessler, 2011), krijgt slechts 6.67% van de patiënten die slachtoffer zijn van een medische nalatigheid, een vergoeding. Hier komt nog bij dat bij 5 van de 6 personen die een vergoeding krijgen, niet eens sprake is van een nalatigheid. Deze cijfers werden later door Studdert, Thomas, Burstin, Zvar, Orav en Brennan (2000, in Kessler, 2011) bevestigd (Kessler, 2011).

Het medisch aansprakelijkheidssysteem heeft twee kerndoelstellingen. Enerzijds beoogt het een schadevergoeding te bieden aan patiënten die het slachtoffer zijn van een medische nalatigheid. Anderzijds wil het deze nalatige handelingen van artsen of zorgverleners terugdringen en bestraffen. Dit aansprakelijkheidssysteem schiet helaas tekort voor beide doelstellingen. De eerste doelstelling faalt aangezien uit de cijfers blijkt dat slechts een beperkt aantal van de slachtoffers een schadevergoeding krijgt uitbetaald. De redenen hiervoor zijn erg divers. Allereerst zetten vele slachtoffers niet de stap naar de rechtbank. Sommigen beweren dat het vaak om kleine nalatige handelingen gaat en daar staan advocaten niet op te springen. Deze verkiezen grotere zaken waardoor slachtoffers met beperkte schade onbeholpen achterblijven zonder enige vergoeding. Daarnaast blijken

patiënten met een beperkt opgelopen schade ook minder geneigd te zijn hun arts aan te klagen, omdat ze de vertrouwensrelatie niet willen schaden. Wanneer slachtoffers dan toch de stap zetten naar de rechtbank, worden velen onder hen zonder schadevergoeding naar huis gestuurd (Brostoff, 2003). Dit is te wijten aan het systeem van foutbewijs waarbij de patiënt zelf het bewijs van fout moet leveren. Dit systeem maakt dat de uitkomst voor de patiënt erg onzeker, tijdrovend en kostelijk is (Boone & Lierman, 2011). Vervolgens is er de tweede doelstelling en ook deze slaagt niet in zijn opzet. Voor sommige artsen zorgt het medische aansprakelijkheidssysteem voor geen enkele verandering in gedrag. Veel slachtoffers zetten niet de stap naar de rechtbank waardoor artsen of zorgverleners er amper door worden afgeschrikt. Tevens zijn de premies van artsen en zorgverleners nauwelijks gerelateerd aan het aantal claims die tegen hun werden ingesteld, wat opnieuw geen prikkel geeft om voorzichtiger tewerk te gaan. Toch zijn er ook heel wat artsen waarbij een omgekeerde tendens wordt vastgesteld. Voor deze artsen creëert het aansprakelijkheidssysteem een prikkel die kost-inefficiënte handelingen teweeg brengt, uit angst om aansprakelijk gesteld te worden. Dit fenomeen wordt defensieve geneeskunde genoemd. Artsen zijn dan wel gedekt op financieel vlak maar niet op niet-financieel vlak zoals reputatieverlies, tijd, enz. Dit laatste is voor hen zeker zo belangrijk. (Kessler, 2011)

Sinds een aantal jaren tracht men een alternatief te zoeken voor het medische aansprakelijkheidssysteem. In 2007 stelde men de Wet Medische Schadegevallen voor. Deze wet schafte het gemeen aansprakelijkheidssysteem af en liet alle medische schadegevallen regelen door een Fonds. Deze wet kwam echter nooit ten uitvoering. Uiteindelijk kwam men op 31 maart 2010 met de Wet Medische Ongevallen aandraven. Deze wet staat nog in zijn kinderschoenen wat maakt dat er nog maar weinig praktische informatie over beschikbaar is. Om die reden is het interessant om hier verder onderzoek over te doen. In deze masterproef zal aan de hand van een vragenlijst getoetst worden wat potentiële patiënten belangrijk achten bij een goed functionerend medisch aansprakelijkheidssysteem. Aan de hand van die gegevens kan vervolgens gekeken worden in welke mate de Wet Medische Ongevallen hieraan voldoet.

1.1.2 Economische relevantie

Het probleem rond medische aansprakelijkheid is economisch zeker relevant. Het gaat over ongeveer 4000 slachtoffers per jaar dus er kan gesteld worden dat het de volledige gemeenschap aanbelangt (wetsontwerp, 2007). Bij het medisch aansprakelijkheidsrecht wordt de uiteindelijke rekening betaald door het slachtoffer, de arts of zorgverlener of de

verzekeringsmaatschappij. Bij de Wet Medische Ongevallen zal het Fonds in bepaalde gevallen instaan voor de kosten. Dit Fonds wordt op zijn beurt door de Staat gefinancierd. Het is bijgevolg van belang om na te gaan of de invoering van de Wet door de mensen als positief wordt ervaren aangezien zij het onrechtstreeks zullen financieren.

1.1.3 Centrale onderzoeksvraag

In deze masterproef zal nagegaan worden wat precies allemaal aanleiding heeft gegeven tot de invoering van de Wet Medische Ongevallen. Hierbij wordt specifiek toegespitst op de eerste doelstelling van het medische aansprakelijkheidssysteem namelijk het bieden van een schadevergoeding voor patiënten die slachtoffer zijn van een medische nalatigheid. Aangezien het Fonds al amper vergoedingen heeft uitgekeerd moet er in de eerste plaats worden nagaan of patiënten op de hoogte zijn van de nieuwe regeling en wat hun visie ten aanzien van de regeling is. Indien deze laatste positief is, kan worden verwacht dat heel wat meer patiënten, in vergelijking met vroeger, zullen trachten een schadevergoeding te bekomen. Dit heeft aanleiding gegeven tot de centrale vraag:

'Perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België?'

1.1.4 Deelvragen

De hieronder besproken deelvragen zullen helpen om een antwoord te vinden op de centrale onderzoeksvraag.

Via welke weg konden slachtoffers van een medische nalatigheid in het verleden een vergoeding vorderen?

In het begin werden vergoedingen voor medische ongevallen geregeld door de gemeenrechtelijke regels van het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht. Dit systeem is gebaseerd op art. 1382-1383. Dit betekent dat de patiënt, indien hij een schadevergoeding wil bekomen, moet bewijzen dat er een fout is gebeurd, dat hij schade heeft geleden en dat er een causaal verband is tussen deze twee (wetsvoorstel, 2005). Nadat dit systeem niet praktisch bleek te zijn voor de materie medische ongevallen, kwam het idee om een fonds op te richten dat zou instaan voor de vergoeding van slachtoffers van een medische nalatigheid. Dit idee kreeg vorm in de Wet Medische Schadegevallen van 15 mei 2007. Deze beoogt de afschaffing van de verplichting tot foutbewijs en er zal in de plaats een

vergoeding worden uitgekeerd van zodra er sprake is van schade die in causaal verband staat met een medische handeling (wetsontwerp, 2007). Deze Wet van 15 mei 2007 is nooit in werking getreden.

Wat waren de tekortkomingen van het vroeger geldende systeem?

Bocken et al. (2008) komen tot het besluit dat de gemeenrechtelijke regels voor het burgerlijk aansprakelijkheidssysteem tekort schoten voor zowel patiënt en nabestaande, als voor arts, zorgverlener en verzekeraar. Allereerst is er de patiënt die heel wat obstakels moet overwinnen voor hij eventueel een schadevergoeding krijgt toegewezen. Om te beginnen dient het slachtoffer te achterhalen wie aansprakelijk moet gesteld worden voor de nalatigheid. Eens dit geweten is dient hij over te gaan tot het foutbewijs. Dit is erg ingewikkeld vooral omdat vaak de patiënt de omstandigheden van het ongeval zelf niet kent. Ten slotte zijn er nog de hoge kosten en het grote tijdsbeslag dat een dergelijk proces met zich meebrengt. Ook de arts of zorgverlener ondervindt nadelen van het gemeen aansprakelijkheidsrecht. Een rechtszaak kan hem of haar reputatiebeschadiging, negatieve publiciteit, psychische last en tijdsverlies opleveren. Daarnaast is er ook een tendens van artsen en zorgverleners naar defensieve geneeskunde die op zijn beurt een hoge maatschappelijke kost tot gevolg heeft. De laatste groep die problemen ondervindt van het systeem zijn de verzekeraars. Een aantal onder hen is uit de markt gestapt en de overige hebben hun premies sterk opgetrokken om een reserve in te bouwen (Boone & Lierman, 2011).

Later in 2007 kwam men met de Wet Medische Schadegevallen op de proppen. Deze Wet leunt sterk aan bij de nu geldende Wet Medische Ongevallen. Het grootste verschil tussen de twee is dat bij de Wet Medische Schadegevallen voor een una via-aanpak werd gekozen en bij de Wet Medische Ongevallen voor een twee-sporensysteem. De una via-aanpak houdt in dat het slachtoffer zich altijd moet wenden tot het fonds en dus de mogelijkheid verliest om via het gemeen recht naar de rechtbank te stappen om een schadevergoeding te eisen (wetsontwerp, 2010). Bij het twee-sporensysteem daarentegen heeft het slachtoffer de keuze. Deze una via-aanpak bleek ook het grootste knelpunt van de Wet Medische Schadegevallen te zijn. Uiteindelijk is de wet omwille van de vele kritiek en het uitstel tot uitvoering nooit in werking getreden (wetsontwerp, 2010).

Hoe is de medische aansprakelijkheid nu geregeld?

Op 31 maart 2010 werd uiteindelijk de Wet Medische Ongevallen gelanceerd. Deze wet is gebaseerd op het Franse systeem en houdt enkele cruciale veranderingen in ten opzichte

van de Wet Medische Schadegevallen. Allereerst is er de invoer van het tweesporensysteem waarbij het bestaande stelsel van medische aansprakelijkheid gecombineerd wordt met het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO). Het slachtoffer kan met andere woorden kiezen via welke weg hij een procedure wil starten. Daarnaast biedt het FMO slachtoffers een snellere, eenvoudigere en kosteloze procedure aan. Bovendien gelden er geen maxima of franchises en zal het slachtoffer op een volledige vergoeding aanspraak kunnen maken. Na afloop kunnen beide partijen nog altijd beslissen om het geschil via de rechtbank te regelen. De voorwaarde bij dit systeem is wel dat het slachtoffer slechts éénmalig vergoed mag worden (wetsontwerp, 2010).

Opdat het systeem financieel haalbaar zou blijven, worden er een aantal voorwaarden opgelegd wat betreft de ernst van de schade wanneer het gaat om een medisch incident zonder aansprakelijkheid. Het slachtoffer kan een vergoeding vorderen wanneer de opgelopen schade een blijvende invaliditeit van minimum 25% betreft of bij een tijdelijke arbeidsongeschiktheid van 6 maanden over een periode van 12 maanden. Daarnaast stelt men in het wetsontwerp betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg dat het slachtoffer ook op een vergoeding kan rekenen wanneer de schade "bijzonder ernstige stoornissen van het leven van de patiënt veroorzaakt" (2010, p. 7).

Uit de beschikbare literatuur wordt opgemaakt dat het nieuwe systeem heel wat problemen van de baan veegt. Toch valt te verwachten dat het kostenplaatje van het FMO niet klein zal zijn en heel wat patiënten die vroeger niet geneigd waren de stap te zetten voor een schadeloosstelling, zullen dit nu wel doen.

Wat is de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België?

Uit de literatuur valt af te leiden dat patiënten niet tevreden waren met het conventionele medische aansprakelijkheidssysteem. Te weinig mensen worden vergoed en zorgverleners worden niet aangezet om voorzichtiger te werk te gaan. Uit de literatuur kan niet worden afgeleid hoe patiënten het systeem zouden veranderen of welke elementen voor hun belangrijk zijn voor een goed werkend medisch aansprakelijkheidssysteem. Aan de hand van enquêtes zal hier een duidelijk antwoord op gezocht worden.

1.2 Onderzoeksopzet

1.2.1 Keuze onderzoeksstrategieën

Om een antwoord te kunnen formuleren op de centrale onderzoeksvraag moet er een duidelijke onderzoeksstrategie voor handen zijn.

In de eerste fase van deze masterproef zal een verkennende studie worden uitgevoerd. Door een gebrek aan ervaring met het medische aansprakelijkheidsrecht zal eerst achtergrondinformatie moeten verzameld worden uit secundaire bronnen. Het gaat in dit geval dan voornamelijk over boeken, wetteksten en wetenschappelijke artikels. Primaire bronnen zijn in deze eerste fase nog niet van belang en zouden ook te veel tijd in beslag nemen. Het is niet te bedoeling om zaken te onderzoeken die reeds onderzocht zijn. De verzamelde gegevens zullen samen gegoten worden tot een overzichtelijke literatuurstudie.

Daarna volgt het praktijkgedeelte. Aangezien de Wet Medische Ongevallen nog niet zo lang inwerking heeft, zijn er nog maar weinig praktijkgegevens over bekend en is er in dit geval nood aan primaire data. Deze zullen in deze studie verworven worden via een enquête. Deze kan de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, het best in kaart brengen.

Aan het einde van de masterproef zullen secundaire en primaire gegevens met elkaar vergeleken worden en zal er een duidelijke conclusie worden geformuleerd.

1.2.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoeksopzet is een beschrijving over hoe de vereiste data verzameld en geanalyseerd moeten worden om tot een oplossing te komen (Sekaran & Bougie, 2009).

Alvorens een enquête te starten zal er eerst een literatuurstudie moeten worden uitgevoerd. Deze zal hoofdzakelijk als achtergrondinformatie dienen en zal daarom beperkt blijven tot de meest relevante elementen rond medische aansprakelijkheid. Het zal vooral draaien om de drie verschillende regelingen omtrent medische aansprakelijkheids die Vlaanderen gekend heeft of nu nog steeds kent. Informatie hieromtrent kan gevonden worden via de zoekmachines EBSCO en UNICAT of via wetsontwerpen en wetsvoorstellen die op de website van de Senaat of Kamer van Volksvertegenwoordigers terug te vinden zijn. Toch zal de

literatuur naast achtergrondinformatie ook reeds een antwoord proberen te verschaffen op een aantal deelvragen.

Na het analyseren van de literatuur is het tijd om deze theorie kritisch te gaan toetsen in de praktijk. De focus zal in deze masterproef op de patiënt liggen en meer specifiek op de vraag of de Wet Medische Ongevallen een betere oplossing biedt voor hen. Met een betere oplossing wordt bedoeld: het verkrijgen van een schadevergoeding bij medische schade, geen lange wachttijden, geen ingewikkelde procedures en geen extra kosten. Er zijn vier manieren om dit te achterhalen: observeren, interviewen, experimenteren en enquêteren. Observaties en experimenten kunnen voor dit onderzoek niet gebruikt worden en interviews nemen te veel tijd in beslag (Sekaran & Bougie, 2009). Om die reden zal een enquête de meest efficiënte methode zijn. Het gaat hier om een nieuwe wet, met als gevolg dat er nog geen verder onderzoek is gebeurd na de invoering ervan. In het verleden heeft het Vlaams Patiëntenplatform wel al onderzoek gedaan naar De klachtenbemiddeling van patiënten in ziekenhuizen (Leys, 2001) en zijn er een aantal enquêtes terug te vinden over patiënttevredenheid, maar daar valt weinig mee te doen voor deze studie. De enquête zal verspreid worden via het internet om een zo groot mogelijk publiek te treffen. Nadelig aan deze methode is dat het percentage beantwoorde enquêtes meestal laag is. Om die reden is het noodzakelijk om zoveel mogelijk patiënten te benaderen. In de enquête dient er eerst een duidelijk profiel van de patiënt te worden geschetst aan de hand van algemene vragen. Vervolgens zal op basis van tegengestelde stellingen gekeken worden, aan welke stellingen omtrent medische aansprakelijkheid, patiënten de voorkeur geven. Eens dit geweten is kan er nog worden nagegaan of de patiënt ooit slachtoffer was van een medische nalatigheid en wat zijn ervaringen hierbij waren. Nadat de vragenlijst is opgesteld, kunnen de patiënten gecontacteerd worden. Dit zal niet gemakkelijk zijn. Art.7.§1. en §2 van de Wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens stelt dat de verwerking van persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, verboden is tenzij de betrokkene schriftelijk toestemming heeft gegeven (privacywet, 1992). Dit maakt dat ziekenhuizen niet zomaar de gegevens van de patiënten kunnen vrijgeven. Daarom zal het efficiënter zijn om eerst contact op te nemen met het Vlaams Patiëntenplatform en de mutualiteiten of met de ziekenhuizen om te informeren naar focusgroepen van patiënten. Via deze verenigingen zullen de enquêtes bij de patiënten moeten geraken. Aangezien het in de eerste plaats om de perceptie van patiënten gaat, kunnen ook mensen zonder ervaring met een medisch ongeval, deelnemen aan de studie. Wanneer er genoeg ingevulde vragenlijsten zijn teruggestuurd start de analyse ervan met behulp van SPSS waarbij ook telkens de link met de literatuurstudie gelegd zal worden. Aan

het einde worden de resultaten besproken en wordt er een antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag van deze masterproef.

1.3 Samenvattende tabel met betrekking tot de timing

Periode	Activiteiten
28/okt	Inlevering van het onderzoeksplan.
Eind februari 2014	Tijdens een masterproefseminarie wordt de stand van zaken gepresenteerd. Er wordt feedback gegeven over de vorderingen en het kwalitatief niveau.
20/apr/14	Indienen conceptversie bij promotor en co-promotor.
20/mei/14	Bespreking met promotor over verdedigbaarheid en inschrijven voor de verdediging.
3/jun/14	Een digitale versie wordt opgeladen en er gebeurt een elektronische plagiaatcontrole. Daarnaast is er een evaluatie van de begeleiding door de student en wordt het gedrukte exemplaar zo snel mogelijk binnengebracht op het onderwijssecretariaat
juli	Mondelinge verdediging

HOOFDSTUK 2: Literatuurstudie

2.1 Inleiding

Het conventionele aansprakelijkheidssysteem werd opgericht met twee kerndoelstellingen: Het bieden van een schadevergoeding aan slachtoffers van een nalatigheid en het terugdringen en bestraffen van deze nalatige handelingen. (Michael & Werner, 1995). Dit aansprakelijkheidssysteem schiet op medisch vlak tekort voor beide doelstellingen. Slechts 25% van de slachtoffers die een medische nalatigheid aanvecht, bekommt een schadevergoeding (wetsontwerp, 2007). Er zijn verschillende verklaringen voor dit lage percentage. Om te beginnen weigeren veel patiënten om naar de rechtbank te stappen omdat ze de vertrouwensrelatie met hun arts niet willen schaden. Daarnaast hebben veel slachtoffers niet de mogelijkheid om een rechtszaak op te starten omdat er te weinig advocaten zijn die open staan om kleine nalatigheden aan te vechten. Zij verkiezen eerder grotere zaken met als gevolg dat veel slachtoffers onbeholpen achterblijven. Wanneer slachtoffers de zaak dan toch aanhangig maken, blijven velen zonder vergoeding achter omwille van het complexe systeem van foutbewijs (Brostoff, 2003). Ook de tweede doelstelling slaagt niet in zijn opzet. Bij sommige artsen geeft het medische aansprakelijkheidssysteem geen enkele incentive om voorzichtiger tewerk te gaan omdat de kans dat slachtoffers naar de rechtbank stappen vrij laag ligt en omdat de premies van de artsen nauwelijks gerelateerd zijn aan het aantal claims dat tegen hun wordt ingesteld. Toch zijn er ook heel wat artsen waarbij een omgekeerde tendens wordt vastgesteld. Voor deze artsen creëert het aansprakelijkheidssysteem een prikkel die kost-inefficiënte handelingen teweeg brengt, uit angst om aansprakelijk gesteld te worden. Dit fenomeen wordt defensieve geneeskunde genoemd (Kessler, 2011)

Omwille van deze tekortkomingen heeft het topic 'medische aansprakelijkheid' in de loop der jaren heel wat aanpassingen gekend. Waar vroeger de nadruk lag op de onschendbaarheid van de arts, ligt nu de nadruk op het beschermen van de patiënt tegen fouten gemaakt door de arts. Zweden nam in 1975 de beslissing om een foutloze aansprakelijkheid in te voeren. Later volgden ook Finland, Denemarken en Frankrijk (Vansweevelt IN Callens et al., 2008). In België kwam het systeem van foutloze aansprakelijkheid pas later op. Het was pas in 2007 dat men een eerste doorbraak kende met de Wet Medische Schadegevallen. Deze wet voerde een vergoedingssysteem op foutloze basis in en beëindigde de mogelijkheid om via het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht een schadevergoeding te bekomen (wetsontwerp,

2007). Toch werd deze Wet nooit ingevoerd, enerzijds omdat de mogelijkheid verviel om via de rechtbank een schadevergoeding te verkrijgen en anderzijds omdat de vergoeding beperkt werd door de invoer van maxima en franchises (wetsontwerp, 2010). Uiteindelijk werd in 2010 de Wet Medische Ongevallen van kracht. Hierbij kan de patiënt ofwel via de rechtbank ofwel via het Fonds Medische Ongevallen een vergoeding verkrijgen. Het gewone aansprakelijkheidssysteem blijft met andere woorden behouden maar wordt aangevuld door het Fonds Medische Ongevallen. Dit Fonds vergoedt slachtoffers van een medisch ongeval, mits voldaan wordt aan bepaalde voorwaarden, zonder dat deze hierbij een foutbewijs moeten leveren. Wel dient te worden benadrukt dat eens patiënten een vergoeding hebben bemachtigd, ze er niet nog een kunnen verkrijgen via de andere weg (Boone et al., 2011).

In deze literatuurstudie worden chronologisch de drie belangrijkste systemen grondig besproken en vergeleken. De literatuurstudie dient een antwoord te bieden op de eerste drie deelvragen van het onderzoeksplan: Hoe konden slachtoffers vroeger een vergoeding vorderen? Wat waren de problemen? Hoe hebben ze die problemen proberen op te lossen?

2.2 Het conventionele aansprakelijkheidssysteem

2.2.1 Inleiding

Het aansprakelijkheidsrecht is opgericht met twee kerndoelstellingen: het bieden van een vergoeding aan slachtoffers en het voorkomen van schadegevallen. De vergoedende functie kwam vooral op tijdens de industrialisatie omwille van de alsmaar toenemende risico's. Het in veiligheid brengen en beschermen van de mensen tegen het handelen van anderen stond centraal. Ook de rechtspraak, de rechtsleer, de wetgever en het ontstaan van de aansprakelijkheidsverzekeringen benadrukten de vergoedende functie van het systeem. Daarnaast is er ook de preventie van schadegevallen. Hier dient het aansprakelijkheidsrecht als een afschrikmiddel voor schadeveroorzakend gedrag (Vansweevelt, 1997).

Binnen het aansprakelijkheidsrecht kan een persoon die een fout begaat via drie wegen aansprakelijk worden gesteld: strafrechtelijk, tuchtrechtelijk en civielrechtelijk (Tilleman, 2003).

2.2.2 Strafrechtelijke aansprakelijkheid

Eén van de doelen van het strafrecht is het behoud van de lichamelijke integriteit van een individu en laat het nu net de geneesheer zijn die vaak voor dit behoud instaat (Heyvaert, Kruithof & Vansweevelt, 1989). In principe moet de geneesheer toestemming vragen aan de patiënt alvorens handelingen te stellen die de fysieke integriteit en het recht op zelfbeschikking aanraken. Deze is nodig opdat de handeling geoorloofd zou zijn. Langs de andere kant kan de patiënt zijn toestemming vaak niet geven, bijvoorbeeld omdat hij buiten bewustzijn is. In dit laatste geval is de geneesheer toch verplicht om hulp te verlenen. Indien hij dit niet doet, kan hij strafrechtelijk gesanctioneerd worden. Dit maakt dat artsen erg kwetsbaar zijn om strafrechtelijk aansprakelijk te worden gesteld. Daarom is het belangrijk dat er een duidelijk wettelijk kader wordt gecreëerd waarin zorgverleners gerechtvaardigd kunnen handelen zonder te moeten vrezen voor een strafrechtelijke sanctie. Ze genieten met andere woorden van een beperkte vorm van strafrechtelijke immuniteit (Voinea, 2010).

De strafrechtelijke reglementering van het medisch beroep bestaat uit gewone strafwetten en bijzondere strafwetten. Deze regelen de uitoefening van de geneeskunde en opzettelijke slagen, de uitoefening van de geneeskunde en onopzettelijke slagen, bijzondere misdrijven

eigen aan de geneesheer en de hoedanigheid van de geneesheer als verzwarende omstandigheid (Heyvaert, Kruithof & Vansweevelt, 1989).

Wanneer de zorgverlener deze strafwetten overtreedt moet er aan vier voorwaarden zijn voldaan vooraleer er sprake is van een misdrijf: de feiten moeten beantwoorden aan de wettelijke delictsomschrijving, de arts mag niet gehandeld hebben zoals een normaal vooruitziend en voorzichtig persoon, in dezelfde omstandigheden zou handelen, er kan geen beroep gedaan worden op rechtvaardigheidsgronden zoals een overheidsbevel, noodtoestand of wettelijk voorstel en er moet een causaal verband zijn tussen schuld en schade (Voinea, 2010).

2.2.3 Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid

In het K.B. nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de orde der geneesheren kan de regeling omtrent het medisch tuchtrecht worden teruggevonden (Dewallens et al., 1999). Het tuchtrecht onderscheidt zich van het strafrecht doordat het enkel het belang van de beroepsgroep dient (Voinea, 2010). Art. 6, 2° K.B. nr. 79 stelt dat de provinciale raden belast zijn met het nemen van tuchtmaatregelen wanneer artsen fouten begaan bij de uitoefening van hun beroep of naar aanleiding ervan en bij zware fouten gepleegd buiten de beroepsbedrijvigheid wanneer die fouten de eer of de waardigheid van het beroep kunnen aantasten (Dewallens et al., 1999). Het gaat in de meeste gevallen om een blaam of in geval van een zware overtreding om een tijdelijk of definitief beroepsverbod. Ondanks dat de procedure gratis is, maken patiënten hier maar zelden gebruik van. De reden hiervoor is dat de slachtoffers niet betrokken worden bij de procedure en er geen schadevergoeding wordt uitbetaald (Voinea, 2010).

2.2.4 Civielrechtelijke aansprakelijkheid

In de negentiende en het begin van de twintigste eeuw werd de civielrechtelijke aansprakelijkheid van artsen gebaseerd op de artikels 1382-1383 B.W. Dit betekent dat arts en patiënt werden geacht geen contractuele verhouding te hebben. Toch genoot de arts van een beperkte mate van immuniteit op aansprakelijkheidsvlak. Art. 1382 was enkel van toepassing indien het ging om fouten die de arts maakte als mens. Een medische fout leidde enkel tot aansprakelijkheid wanneer het om een zware fout ging. Hier kwam in de loop der jaren kritiek op. Er werd steeds meer geopteerd voor een arts-patiënt-relatie op een contractuele basis. De laatste decennia stellen de meeste rechters dat de grond van de

arts-patiënt-relatie contractueel is maar er zijn er toch nog enkelen die opteren voor een buitencontractuele aansprakelijkheid (Vansweevelt, 1997). Er zal bijgevolg in eerste instantie moeten worden onderzocht of er een contract gesloten is. Indien dit het geval is gaat men in een volgende stap kijken met wie. Wanneer het de zorgverlener betreft, moet ook het statuut in rekening genomen worden. Al deze verhoudingen gaan meebepalen wie aansprakelijk moet worden gesteld. Voor alle vormen blijft het bewijs van fout, schade en oorzakelijk verband tussen beide partijen gelden.

2.2.4.1 Contractuele aansprakelijkheid

Er is sprake van contractuele aansprakelijkheid wanneer aan drie voorwaarden is voldaan. Allereerst moet er een overeenkomst bestaan tussen de patiënt en de zorgverlener en/of het ziekenhuis. In het eerste geval spreken we van een medische behandelingsovereenkomst en in het tweede geval van een ziekenhuiscontract (Vandenberghe et al., 2004). Vervolgens is de arts pas contractueel aansprakelijk indien hij zijn contractuele verbintenis niet of niet behoorlijk heeft uitgevoerd. Er zal moeten worden nagegaan of het gaat om een resultaats- dan wel van een inspanningsverbintenis. Tot slot moet de niet-naleving van zijn contractuele verbintenis voortvloeien uit zijn foutieve gedraging, met schade voor de patiënt tot gevolg (Vansweevelt, 1997).

Medische behandelingsovereenkomst

De medische behandelingsovereenkomst brengt in bijna alle gevallen voor de zorgverlener een inspanningsverbintenis met zich mee. De geneesheer belooft niet de genezing van de patiënt maar wel het aanwerven van alle middelen die de huidige medische wetenschap ter beschikking stelt om de patiënt te genezen of diens gezondheidstoestand te verbeteren (Vansweevelt, 1997). Het resultaat is afhankelijk van de toestand en de reacties van de patiënt en van andere onbekende aspecten in het ziekte- of genezingsproces waardoor de arts onmogelijk een genezing kan beloven. Toch stelt men vandaag dat niet alle medische handelingen gekenmerkt zijn door onzekerheid wat betreft de afloop. Zo verandert een inspanningsverbintenis in een resultaatsverbintenis wanneer er geen enkel wetenschappelijk probleem is om het resultaat te bereiken (Vandenberghe et al., 2004). Het is niet onbelangrijk dat de partijen op de hoogte zijn van het onderscheid tussen deze verbintenissen aangezien het voor de patiënt een stuk moeilijker is om de niet-nakoming van een inspanningsverbintenis te bewijzen dan die van een resultaatsverbintenis: bij een inspanningsverbintenis moet de patiënt aantonen dat de arts niet als een zorgvuldig arts heeft gehandeld terwijl deze bij een resultaatsverbintenis enkel moet aantonen dat het beloofde resultaat niet behaald werd.

De zorgverlener kan naast zijn eigen handelen ook aansprakelijk worden gesteld voor de fouten gemaakt door het personeel dat hij inschakelt voor het uitvoeren van zijn verbintenissen. Dit is specifiek het geval voor statutair personeel dat hem wordt uitgeleend. Wanneer de statutair een aangestelde is, zal de arts moeten instaan voor de fouten die deze aangestelde maakt en wanneer de statutair een orgaan van de overheid is kan de patiënt kiezen of hij het ziekenhuis of de arts aansprakelijk stelt (Vansweevelt, 1997).

Ziekenhuiscontract

Er zijn twee soorten overeenkomsten met een ziekenhuis. De eerste is de arts-out overeenkomst. Het ziekenhuis beperkt zich dan tot het verstrekken van begeleidende medische verzorging en het bieden van logement, voeding, personeel en medische infrastructuur. Er wordt dan met de arts een aparte geneeskundige behandelingsovereenkomst gesloten. De tweede soort overeenkomst betreft het all-in contract tussen de patiënt en het ziekenhuis. Hierbij vallen ook de medische prestaties van de arts onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Derden, die het ziekenhuis bijstaan in de uitvoering van de contractuele verplichtingen, kunnen niet aansprakelijk worden gesteld bij een fout. Het ziekenhuis blijft contractueel aansprakelijk. Het statuut van die derden verandert hier niets aan. Indien men een arts toch aansprakelijk wil stellen kan dit enkel via de buitencontractuele aansprakelijkheid onder de voorwaarden dat de ten laste gelegde fout ofwel een tekortkoming uitmaakt van de algemene zorgvuldigheidsplicht ofwel een andere is dan in het contract en schade heeft veroorzaakt (Vandenberghen et al., 2004).

2.2.4.2 Buitencontractuele aansprakelijkheid

Eenvoudig gesteld omvat de buitencontractuele aansprakelijkheid alles wat niet onder de contractuele aansprakelijkheid valt. Er is geen contractuele overeenkomst wanneer de wilsovereenkomst tussen de partijen ontbreekt of ongeldig is, de patiënt geen contractspartij is of de schade niet voortvloeit uit de niet-nakoming van de behandelingsovereenkomst. Deze buitencontractuele aansprakelijkheid wordt beheerst door de aansprakelijkheidsregelen van artikel 1382 e.v. B.W. (Vansweevelt, 1997). De zorgverlener zal pas in fout zijn wanneer hij niet heeft gehandeld zoals een normaal en zorgvuldig zorgverlener van dezelfde categorie in dezelfde omstandigheden zou hebben gehandeld (Voinea, 2010).

Naast de zorgverlener kan ook bij buitencontractuele aansprakelijkheid het ziekenhuis aansprakelijk worden gesteld. Een privé-ziekenhuis kan aansprakelijk worden gesteld wanneer de zorgverlener die de fout maakte, een aangestelde is. Wanneer er dan een band van ondergeschiktheid is, kan de aanstellersaansprakelijkheid worden ingeroepen. Ook voor

de fout van de werknemer-zorgverlener kan het ziekenhuis aansprakelijk worden gesteld maar dan moet er gekeken worden naar de strengere regels van art. 18 Arbeidsovereenkomstenwet. In een openbaar ziekenhuis gelden andere regels. Hier wordt gekeken naar het statuut van de zorgverlener: orgaan of aangestelde van de staat. De orgaantheorie stelt dat wanneer een zorgverlener, die een orgaan is van de staat en binnen zijn bevoegdheid handelt, een onrechtmatige daad stelt, dit de rechtstreekse aansprakelijkheid van de staat met zich meebrengt. Beide partijen kunnen bijgevolg door het slachtoffer worden aangesproken voor een schadevergoeding. Wanneer het om een aangestelde gaat, gelden dezelfde regels als in een privé-ziekenhuis (Voinea, 2010).

2.2.4.3 Systeem van foutbewijs

Wanneer er een fout gemaakt wordt tijdens het medisch handelen, kan de patiënt een aansprakelijkheidsvordering indienen. Het is hierbij aan de patiënt om de volledige bewijslast te leveren. Deze bestaat uit drie onderdelen: het bewijzen van de fout, de schade en het causaal verband tussen beiden (Bocken et al., 2008). Voor het foutbewijs moet de patiënt aantonen dat het ziekenhuis of de hulpverlener niet heeft gehandeld zoals een zorgvuldig ziekenhuis of hulpverlener zou handelen in een gelijkaardige situatie (Callens et al., 2008). Vervolgens is de aanwezigheid van schade bij de patiënt of zijn nabestaanden een belangrijke voorwaarde om tot de aansprakelijkheid van de geneesheer te komen. Schade omvat het resultaat van de vergelijking tussen twee toestanden: de toestand na de onrechtmatige daad en de mogelijke toestand indien het schade verwekkende feit niet had plaatsgevonden. Het gaat hierbij zowel om de materiële als de morele schade. Tot slot moet er een oorzakelijk verband zijn tussen de fout en de schade. Met behulp van de equivalentietheorie zal men dit trachten te achterhalen. Volgens deze theorie moet elke fout zonder dewelke de schade zich niet zou hebben voorgedaan, als oorzaak van de schade worden beschouwd. De schade mag bijgevolg ook een onrechtstreeks gevolg zijn van de fout (Vansweevelt, 1997).

2.2.5 Problemen

Beide doelstellingen van het aansprakelijkheidsrecht schieten te kort wanneer het gaat over medische ongevallen. Voor de belanghebbenden brengt het een aantal problemen met zich mee. De belanghebbenden betreffen de patiënt of zijn nabestaanden, de zorgverlener en de verzekeraar.

2.2.5.1 De patiënt of zijn nabestaanden

De patiënt dient een lange weg af te leggen voor hij mogelijks kan worden vergoed. Allereerst wordt de patiënt geconfronteerd met de ingewikkelde structuur van het aansprakelijkheidsrecht en de gezondheidszorg. Wanneer hij in ziekenhuisverband schade lijdt, zal hij eerst moeten achterhalen wie hij hiervoor aansprakelijk kan stellen. Daarnaast moet hij weten in welke rechtsverhouding hij tot het ziekenhuis en de arts staat en welke verbintenissen ze zijn aangegaan. Ook moet de patiënt trachten te achterhalen of zijn schadevergoedingsvordering op contractuele of buitencontractuele basis moet worden gefundeerd en tenslotte is het dikwijls onduidelijk welke aansprakelijkheidsregel moet worden verkozen aangezien deze afhangt van het statuut van de arts. Deze tekortkomingen heeft de Belgische wetgever proberen tegemoet te komen door een artikel 17novies in de Ziekenhuiswet in te voeren dewelke stelt dat het ziekenhuis aansprakelijk is voor tekortkomingen aan de Wet Patiëntenrechten, begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars. Spijtig genoeg is het in de praktijk maar weinig efficiënt doordat ziekenhuizen heel eenvoudig aan de verplichting kunnen ontsnappen. Dit doen ze door de patiënt op voorhand in te lichten dat ze geen aansprakelijkheid opnemen voor beroepsbeoefenaars (Boone et al., 2011).

Naast de ingewikkelde structuur van het aansprakelijkheidsrecht, kan ook de aard van de aangegane verbintenis voor moeilijkheden zorgen. In bijna alle gevallen gaat de arts een inspanningsverbintenis aan (Bocken et al., 2008). Dit houdt de verplichting in om een bepaalde inspanning te leveren met de bedoeling een bepaald resultaat te bereiken. Of dit resultaat effectief zal worden bereikt is niet vereist (Callens et al., 2008). Dit maakt het moeilijk voor de patiënt om aan te tonen dat de arts of het ziekenhuis niet als een zorgvuldig arts of ziekenhuis heeft gehandeld. De uitkomst van een medisch aansprakelijkheidsproces is bijgevolg onzeker en onvoorspelbaar. Uit de praktijk blijkt dat slechts een minderheid van de patiënten uiteindelijk schadeloos wordt gesteld (wetsvoorstel, 2007).

Tot slot brengt een proces tegen een arts of ziekenhuis heel wat kosten met zich mee en is het zeer tijdrovend. Het neemt enkele jaren in beslag vooraleer een definitieve uitspraak bekend is. Wanneer deze uitslag vervolgens negatief is voor de patiënt, staat er hem een gepeperde rekening te wachten van onder anderen procedure- en expertisekosten, honoraria van raadsgeneesheren en advocaten, enz. (Boone et al., 2011).

2.2.5.2 De arts of zorgverlener

De arts of zorgverlener ondervindt net zoals de patiënt de nadelen van het aansprakelijkheidsrecht. Wanneer een arts voor de rechter moet verschijnen, levert dit hem of haar onder anderen reputatiebeschadiging, negatieve publiciteit, psychische last en tijdsverlies op. Daarnaast is er ook de tendens naar defensieve geneeskunde. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen negatieve en positieve defensieve geneeskunde. Negatieve defensieve geneeskunde is de weigering van de arts om een bepaalde behandeling uit te voeren omwille van het grote risico en de daaruit voortvloeiende kans op aansprakelijkheid. Positieve defensieve geneeskunde is het uitvoeren of voorschrijven van overbodige onderzoeken of behandelingen, om zichzelf in te dekken (Boone et al., 2011).

2.2.5.3 De verzekeraar

De laatste groep die problemen ondervindt van het medische aansprakelijkheidsrecht zijn de verzekeraars. Een groot aantal onder hen heeft ervoor geopteerd, geen aansprakelijkheidsverzekeringen meer te voorzien voor de zwaarste risicocategorieën terwijl de anderen de verzekeringspremies van de blijvende verzekeraars sterk optrekken zodat er een reserve kan worden ingebouwd (Boone et al., 2011). Deze premies worden bepaald door de return on investment, de herverzekering, de hoeveelheid claims, het gemiddelde bedrag dat dient te worden betaald bij een medische fout, kosten die bij een rechtszaak komen kijken en de administratieve kosten. Al deze factoren hebben bijgedragen tot de stijging van de premies (Carroll, Parikh, & Buddenbaum, 2012).

2.3 Overgang naar een foutloze aansprakelijkheid

Omwille van de verscheidene redenen van kritiek, gingen in de jaren zeventig verschillende landen op zoek naar een alternatief vergoedingssysteem.

Nieuw-Zeeland en Zweden waren de eerste die in 1974 en 1975 een systeem van vrijwillige foutloze aansprakelijkheid invoerde. Hierbij bleef de mogelijkheid voor patiënten om te kiezen voor het gemeenrechtelijk burgerlijk aansprakelijkheidssysteem behouden. In 1986, 1992, 2000 en 2002 volgden ook Finland, Denemarken, IJsland en Noorwegen met een gelijkaardig foutloos aansprakelijkheidssysteem (Faure, 2009). Ook Frankrijk kent een systeem van foutloze aansprakelijkheid. Daar moet het slachtoffer in eerste instantie de medische fout bewijzen om aanspraak te kunnen maken op een schadevergoeding. Toch wordt er een uitzondering gemaakt voor de slachtoffers van zware medische fouten of ongevallen dankzij de invoer van de Wet van 4 maart 2002. Met behulp van deze wet kunnen zij een beroep doen op de "Commissions Régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales" (CRCI). Indien deze beslist dat de schade het gevolg is van een medische fout, dan zal de verzekeringsmaatschappij van de zorgverlener het slachtoffer moeten vergoeden. Indien deze beslist dat de schade voortvloeit uit een therapeutisch risico, kan het "Office national d'indemnisation" (ONIAM) tussenkomen om het slachtoffer een vergoeding te verschaffen.

In andere landen loopt het onderzoek nog naar de wenselijkheid van een foutloos aansprakelijkheidssysteem maar de tendens om er op over te schakelen is er. Ook in België werden verschillende voorstellen gedaan tot hervorming. Toch haalden deze niet het stadium van wet omwille van twijfel over de financiële haalbaarheid (Vansweevelt IN Callens et al., 2008).

2.3.1 De patiëntenverzekering met een beperkte vergoeding en de afschaffing van het gemeen aansprakelijkheidsrecht

In 1996 kwam een universitaire werkgroep met het voorstel om een patiëntenverzekering te introduceren voor medische ongevallen die zonder foutbewijs een vergoeding zou uitkeren bij een therapeutisch ongeval (Fagnart IN Vansweevelt IN Boone et al., 2011). Om het systeem betaalbaar te houden werd voor een beperkte vergoeding gekozen. Enkel wanneer de arbeidsongeschiktheid minimum 30 dagen bedroeg en er een permanente arbeidsongeschiktheid was van meer dan 15%, zou de benadeelde vergoed worden. Deze

vergoeding zou wat betreft de berekening van de economische schade worden beperkt door voor de beroepsinkomsten een maximum brutobedrag van 900.00 BEF in te lassen. De morele schade daarentegen zou enkel vergoed worden indien er sprake is van een blijvende invaliditeit van meer dan 15% of bij overlijden. Het gemeen aansprakelijkheidsrecht dat voorheen gold werd door de werkgroep afgeschaft om het systeem financieel haalbaar te houden (Boone et al., 2011).

2.3.2 De co-existentie van de patiëntenverzekering en het gemeen aansprakelijkheidsrecht

Andere leden van de interuniversitaire werkgroep vonden het oneerlijk dat zorgverleners of artsen die een fout begingen niet meer noodzakelijkerwijs aansprakelijk werden gesteld en dat de patiënten die een fout konden bewijzen, geen volledige schadevergoeding konden bemachtigen (Fredericq & Colle IN Vansweevelt IN Boone et al., 2011). Deze leden verdedigden een systeem waarbij de slachtoffers de keuze hebben tussen de patiëntenverzekering en het gemeen aansprakelijkheidsrecht. Achteraf in 2000 kwam de werkgroep tot het besluit dat de keuze tussen het naast elkaar bestaan van beide systemen en de afschaffing van het gemeen recht aan de politiek toebehoort (Vansweevelt & Fagnart IN Boone et al., 2011).

2.3.3 Een begeleide keuze tussen de patiëntenverzekering en het gemeen aansprakelijkheidsrecht

Tussen 1999 en 2003 werd in een voorontwerp het naast elkaar bestaan van de patiëntenverzekering en het gemeen aansprakelijkheidsrecht goedgekeurd. Het verschil met de interuniversitaire werkgroep bij dit voorstel was dat de patiënt bij het Fonds voor Medische Ongevallen zou worden bijgestaan in zijn keuze. Op die manier weet de patiënt op voorhand ongeveer wat zijn kansen zijn op een vergoeding (Boone et al., 2011).

2.3.4 Het exclusieve tweesporensysteem: of de patiëntenverzekering of het gemeen aansprakelijkheidsrecht

In het wetsvoorstel van Baquelaine en Avontroodt pleitte men voor een exclusief tweesporensysteem. Bij dit systeem moest de patiënt kiezen tussen de patiëntenverzekering en het gemeen aansprakelijkheidsrecht. Eens hij of zij een keuze had gemaakt, was er geen

weg meer terug. Nadelig aan dit systeem was dat een verkeerde keuze van de patiënt onomkeerbaar was.

2.3.5 Het tweetrapssysteem: een ongevallenverzekering en een aansprakelijkheidsverzekering

Tijdens het congres 'Fault, no fault, or...?', georganiseerd door de FOD Volksgezondheid, werd het tweetrapssysteem geïntroduceerd. Dit systeem omvat een verzekeringspolis die bestaat uit twee onderdelen: een ongevallendekking en een aansprakelijkheidsdekking (Rogge IN Boone et al., 2011). De ongevallendekking verzekert het therapeutisch risico en alle lichamelijke schade vanaf een vaste ongeschiktheidsgraad tot een bepaald bedrag. Bijkomend is er nog de aansprakelijkheidsdekking waarop de patiënt aanspraak kan maken indien de arts of het ziekenhuis aansprakelijk wordt gesteld op grond van de foutaansprakelijkheid. Ook hier geldt weer een maximumbedrag. Het voordeel van dit systeem is dat het slachtoffer onmiddellijk aanspraak kan maken op een ongevallenvergoeding. Wanneer hij of zij dan vervolgens de fout kan bewijzen, levert dit hem of haar een volledige schadevergoeding op. Ook voor de arts is het voordelig aangezien deze in eerste instantie buiten elke conflictsituatie blijft (Boone et al., 2011).

2.3.6 De Wet Medische Schadegevallen van 15 mei 2007

2.3.6.1 Aanleiding

De vele problemen met het gemeen aansprakelijkheidsrecht bevestigden dat het niet was aangepast aan de materie van de medische ongevallen (wetsvoorstel, 2005). Met de Wet Medische Schadegevallen tracht men dit probleem op te lossen. Hierbij zal het voorvallen van schade ten gevolge van een medische handeling of het ontbreken hiervan genoeg zijn om aanspraak te maken op een schadevergoeding (wetsontwerp, 2007).

2.3.6.2 Una via-aanpak

Met deze nieuwe wet wordt een vergoedingssysteem op foutloze basis ingevoerd en wordt de toepassing van art. 1382 van het burgerlijk wetboek bijna volledig beëindigd. Met andere woorden, er wordt gekozen voor een una via-aanpak waarbij de burgerlijke aansprakelijkheid wordt teruggebracht tot één euro morele schadevergoeding (Boone et al., 2011). Hier zijn een aantal redenen voor. Allereerst zouden er moeilijkheden op ethisch vlak zijn wanneer beide systemen naast elkaar zouden blijven bestaan. Enerzijds omdat het slachtoffer van een medische nalatigheid in beginsel vaak niet weet of de schade toe te

schrijven is aan toeval of aan een fout en anderzijds omdat het foutloze systeem door het voortbestaan van het gemeen aansprakelijkheidssysteem maar over een beperkte hoeveelheid middelen zal beschikken doordat de premies voor een verzekering voor burgerlijke aansprakelijkheid nog steeds betaald dienen te worden. Dit laatste zal als gevolg hebben dat enkel slachtoffers die niet de middelen hebben om een rechtszaak te bekostigen, zich kunnen beroepen op het Fonds en haar beperkte vergoeding. Daarnaast zorgt het behoud van art. 1382 voor het behoud van vervolging van zorgverleners. Hierdoor wordt het probleem van preventieve geneeskunde niet opgelost. Tot slot zou een combinatie van de systemen geen verbetering inhouden van de transparantie van de informatie en handelingen. Dit komt om te beginnen doordat artsen nog steeds het risico lopen om vervolgd te worden en bijgevolg niet aangespoord worden tot meer transparantie maar ook doordat de gevallen van minnelijke schikking nooit bekend gemaakt zullen worden (wetsontwerp, 2007).

Het is niet zo dat het weghalen van de schadevergoeding uit de gemeenrechtelijke sfeer ervoor zorgt dat zorgverleners niet meer aansprakelijk gesteld kunnen worden. Bij een zware of opzettelijke fout zal het Fonds dat het slachtoffer vergoed heeft, zich tegen de zorgverlener of zorginstelling keren om de schadevergoeding terug te vorderen, al dan niet via de burgerlijke rechtbank. Daarnaast heeft de patiënt ook nog altijd de mogelijkheid om zich te wenden tot de strafrechtbank (wetsontwerp, 2007).

2.3.6.3 Schadeloosstelling

Art. 4 van de Wet Medische Schadegevallen stelt dat er drie mogelijkheden zijn waarbij de patiënt die schade heeft geleden, recht heeft op een vergoeding van het Fonds en de verzekeringsondernemingen. De schade moet het gevolg zijn van het verlenen van gezondheidszorg, het niet verlenen van zorg die de patiënt rechtmatig kon verwachten of een infectie opgelopen als gevolg van de verleende zorg. Hierbij zal zowel de economische als de niet-economische schade uit hoofde van de patiënt of zijn rechtverkrijgenden worden vergoed krachtens art. 6. De vergoeding wordt geacht de schade volledig te dekken. De regels hieromtrent zullen in een KB worden gepreciseerd. De uiteindelijke uitkering van de schadevergoeding gebeurt vrij snel na het indienen van het verzoek door het Fonds en de verzekeraar van de zorgverlener. Wie precies hoeveel moet betalen zal ook in een KB worden vastgelegd (Callens et al., 2008).

Om dit systeem draaiende te houden, is iedere zorgverlener verplicht om een verzekering af te sluiten bij een verzekeringsonderneming. De regels hieromtrent kunnen volgens art. 8 teruggevonden worden in de landverzekeringsovereenkomstenwet. Wanneer de zorgverlener

deze verplichting toch niet nakomt, kan het slachtoffer nog steeds beroep doen op het Fonds voor het verkrijgen van een schadevergoeding (Callens et al., 2008).

2.3.6.4 Financiering van het systeem

Voor de financiering van het systeem van foutloze aansprakelijkheid, wordt er krachtens art. 31 van de Wet Medische Schadegevallen op vijf bronnen beroep gedaan. De eerste is een jaarlijkse toelage van de Staat. Vervolgens een jaarlijkse toelage van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Dan is er de bijdrage die de zorgverstrekkers zelf betalen door middel van de premie die ze verschuldigd zijn aan hun verzekeringsinstelling. Deze bijdrage zal een bepaalde maximumgrens krijgen, vastgesteld door de Koning. Verder wordt het systeem gespijsd door de opbrengst van de subrogatievordering. Dit is een vooraf betaalde schadevergoeding aan de patiënt die naderhand wordt teruggevorderd van bijvoorbeeld een arts die een zware fout heeft begaan. Tot slot zijn er nog de financiële opbrengsten van de bedragen die het Fonds bezit.

2.3.6.5 Problemen

De burgerrechtelijke aansprakelijkheid leek op medisch vlak geen voldoening te bieden omdat de regeling niet was aangepast aan het medisch risico (wetsontwerp, 2007). Vooral het foutbewijs was voor vele patiënten een erg zware last. De Wet Medische Schadegevallen wilde dit probleem verhelpen door patiënten een vergoeding uit te keren zonder dat ze een foutbewijs moesten leveren (Boone et al., 2011). Opdat het systeem financieel haalbaar zou blijven, werd de civielrechtelijke aansprakelijkheid van de zorgverlener bijna volledig opgedoekt.

Toch kreeg deze nieuwe wet heel wat negatieve reacties. In normale omstandigheden zou de wet in werking zijn getreden op 1 januari 2008 maar doordat de ontslagnemende regering Verhofstadt II de uitvaardiging van de wet als lopende zaak beschouwde, werd besloten om de inwerkingtreding van de Wet uit te stellen tot uiterlijk 1 januari 2009. Vervolgens werd het nog opgeschort voor onbepaalde duur en werd een gedeelte vernietigd door het Grondwettelijk Hof. De wet kreeg als maar meer kritiek te verduren. Enerzijds omdat de wet een una via-aanpak besloot waarbij het slachtoffer de mogelijkheid verloor om op grond van het gemeenrecht naar de rechtbank te stappen en anderzijds omdat het fonds geen volledige schadeloosstelling uitkeerde door de invoer van maxima en franchises (wetsontwerp, 2010). Uiteindelijk bleek de kritiek zo omvangrijk te zijn, dat er beter zou worden nagedacht over een nieuwe wet (Boone et al., 2011).

2.4 De Wet Medische Ongevallen van 31 maart 2010

2.4.1 Aanleiding

Aangezien er over de Wet Medische Schadegevallen van 2007 geen politieke consensus meer was, besloot men de wet te wijzigen. Het was de Wet Medische Ongevallen die een goed alternatief vormde en uiteindelijk toepassing kreeg op 2 april 2010. Het Fonds dat hierbij diende opgericht te worden, trad pas in werking op 1 september 2012 en heeft tot op de dag van vandaag nog geen vergoedingen uitgekeerd (T. Vansweevelt, persoonlijke communicatie, 18 april 2013).

2.4.2 Tweesporensysteem

De Wet Medische Ongevallen wordt gekenmerkt door het tweesporensysteem. Het idee hierachter komt uit Frankrijk, waar sinds 2002 een soortgelijk systeem van kracht is (Boone et al., 2011). Wanneer slachtoffers van een medische nalatigheid een vergoeding wensen te bemachtigen, hebben ze via het tweesporensysteem twee mogelijkheden: ofwel wenden ze zich tot de hoven en rechtbanken ofwel tot het Fonds Medische Ongevallen. Deze keuze is niet onherroepelijk. Het slachtoffer kan dus steeds overschakelen van het ene naar het andere spoor. Wel kan hij slechts eenmaal aanspraak maken op een vergoeding (wetsontwerp, 2010).

2.4.3 Fonds Medische Ongevallen

Het Fonds Medische Ongevallen werd oorspronkelijk opgericht als een openbare instelling met rechtspersoonlijkheid van de categorie B zoals bepaald in de Wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut en beschikte over een raad van bestuur (De Cock, 2013). Deze was samengesteld als volgt:

- 4 leden die de overheid vertegenwoordigen;
- 4 leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en zelfstandigen vertegenwoordigen;
- 4 leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- 5 leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen met een minimum van 3 artsen;
- 3 leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen

Het was hun taak om het vergoedingsbeleid van het Fonds uit te schrijven. De uitvoering gebeurde door een team van dossierbeheerders met aan het hoofd de directeur van het fonds. Zij bekeken de aanvragen van de slachtoffers geval per geval (Nys & Callens, 2011).

Doordat het Fonds op 1 januari 2013 geïntegreerd werd bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringen (RIZIV), werd de Raad van Bestuur vervangen door een Beheerscomité. De samenstelling is identiek gebleven maar de bevoegdheden zullen in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden opgenomen (De Cock, 2013).

De verdere regels betreffende de organisatie en de werking van het Fonds zullen in een K.B. worden voorgeschreven (art. 6 Wet 31 maart 2010).

Taken

In artikel 8 van de wet Medische Ongevallen worden de taken van het Fonds besproken. De taken kunnen onderverdeeld worden in vijf categorieën: advies- en informatieverstrekking, vergoeden, bemiddelen, preventie en registreren en rapporteren.

Wat betreft de advies- en informatieverstrekking dient het Fonds te bepalen of de zorgverlener aansprakelijk is voor de schade die de patiënt heeft geleden en te oordelen over de ernst van die schade. Daarnaast kan het Fonds ook nagaan of de burgerlijke aansprakelijkheid van die zorgverlener gedekt is door een verzekering en of het bedrag van de vergoeding die door de zorgverlener of diens verzekeraar wordt voorgesteld, toereikend is (Nys & Callens, 2011). Dit advies kan zowel op eigen initiatief als op verzoek van de minister worden uitgebracht (Morbé, 2012). Vervolgens is er de vergoedingsopdracht. Indien de zorgverlener niet aansprakelijk kan worden gesteld, zal het Fonds overgaan tot schadevergoeding maar enkel indien aan de ernstcriteria is voldaan. Indien deze wel aansprakelijk kan worden gesteld, zal het Fonds de verzekeraar vragen een vergoedingsvoorstel voor te leggen. Samenhangend met de vergoedingsopdracht kan het Fonds ook verzocht worden te bemiddelen tussen de verschillende partijen overeenkomstig de artikelen 1724 tot 1733 Ger. Wb. Op die manier moet men niet langs het gerecht gaan. Het is eveneens de taak van het Fonds om op eigen initiatief of op dat van de minister, adviezen te geven over aangelegenheden in verband met de preventie of de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. De twee laatste taken die zijn weggelegd voor het Fonds zijn het opmaken van statistieken over de toegekende vergoedingen en het opstellen van een jaarlijks activiteitenverslag (Morbé, 2012).

Procedure

De procedure voor het Fonds is een minnelijke procedure. Dit betekent dat het Fonds geen beslissingsbevoegdheid heeft. Wanneer partijen het niet eens geraken kunnen ze zich nog altijd tot de rechtbank richten (Nys & Callens, 2011).

Iedereen die denkt schade te hebben geleden door een medische nalatigheid kan krachtens art. 12 van de Wet Medische Ongevallen, door middel van een ter post aangetekende brief advies aanvragen bij het Fonds over de eventuele aansprakelijkheid van een zorgverlener. Opdat de aanvraag ontvankelijk zou worden verklaard, dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. Allereerst moet de aanvraag binnen de vijf jaar worden ingediend, te beginnen van de dag volgend op de dag waarop het slachtoffer de schade opmerkte of de verzwaring ervan, en waarop de identiteit van de persoon die de schade heeft veroorzaakt bekend is. Vervolgens mag de aanvrager nog geen voorstel tot definitieve vergoeding voor dezelfde schade hebben aanvaard. Tot slot mag de aanvraag tot vergoeding niet ongegrond verklaard geweest zijn door een eerdere rechterlijke uitspraak. Het versturen van deze aanvraag schorst het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen bij de rechtbank tot de dag volgend op de dag waarop het slachtoffer een voorstel tot vergoeding aanvaard heeft, een voorstel tot vergoeding geweigerd heeft, kennis heeft genomen van een advies dat stelt dat aan de voorwaarden van artikelen 4 en 5 niet is voldaan of een einde maakt aan de procedure voor het Fonds. Opdat de verschillende instanties, zowel de rechtbank als het Fonds, op de hoogte zijn van de stappen die de aanvrager maakt, heeft de aanvrager een informatieverplichting naar hen toe (Morbé, 2012).

Maximum een maand na ontvangst van de aanvraag, verstuurt het Fonds een ontvangstbewijs. Zo weet de verzoeker dat zijn aanvraag in behandeling is. Vervolgens gaat het Fonds over tot het opvragen van informatie en documenten bij de verschillende betrokkenen. Deze procedure blijft kostenloos voor de aanvrager (Morbé, 2012).

Binnen de zes maanden na ontvangst van de aanvraag, dient het Fonds een advies uit te brengen. De inhoud van het advies omvat drie mogelijkheden. In een eerste advies kan het Fonds stellen dat een of meerder zorgverleners aansprakelijk zijn en of deze zorgverleners gedekt zijn door een verzekeringsmaatschappij. Indien ze gedekt zijn, zal het Fonds de verzekeringsmaatschappij vragen om een voorstel tot vergoeding te doen. Indien ze niet gedekt zijn, zal het Fonds zelf een voorstel tot vergoeding uitbrengen. In een tweede advies kan het Fonds beslissen dat het om een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid gaat. Het

is dan aan het Fonds om binnen de drie maanden met een voorstel tot schadevergoeding op de proppen te komen. Tot slot kan het Fonds adviseren dat aan geen enkel van bovenstaande gevallen voldaan is. Indien het slachtoffer dan nog kans wil maken op een schadevergoeding, zal het zich tot de rechtbank moeten wenden. Dit advies zal via een ter post aangetekende brief worden verzonden naar alle betrokkenen (Morbé, 2012).

Drie maanden later dient er een voorstel tot vergoeding te worden verzonden. De aanvrager kan het voorstel aanvaarden, weigeren, becommentariëren of betwisten en krijgt hiervoor opnieuw drie maanden de tijd. Wanneer de aanvrager het voorstel uiteindelijk aanvaard, zal het FMO de voorgestelde vergoeding binnen de maand uitbetalen (Morbé, 2012).

2.4.4 Schadeloosstelling

Er zijn twee soorten schade die kunnen worden vergoed via het Fonds Medische Ongevallen. Enerzijds is er de schade die voortvloeit uit een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en anderzijds is er de schade die voortvloeit uit een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener.

In het eerste geval dient het om schade te gaan die ernstig genoeg en abnormaal is. Er zijn vier situaties waarbij dit het geval kan zijn. Allereerst wanneer de patiënt een blijvende invaliditeit van 25 % of meer heeft. Daarnaast bij een arbeidsongeschiktheid van 6 maanden gedurende een periode van 12 maanden. Vervolgens wanneer de schade voor een enorm zware verstoring van de levensomstandigheden van de patiënt zorgt en tot slot het overlijden van de patiënt (Nys & Nys, 2010).

In het tweede geval zal het in eerste instantie de zorgverlener of diens verzekering zijn die de schadevergoeding uitbetaald. Toch zijn er drie uitzonderingen die zorgen voor tussenkomst van het Fonds. Allereerst wanneer vaststaat dat de zorgverlener niet of niet voldoende gedekt is door een verzekeringsmaatschappij. Het Fonds staat met andere woorden borg voor de geleden schade. Ten tweede is er tussenkomst wanneer de zorgverlener of de verzekeraar de aansprakelijkheid betwist of niet reageert op het schrijven van het Fonds. Wanneer dan aan de ernstcriteria voldaan is zal het Fonds een vergoeding uitbetalen in de plaats van de verzekeraar en zal het deze vergoeding achteraf proberen terug te vorderen van de verzekeraar (Boone et al., 2011). Tot slot zal het Fonds vergoeden wanneer de aangeboden vergoeding door de verzekeraar onvoldoende is voor het Fonds (Morbé, 2012).

In tegenstelling tot de regeling in de wetten van 2007, is er bij de Wet Medische Ongevallen geen verzekeringsplicht. Dit komt hoofdzakelijk omdat de verzekeraars zich sterk tegen de verzekeringsplicht verzetten. De redenen hiervoor zijn zeer divers. De twijfel of het moreel verantwoord zou zijn om onbekwame zorgverleners een verzekering aan te bieden en de verplichte reglementering die erbij komt kijken, zijn hier twee voorbeelden van (Morbé, 2012).

2.4.5 Financiering van het systeem

De Financiering van het Fonds zal volledig gebeuren door de Staat. Om te voorkomen dat de kosten de pan uit rijzen, dient het recht op vergoeding aan een aantal voorwaarden te voldoen. Zo moeten bijvoorbeeld bepaalde schadedrempels overschreden zijn. Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg schat de kostprijs van het gehele systeem op ongeveer 20 miljoen euro per jaar. Naast de financiering van het Fonds zijn er ook nog altijd de zorgverleners die hun verzekeringspremies moeten betalen. Deze premies zouden met de invoering van het Fonds gestabiliseerd worden. Nu er meer dossiers buiten de rechtbank kunnen worden afgehandeld, moeten verzekeringsmaatschappijen minder uitgaven doen aan advocaten- en gerechtskosten (Boone et al., 2011).

2.5 Samenvattende tabel

	Het gemeen medisch aansprakelijkheidssysteem	Het Fonds voor Medische Ongevallen
Procedure	Gerechtelijke procedure	Minnelijke procedure
advies	Bij een advocaat (zelf te betalen)	Bij het FMO (gratis)
foutbewijs	De patiënt moet het foutbewijs leveren.	Er moet geen foutbewijs geleverd worden door de patiënt.
Kostprijs van een procedure	Betaald door de verliezende partij	Betaald door de maatschappij
Recht op schadevergoeding	Medisch incident met aansprakelijkheid	Medisch incident met of zonder aansprakelijkheid (indien schade abnormaal is en voldoet aan ernstcriteria)
Uitbetaling schadevergoeding	Door de zorgverlener of diens verzekering	Door de zorgverlener, diens verzekering of het FMO
Tijdsduur	onbepaald	Ongeveer 14 maanden

HOOFDSTUK 3: Praktijkonderzoek

3.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk werd een algemeen beeld gevormd van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België met zijn evoluties door de jaren heen. Dit deel behandelt het praktijkonderzoek waarin getracht wordt een antwoord te vinden op de laatste deelvraag: de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België.

Vooraleer aan het praktijkonderzoek te beginnen, diende eerst nazoekwerk te worden gedaan naar eerdere onderzoeken omtrent de perceptie van patiënten ten aanzien van medische aansprakelijkheid. Dit nazoekwerk bleef zonder resultaat. Vandaar dat bij het praktijkonderzoek geen gebruik gemaakt is van eerdere onderzoeken.

3.2 Methodologie

Voor het praktijkonderzoek is gekozen voor een online-enquête. Deze is in samenspraak met Prof. Dr. Marneffe en Mr. Vandersteegen opgesteld gedurende de maand maart. In eerste instantie was het de bedoeling om patiëntenverenigingen en mutualiteiten aan te sporen, de enquête onder hun leden te verspreiden maar doordat deze instellingen vaak een eigen onderzoeksteam hebben, wilden ze hun leden niet lastig vallen met nog extra onderzoeken van externen. Om die reden is de enquête uiteindelijk via sociale media, naaste contactpersonen en het dienstencentrum Ter Engelen verspreid.

Alvorens de enquête rond te sturen, is er nog navraag gedaan bij het CME van de UHasselt met de vraag of hun toestemming nodig was voor het bevragen van patiënten over medische aansprakelijkheid. Dit bleek niet verplicht te zijn maar werd wel aangeraden. Om die reden is er in overleg met de co-promotor toch beslist de nodige documenten in te dienen en op 1 april werd er uiteindelijk een positief advies toegestuurd wat maakte dat de enquête van start kon gaan.

Na enkele aanpassingen en proeftesten werd de enquête op 8 april online gezet. Het doel is zoveel mogelijk respondenten te verzamelen opdat de enquête zo representatief mogelijk zou zijn. Aangezien grote instellingen geen medewerking wilden verlenen aan het onderzoek was dit niet evident.

3.2.1 Afbakening van de onderzoekspopulatie

Voor de onderzoekseenheden die in dit onderzoek gebruikt zullen worden, gelden geen beperkingen. Het onderzoek handelt over de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België wat maakt dat elke inwoner van België, de vragenlijst kan invullen. De enquête werd wel enkel in het Nederlands online gezet wat de onderzoekspopulatie indirect beperkt tot Vlaanderen.

3.2.2 Steekproeftrekking

De uiteindelijk bekomen steekproef is een zelfselectie steekproef. Deze is dus niet volledig representatief. Het gaat hier in de eerste plaats om vrienden, familie en studenten die de enquête invulden en verder hebben verspreid. Deze konden voornamelijk bereikt worden dankzij talrijke groepen op facebook, e-mail en persoonlijk contact. Daarnaast werden ook diverse zorginstellingen in Limburg, de Vlaamse mutualiteiten en het Vlaams

Patiëntenplatform gecontacteerd. Uiteindelijk was enkel het Dienstencentrum Ter Engelen, een zorg- en begeleidingscentrum voor kinderen en volwassenen met een verstandelijke handicap, bereidt mee te werken aan het Onderzoek. Zij hebben de enquête verder verspreid onder hun personeel en de ouders van hun leden. Met de resultaten van deze steekproef, wordt getracht de perceptie van de Belgische populatie ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in kaart te brengen. De uiteindelijke resultaten zullen zeker nuttig zijn, maar moeten uiterst omzichtig geïnterpreteerd worden omwille van de keuze voor een zelfselectie steekproef.

3.2.3 Vragenlijst

Doordat er wordt gespeeld naar de perceptie van patiënten, is er in samenspraak met de promotor en co-promotor, Prof. dr. Marneffe en Mr. Vandersteegen, gekozen om dit te doen door middel van een schriftelijke online enquête. Op die manier krijgt de respondent rustig de tijd om over de vragen na te denken en kan hij/zij de vragenlijst op eigen tempo invullen, wat de respons alleen maar ten goede kan komen. Daarnaast is een schriftelijk onderzoek ook minder tijdrovend en kunnen er meer personen worden benaderd waardoor de betrouwbaarheid en representativiteit van het onderzoek worden bevorderd. Tot slot werd gekozen voor een enquête die volledig anoniem gebeurt opdat de respondent vrijer zou antwoorden.

3.2.3.1 opbouw van de vragenlijst

In een vragenlijst zijn drie delen te onderscheiden, namelijk een inleiding, de eigenlijke vragen en een afsluiting. De opbouw van de inleiding en afsluiting is vergelijkbaar met andere enquêtes. Het bevat een korte uiteenzetting van de doelstelling van het onderzoek, de rol die de respondent hierin speelt, een dankwoordje, enz. De eigenlijke vragen zijn uiteindelijk het belangrijkste onderdeel van de vragenlijst.

Doorheen de vragenlijst kan een opsplitsing gemaakt worden tussen de basisinformatie, de perceptie, de vertrouwdheid en de ervaring met het medisch aansprakelijkheidssysteem. De basisinformatie dient om een profiel van de respondent te creëren en op die manier is het mogelijk om de resultaten van het onderzoek op te delen naar verschillende groepen mensen. Vervolgens wordt er gespeeld naar de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem. Hierbij worden telkens twee stellingen tegenover elkaar gesteld waarbij de respondent moet aangeven welke stelling voor hem of haar het belangrijkste is. Naast deze stellingen worden er ook vijf kenmerken van een medisch aansprakelijkheidssysteem onder elkaar vermeld en dan is het aan de respondent om deze

kenmerken van meest belangrijk naar minst belangrijk te rangschikken. Dit onderdeel van de vragenlijst moet uiteindelijk uitwijzen welke elementen een goed medisch aansprakelijkheidssysteem moet bevatten volgens de Vlaamse populatie. In een volgende reeks vragen wordt de vertrouwdsheid met het medisch aansprakelijkheidssysteem bij de respondenten getoetst. Dit gebeurt simpelweg aan de hand van een aantal meerkeuzevragen. Tot slot wordt er gepolst naar de ervaring van de respondent met het medisch aansprakelijkheidssysteem. Indien de respondent nog nooit slachtoffer is geweest van een medisch incident, wordt hij of zij direct doorverwezen naar het einde van de vragenlijst. Indien de respondent wel al slachtoffer is geweest van een medisch incident, wordt hier verder op ingegaan met vragen als: Welke stappen hebt u ondernomen? Wie heeft u tot het nemen van deze stappen aangezet? enz.

3.2.3.2 Vraagvorm en vraagformulering

Om het de respondent zo gemakkelijk mogelijk te maken en om het beantwoorden van de vragen zo vlot mogelijk te laten verlopen is er getracht om de vragen op een zo eenvoudig mogelijke manier te stellen en al de antwoordmogelijkheden ter beschikking te stellen. In de enquête zijn vier vraagformuleringen terug te vinden: meerkeuzevragen, rangschikkingen, matrixen en een semantische differentiaal. Deze laatste is een beoordelingsschaal met zeven punten. Aan de uiteinden van iedere schaal staan twee stellingen. Respondenten duiden op de schaal aan welke stelling zij het belangrijkste achten. Het overgrote deel van de vragen in de enquête bestaat uit meerkeuzevragen. In bijlage kan zowel de enquête als de begeleidende brief die gestuurd werd naar de mutualiteiten, de patiëntenverenigingen en de verschillende zorginstellingen in Limburg terug gevonden worden.

3.3 Verwerking van de Data

In dit onderdeel worden de resultaten van de gegevens, die verwerkt werden aan de hand van het statistisch programma SPSS, besproken.

Vooraleer verbanden na te gaan, moet er eerst aan beschrijvende statistiek gedaan worden. Hierbij worden onder andere frequenties, gemiddeldes en de verdelingen van de data berekend.

In een volgende stap is het interessant om de correlatie tussen de verschillende variabelen te meten. Bij correlatie wordt er nagegaan of er samenhang is tussen de variabelen. Er wordt met andere woorden nog niet gesteld dat de ene variabele een invloed heeft op de andere variabele. De correlatie coëfficiënt kan zowel negatief als positief zijn en ligt tussen -1 en +1. Bij een correlatie coëfficiënt van 0, is er geen correlatie of samenhang.

Eens de correlaties besproken zijn, zal overgegaan worden naar het uitvoeren van F-toetsen, T-toetsen, regressies en herhaalde metingen. Deze testen zullen voornamelijk rond de stellingen draaien die onder het onderdeel 'Perceptie over het medisch aansprakelijkheidssysteem' staan. Aangezien de stellingen eigenschappen zijn van ofwel het gemeenschappelijk medisch aansprakelijkheidssysteem ofwel de Wet Medische Schadegevallen ofwel de Wet Medische Ongevallen, dienen sommige stellingen nog gehercodeerd te worden zodat telkens de eerste stelling een eigenschap is van de Wet Medische Ongevallen of de Wet Medische Schadegevallen en de tweede stelling een eigenschap is van een procedure voor de rechtbank. De stellingen zelf hebben telkens 7 antwoordmogelijkheden waarbij antwoord 1 stelt dat stelling 1 veel belangrijker is en antwoord 7 stelt dat stelling 2 veel belangrijker is. Indien de gemiddelde score lager is dan 4 betekent dit dat mensen eerder neigen naar het FMO of een procedure zoals beschreven in de Wet Medische Schadegevallen, terwijl mensen eerder neigen naar de rechtbank wanneer de gemiddelde score hoger ligt dan 4.

Aan het einde van de analyses zal getracht worden een duidelijke conclusie te formuleren over wat nu precies de perceptie van patiënten is ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België.

3.3.1 Beschrijvende statistiek

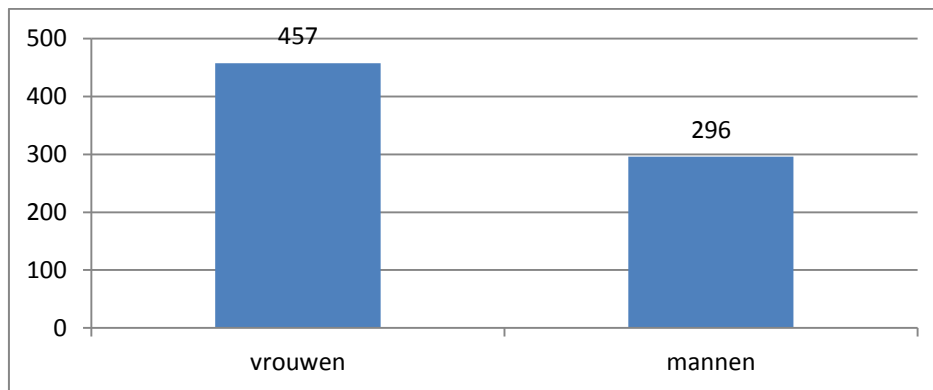
In totaal zijn 765 respondenten gestart met het invullen van de online vragenlijst. Uiteindelijk hebben hiervan 622 respondenten de vragenlijst volledig afgewerkt. Aangezien voor heel wat analyses niet vereist is dat de volledige vragenlijst ingevuld werd, worden ook de onvolledige enquêtes opgenomen in de resultaatverwerking.

3.3.1.1 Basisinformatie

Het eerste onderdeel van de enquête bestaat uit een bevraging naar geslacht, leeftijd, hoogste diploma, enz.

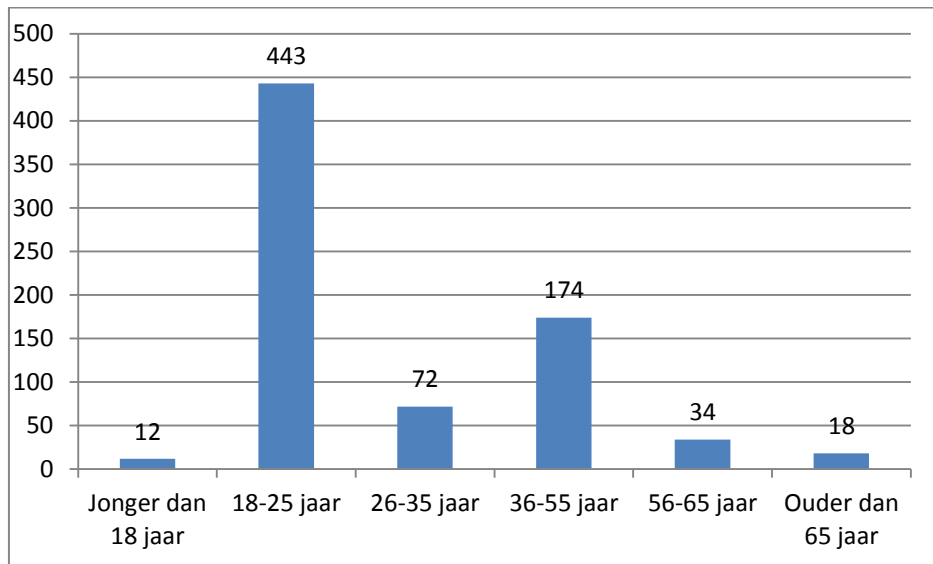
Aan elk keuzeantwoord wordt telkens door SPSS een numerieke waarde gegeven. Zo krijgt bij de variabele Geslacht, 'vrouw' de numerieke waarde '1' en 'man' de numerieke waarde '2'. In totaal zijn 457 vrouwen en 296 mannen met het invullen van de enquête gestart.

Fig. 3.1 Geslacht (N=753)



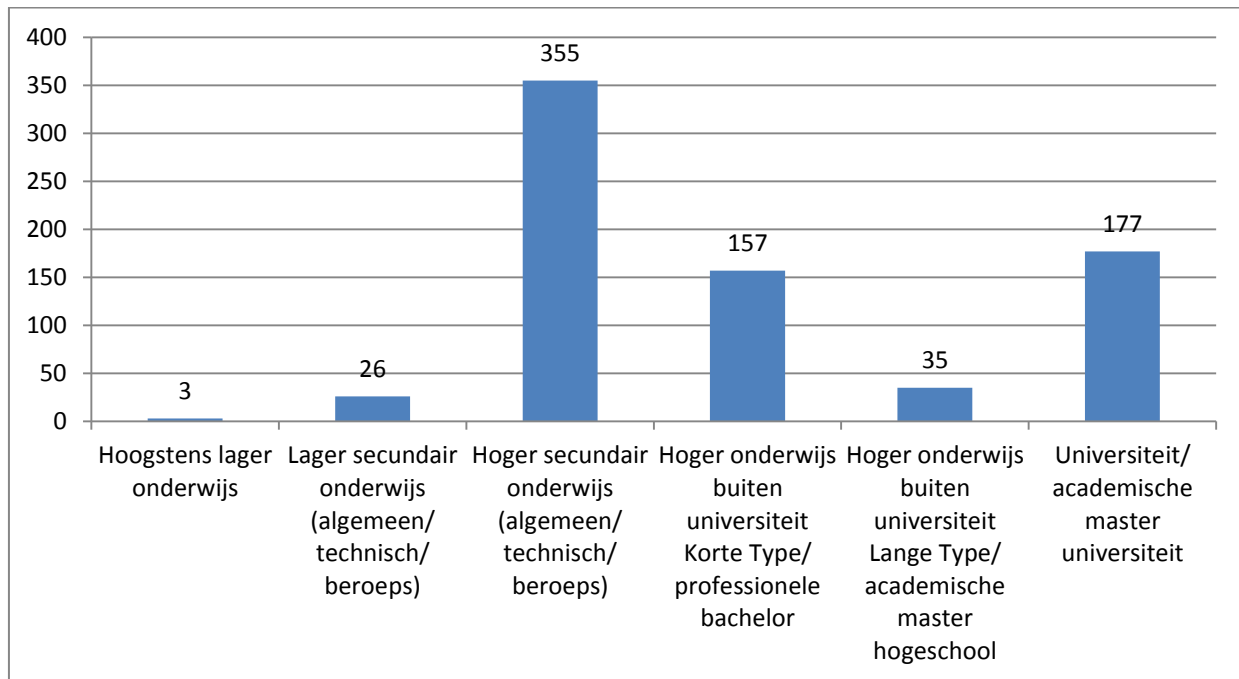
Wanneer naar de variabele leeftijd wordt gekeken, valt in figuur 3.2 op dat de enquête vooral door 18 tot 25-jarigen en 36 tot 55-jarigen werd ingevuld. De 18 tot 25-jarigen konden hoofdzakelijk worden bereikt via facebook en de e-mails die binnen de UHasselt verspreid werden. De 36 tot 55-jarigen konden hoofdzakelijk bereikt worden door e-mails te verzenden naar persoonlijke contacten van familieleden en kennissen.

Fig. 3.2 Leeftijd (N=753)



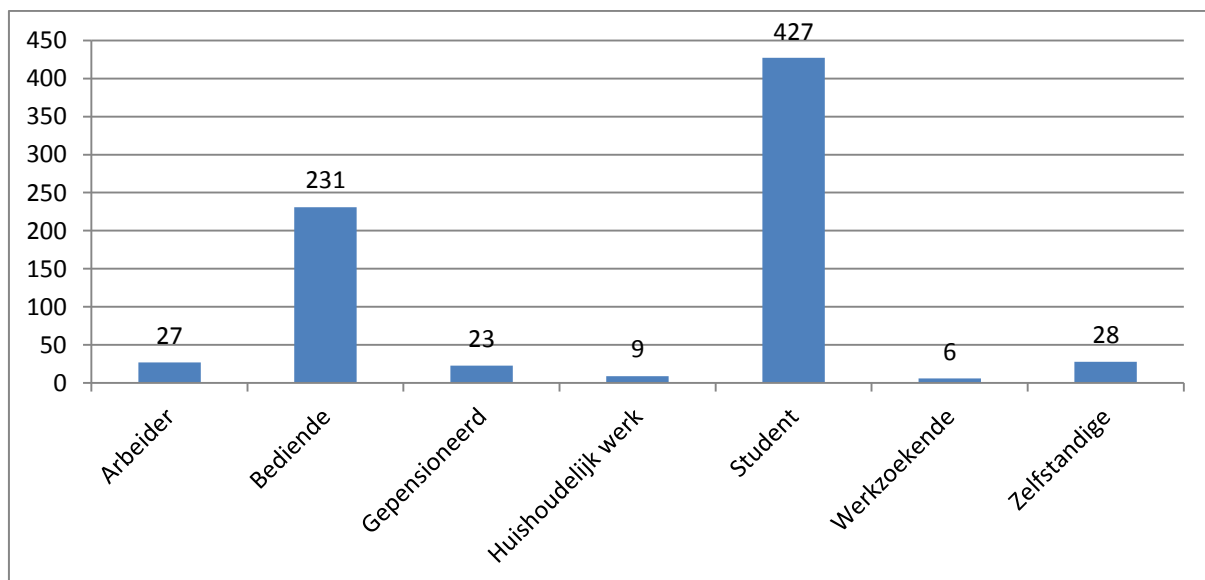
Wanneer naar de resultaten van het hoogst behaalde diploma wordt gekeken in figuur 3.3, valt op dat het grootste deel, 47,1%, enkel in het bezit is van een diploma Hoger secundair onderwijs. Dit is niet abnormaal als wordt gekeken naar het grote aantal 18-25 jarigen. Vele onder hen zijn hoogst waarschijnlijk nog aan het studeren voor een hoger diploma. Toch zou verwacht worden dat het aantal respondenten in het bezit van een diploma Hoger secundair onderwijs nog hoger zou liggen want wanneer gekeken wordt naar de variabele werksituatie, kan worden geconcludeerd dat bijna 60% van de respondenten nog student is. Dit is nog een stuk meer dan het aantal respondenten in het bezit van een diploma Hoger secundair onderwijs. Dit verschil kan enerzijds te wijten zijn aan respondenten die in hun laatste jaar zitten en van oordeel zijn dat ze grotendeels in het bezit zijn van een diploma hoger onderwijs en anderzijds kan het ook gaan om studenten die een tweede opleiding volgen en dus wel effectief in het bezit zijn van een diploma Hoger onderwijs. Naast de grote groep respondenten die enkel in het bezit zijn van een diploma Hoger secundair onderwijs, is er ook een relatief grote groep in het bezit van een diploma Hoger onderwijs buiten universiteit Korte Type en een universitair diploma.

Fig. 3.3 Diploma (N=753)



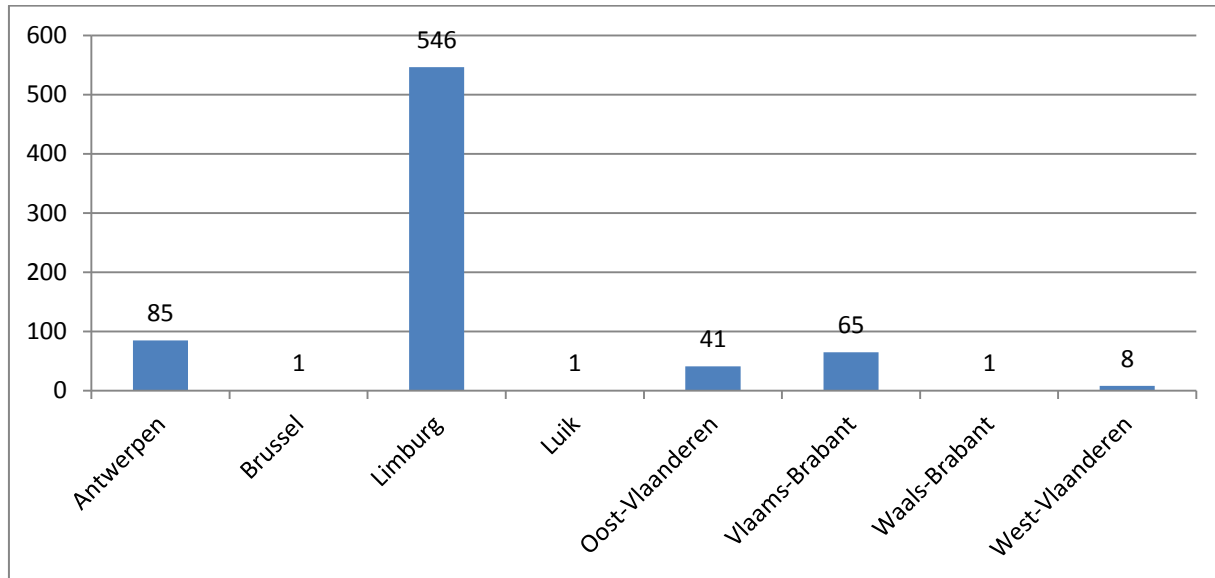
Naast studenten, werd ook een groot deel van de enquête ingevuld door bedienden. Dit was te verwachten aangezien in het dienstencentrum Ter Engelen enkel bedienden zijn tewerkgesteld en zij een grote groep van de respondenten omvatten.

Fig. 3.4 Werksituatie (N=751)



Aangezien grote Vlaamse instellingen niet participeerden aan het onderzoek, werd de enquête vooral in de nabije omgeving verspreid. Dit had tot gevolg dat 73% van de vertegenwoordigde respondenten afkomstig is uit Limburg. Door deze ongelijke verdeling zullen de gegevens niet verder onderzocht worden.

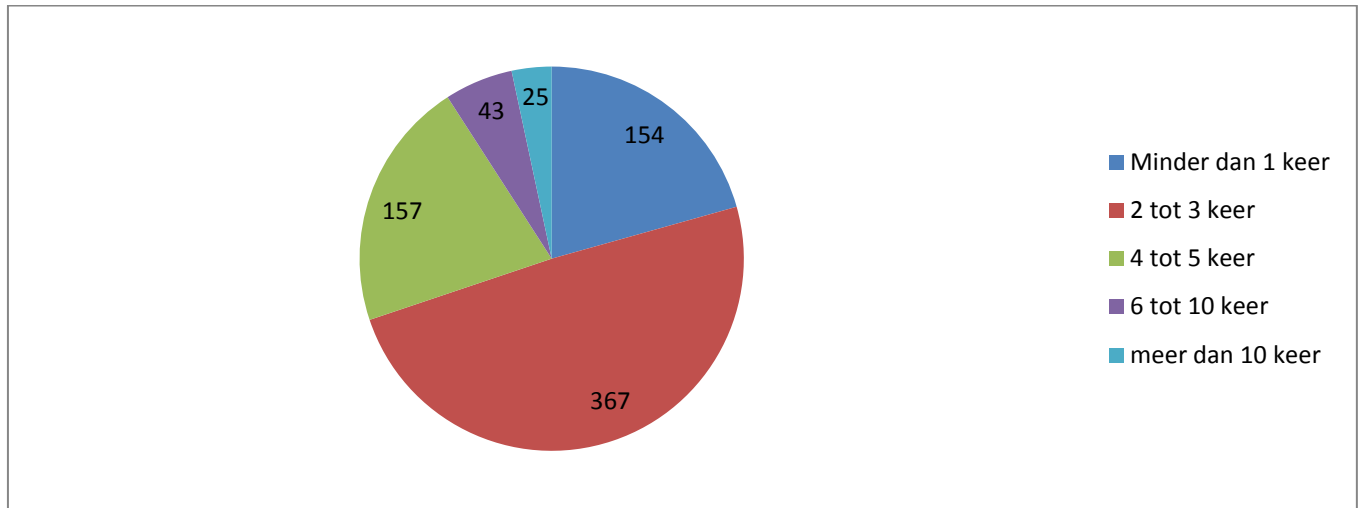
Fig. 3.5 Provincie (N=748)



Alvorens de respondent te bevragen over het medisch aansprakelijkheidssysteem, werd er nog gepolst naar de regelmaat waarmee de respondenten een bezoek brengen aan de arts of een ingreep ondergaan enz.

Om te beginnen werd de respondent gevraagd naar zijn of haar gemiddeld aantal huisartsbezoeken per jaar. Uit figuur 3.6 valt af te leiden dat bijna de helft van de respondenten 2 tot 3 huisartsbezoeken per jaar doet. Toch moet er met deze gegevens kritisch worden omgegaan. Er is één antwoordcategorie niet opgenomen in de vragenlijst, namelijk '1 keer', wat maakt dat de antwoordcategorieën 'minder dan 1 keer' en '2 tot 3 keer' hoogst waarschijnlijk overgewaardeerd zijn.

Fig. 3.6 Bezoek huisarts (N=746)



Vervolgens werd gekeken hoe vaak respondenten de laatste vijf jaar in een groepspraktijk, medisch centrum of ziekenhuis geweest zijn voor een raadpleging, ingreep of nazorg. Bij het aantal raadplegingen valt duidelijk een piek op bij '2 tot 5 keer' terwijl voor het aantal ingrepen de antwoorden eerder verspreid liggen tussen 'niet tot 5 keer'. Van nazorg wordt het minst gebruik gemaakt met maar liefst 438 respondenten die de laatste vijf jaar geen nazorg nodig hadden.

Fig. 3.7 Raadpleging (N=746)

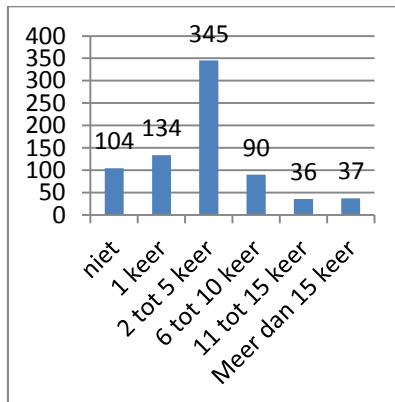


Fig. 3.8 Ingreep (N=746)

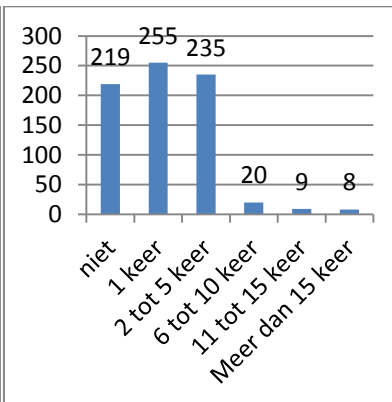


Fig. 3.9 Nazorg (N=746)

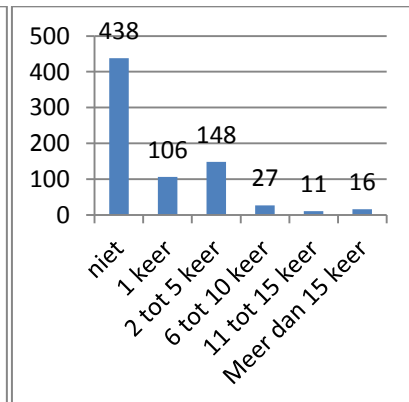
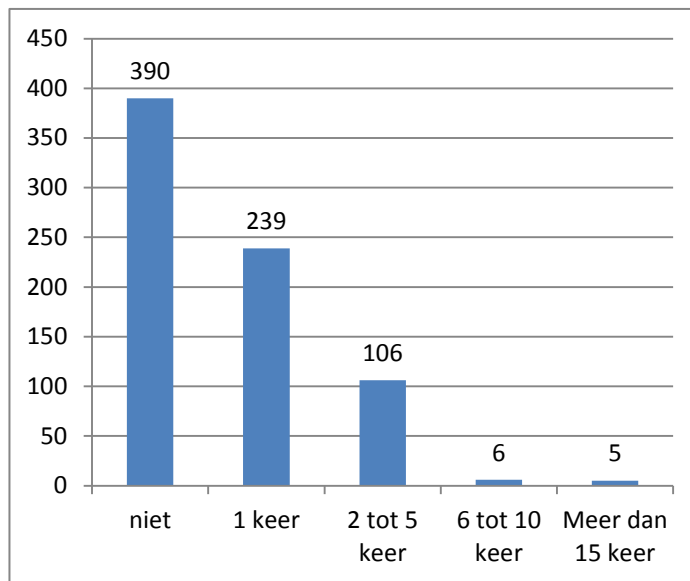


Fig. 3.10 Opname ziekenhuis (N=746)



Tot slot werd er nog nagegaan of de respondenten de laatste vijf jaar vaak naar het ziekenhuis moesten waarbij het minstens ging om een dagopname. Net zoals bij de vorige gegevens gaat het opnieuw om een grote groep respondenten die 'niet tot 5 keer' hierop heeft geantwoord en een kleine groep die hier meer gebruik van heeft gemaakt. De antwoordcategorie '11 tot 15 keer' werd door niemand aangeduid en is bijgevolg niet in de statistieken opgenomen. Toch valt het op dat zowel

bij het aantal huisartsbezoeken, raadplegingen, ingrepen en nazorg als bij het aantal ziekenhuisbezoeken, er telkens respondenten zijn die de hoogste categorie aanduiden. Het zal hier waarschijnlijk om mensen gaan met een chronische aandoening, een ernstige ziekte of een zwakke gezondheid.

3.3.1.2 Perceptie over het medisch aansprakelijkheidssysteem

Het tweede onderdeel van de enquête bevat de kernzaak van het onderzoek, namelijk vragen die de perceptie nagaan van mensen ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België. Om te beginnen worden telkens twee stellingen tegenover elkaar gezet waarbij de respondent moet aangeven naar welke stelling zijn of haar persoonlijke voorkeur uitgaat. De gemiddelde resultaten hiervan kunnen in Tabel 3.1 worden terug gevonden.

Tabel 3.1 Stellingen over de perceptie van patiënten

	Varia- bele 1: snel of grondig	Varia- bele 2: alle schade gedeel- telijk of enkel ernstige schade volledig vergoe- den	Variabele 3: betaling door de nationale solidari- teit of de zorg- verlener	Variabele 4: bewijslast bij zorg- verlener of slach- toffer	Varia- bele 5: onaf- hanke- lijke instelling of recht- bank	Varia- bele 6: relatie behou- den of straffen	Variabele 7: kosteloos of advocaat
N	720	701	687	678	671	668	657
Gemiddel- de	5,51	3,34	3,11	3,13	3,24	2,37	2,25
Std. Deviatie	1,601	1,768	1,610	1,691	1,704	1,337	1,391

Bij elke variabele heeft de respondent de keuze tussen 7 antwoordmogelijkheden:

- '3': Stelling 1 is veel belangrijker.
- '2': Stelling 1 is belangrijker.
- '1': Stelling 1 is eerder belangrijker.
- '0': Stelling 1 en 2 zijn voor mij even belangrijk.
- '1': Stelling 2 is eerder belangrijker.
- '2': Stelling 2 is belangrijker.
- '3': Stelling 2 is veel belangrijker.

In de enquête zelf werden bovenstaande scores gebruikt om de stellingen te waarderen. SPSS daarentegen heeft gewerkt met de waardes 1 tot en met 7, waarbij 1 staat voor 'Stelling 1 is veel belangrijker' en 7 staat voor 'Stelling 2 is veel belangrijker'. In Tabel 3.1 worden de gemiddelde waardes die SPSS geeft aan de verschillende antwoordmogelijkheden aangegeven. Tijdens de verwerking met SPSS zijn een aantal stellingen van plaats verwisseld of met andere woorden gehercodeerd. De reden hiervoor is dat op die manier de tweede stelling telkens staat voor een procedure bij de rechtbank en de eerste stelling voor een procedure bij het FMO of een procedure volgens de Wet Medische Schadegevallen van 2007. Deze opsplitsing is correct in de meeste gevallen maar moet toch met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Wanneer er op basis van deze informatie naar bovenstaande tabel wordt gekeken, valt op dat de gemiddeldes, op de eerste variabele na, telkens onder het neutrale '4' zitten. Dit zou op het eerste zicht betekenen dat de

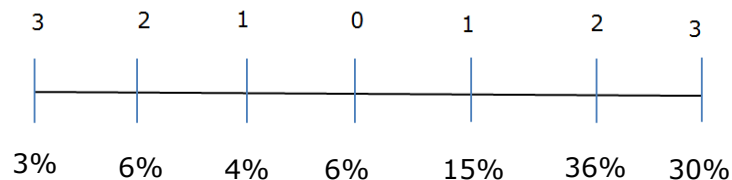
respondenten in het algemeen voorstander zijn van een procedure bij het FMO of van de Wet Medische Schadegevallen. Hierna wordt elke variabele apart besproken.

Variabele 1: Snel of grondig

Stelling 1: De procedure om een medisch incident af te handelen moet snel verlopen.

Stelling 2: De procedure om een medisch incident af te handelen moet grondig verlopen.

Uit de resultaten blijkt dat meer dan 80% van de respondenten het belangrijker vindt dat de procedure bij een medisch incident grondig verloopt, dan dat deze snel verloopt. 30% van de respondenten vindt dit zelfs zeer belangrijk. Slechts 13% verkiest een snelle procedure boven een grondige procedure. Zowel het FMO als de rechtbank streven naar een grondige procedure. Toch probeert het FMO een procedure op zes maanden af te handelen, wat zeer snel is, terwijl de rechtbank er gemiddeld heel wat langer over doet. Of deze snelle procedure bij het FMO afbreuk doet aan de grondigheid ervan, valt nog af te wachten.



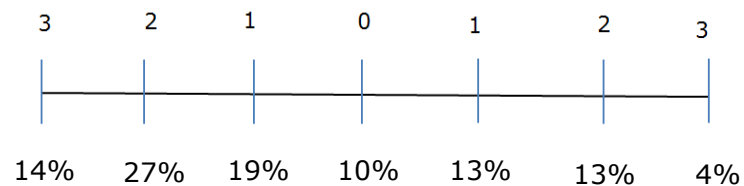
Variabele 2: Alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden

Stelling 1: Alle slachtoffers van een medisch incident moeten vergoed worden, ook al dekt de toegekende schadevergoeding dan niet de volledige schade.

Stelling 2: Hoofdzakelijk slachtoffers van een medisch incident met ernstige schade moeten vergoed worden.

De voorkeur voor een bepaalde stelling is bij de tweede variabele minder duidelijk dan bij de eerste maar toch kan uit de percentages van deze variabele afgeleid worden dat 60% van de respondenten stelling 1 boven stelling 2 verkiest. Dit wordt ook bevestigd door de gemiddelde score van 3,34 van variabele 2 die lager ligt dan het neutrale 4. 30% van de respondenten is echter overtuigd dat slachtoffers van een medisch incident met ernstige schade in de eerste plaats vergoed moeten worden. Deze uitkomst is in een bepaald opzicht merkwaardig te noemen. Stelling 1 staat voor een eigenschap van de Wet Medische Schadegevallen van 2007. Deze wet is uiteindelijk nooit doorgevoerd omwille van onder anderen de maxima die op de schadevergoedingen werden geheven. Toch blijkt uit dit

onderzoek dat veel respondenten dit niet als problematisch ervaren. De tweede stelling past meer onder een procedure bij de rechtbank of het FMO.

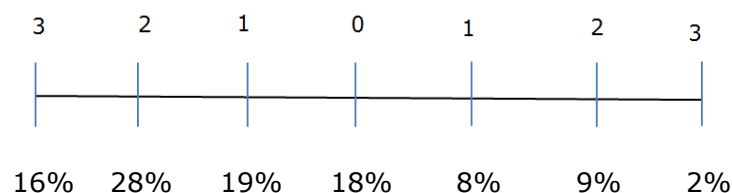


Variabele 3: Betaling door de nationale solidariteit of de zorgverlener

Stelling 1: In geval van een medisch incident moet de nationale solidariteit (overheid) instaan voor de kosten van de geleden schade.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moet de betrokken zorgverlener zelf instaan voor de geleden schade.

Slechts 19% van de respondenten vindt dat de betrokken zorgverlener zelf moet instaan voor de geleden schade wat maakt dat het grootste deel van de respondenten ervan overtuigd is dat de nationale solidariteit hiervoor mag instaan. Toch is er een vrij grote groep, 19%, die indifferent is tussen beide stellingen. De eerste stelling is deels eigen aan het FMO. 'Deels' want wanneer het om een medische ongeval gaat met aansprakelijkheid, zal de zorgverlener of diens verzekeraar toch nog moeten instaan voor de geleden schade. Bij een procedure voor de rechtbank zal de nationale solidariteit nooit tussen komen om de geleden schade te bekostigen.

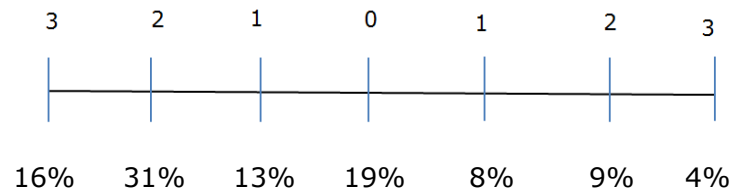


Variabele 4: Bewijslast bij zorgverlener of slachtoffer

Stelling 1: In geval van een medisch incident moet de zorgverlener aantonen dat hij/zij niet nalatig is geweest.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moet het slachtoffer aantonen dat de zorgverlener nalatig is geweest.

Uit onderstaande figuur valt op dat bijna de helft van de respondenten het belangrijker tot veel belangrijker vindt, dat de zorgverlener zelf aantoont dat hij of zij niet nalatig is geweest. Een ruime 20% van de respondenten blijft vinden dat het slachtoffer moet aantonen dat de zorgverlener nalatig is geweest. Deze laatste stelling is binnen het medisch aansprakelijkheidssysteem altijd van toepassing geweest en is dit nog steeds bij de rechtbank. Bij het FMO gaat het FMO zelf nagaan of er sprake is van aansprakelijkheid van de zorgverlener en of deze vervolgens nalatig is geweest.

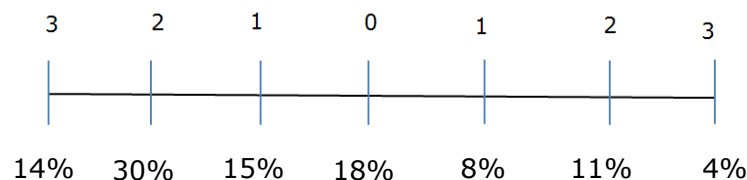


Variable 5: Onafhankelijke instelling of rechtbank

Stelling 1: Een procedure bij een onafhankelijke instantie moet beslissen over het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding.

Stelling 2: Een gerechtelijke procedure moet beslissen over het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding

Opnieuw valt op dat de meerderheid stelling 1 boven stelling 2 verkiest of met andere woorden dat de meerderheid een onafhankelijke instelling verkiest boven de rechtbank. Toch blijft ook hier weer bijna 20% van de respondenten onverschillig tussen beide stellingen.

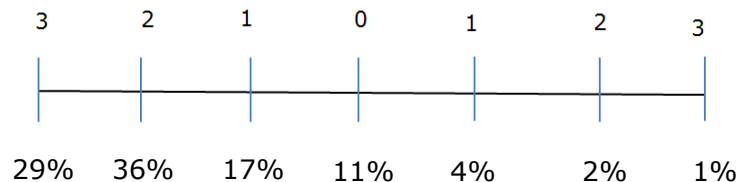


Variable 6: Relatie behouden of straffen

Stelling 1: In geval van een medisch incident moet de patiënt-arts relatie worden gewaarborgd.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moet de dader publiekelijk gestraft worden.

Bij variabele 6 valt onmiddellijk op dat er een sterke voorkeur uitgaat naar stelling 1. Dit is een belangrijke vaststelling aangezien het waarborgen van de patiënt-arts relatie bij het FMO sterk naar voor wordt gedragen. Bij een procedure voor de rechtbank komt vaak heel wat meer heisa kijken waardoor de relatie die zorgverlener en slachtoffer hebben, sneller op het spel wordt gezet.

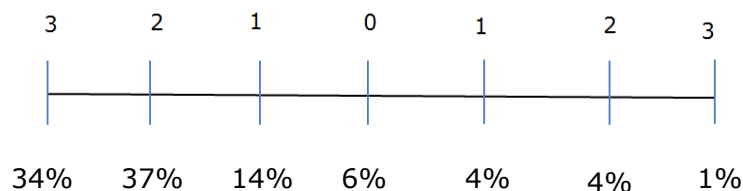


Variabele 7: Kosteloos of advocaat

Stelling 1: In geval van een medisch incident moeten slachtoffers kosteloos geadviseerd worden over het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moeten slachtoffers een advocaat raadplegen voor advies omtrent het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding.

Net zoals bij variabele 6, is er ook bij variabele 7 een sterke voorkeur voor de eerste stelling. Meer dan 85% van de respondenten vindt dat slachtoffers van een medisch incident kosteloos geadviseerd moeten worden. Dit kosteloos advies is een unieke eigenschap van het FMO wat de instelling erg toegankelijk maakt. Bij de rechtbank daarentegen moeten slachtoffers zelf advies inwinnen of een advocaat contacteren, willen ze een nutsafweging maken voor het starten van een rechtszaak.



Na de stellingen werden de respondenten gevraagd vijf kenmerken van een medisch aansprakelijkheidssysteem te ordenen volgens hun persoonlijke voorkeur. Tabel 3.2 geeft de gemiddelde waarde aan van elke variabele.

Tabel 3.2 Stellingen rangschikken

	Kennis-neming over wat er precies is mis gegaan.	Het snel afhandelen van een procedure.	Het behouden van een goede patiënt-arts relatie.	Het verkrijgen van een schade-vergoeding.	De zorg-verlener gestraft zien worden.
N	645	645	645	645	645
Gemiddelde	1,3984	3,1628	3,0279	2,7426	4,6682
Std. Deviatie	,78475	1,07766	1,14310	,97745	,72553

De gemiddelde waarden van zowel de eerste als de laatste variabele in tabel 3.2 wijken erg af van de drie middelste variabelen. Waar de eerste met een gemiddelde waarde van 1,3984 een stuk lager ligt, ligt de laatste variabele met een gemiddelde van 4,6682 een stuk hoger dan de andere drie. Hoe lager de gemiddelde waarde, hoe belangrijker de respondent de variabele acht. In 3.3.3 ANOVA, T-test, Regressies en Herhaalde metingen, wordt dieper op deze onderlinge verschillen in gemiddelde waarden ingegaan.

Fig. 3.11 Kennisneming over wat er precies is mis gegaan (N=645)

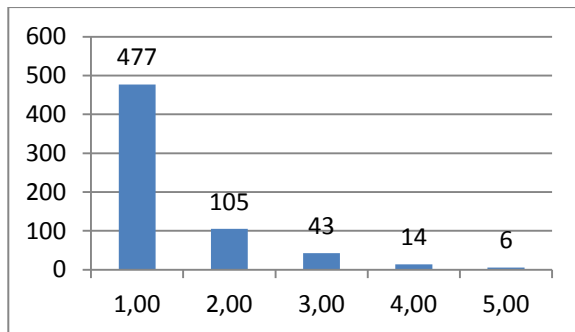


Fig. 3.12 Het snel afhandelen van een procedure (N=645)

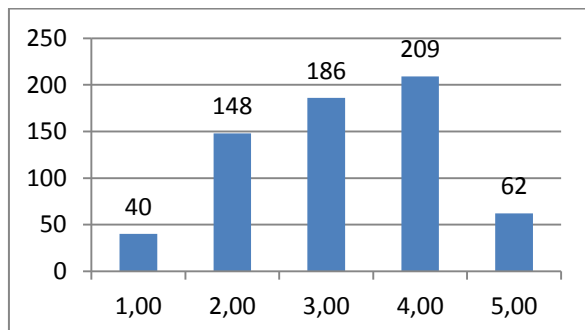


Fig. 3.13 Het behouden van een goede patiënt-arts relatie (N=645)

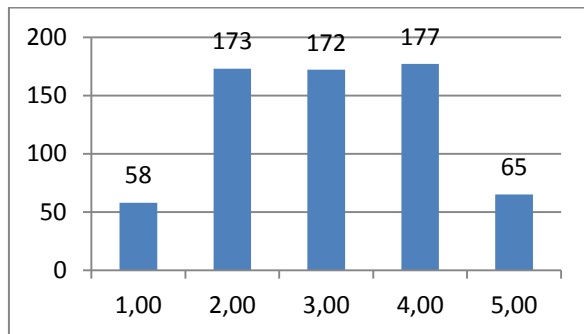


Fig. 3.14 Het verkrijgen van een schadevergoeding (N=645)

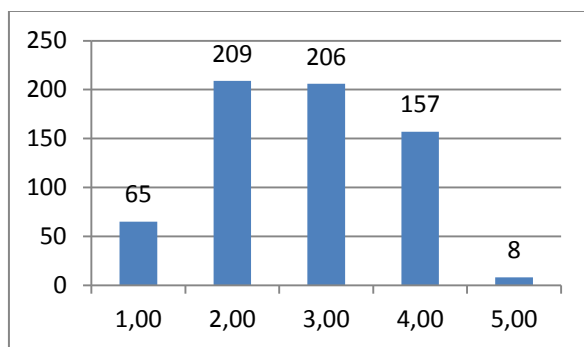
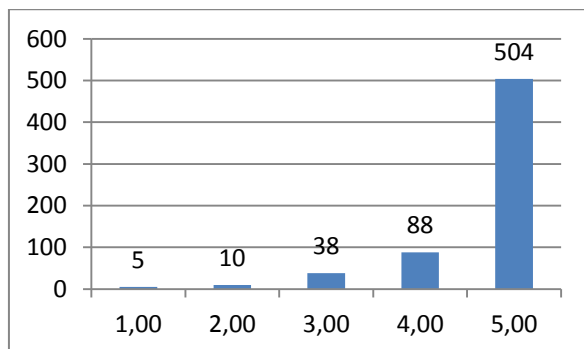


Fig. 3.15 De zorgverlener gestraft zien worden (N=645)



3.3.1.3 Vertrouwdheid met het medisch aansprakelijkheidssysteem

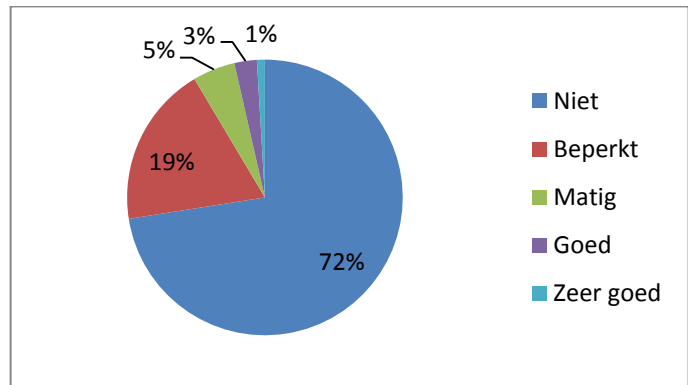
Het voorlaatste onderdeel van de vragenlijst tracht te onderzoeken in welke mate de respondenten op de hoogte zijn van het huidige medische aansprakelijkheidssysteem. Bij de vraag, in welke mate men op de hoogte is van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem door de wet van 31 maart 2010, wordt er een gemiddeld antwoord gescoord van 1,41. Dit betekent dat de gemiddelde respondent niet of beperkt op de hoogte is van de hervorming. Wanneer vervolgens naar de frequentieverdeling in figuur 3.16 gekeken wordt, blijkt dat 72% van de respondenten totaal niet op de hoogte is van de hervorming en dat 91% niet tot beperkt op de hoogte is. Dit zijn erg hoge percentages. Het

kan om die reden zeker nuttig zijn om het nu geldende medische aansprakelijkheidssysteem wat meer in de aandacht te brengen.

Tabel 3.3 Op de hoogte van het systeem?

	Op de hoogte van het systeem?
N	644
Gemiddelde	1,41
Std. Deviatie	,782

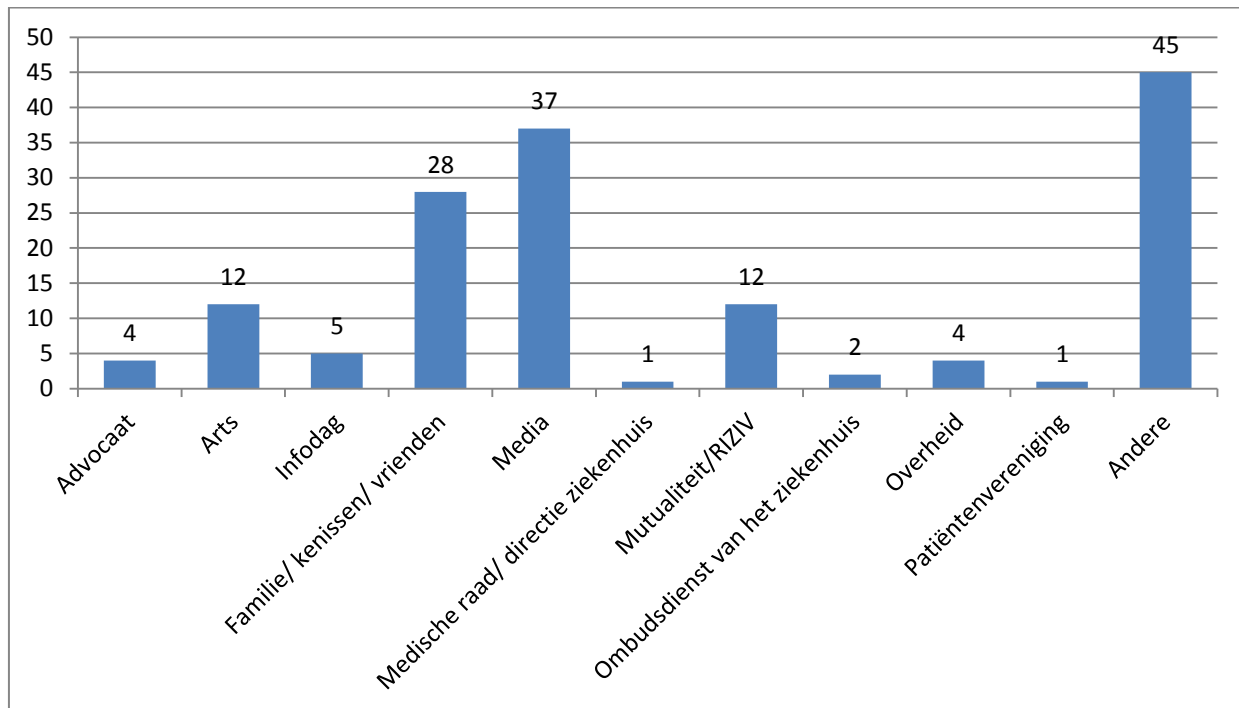
Fig. 3.16 Op de hoogte van het systeem?(N=644)



Vervolgens werden de respondenten bevraagd over het medisch aansprakelijkheidssysteem dat op dit moment van kracht is. Hierbij kregen ze de keuze uit vier antwoordmogelijkheden waarvan één luidde: ik weet het niet. Doordat vele respondenten bij deze vraag gegokt hebben, is deze uit de analyses gelaten om fouten te vermijden.

Tot slot werd aan de respondenten die op zijn minst beperkt op de hoogte waren, gevraagd op welke manier ze in contact zijn gebracht met de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem. Uit figuur 3.17 blijkt dat het overgrote deel informatie had gehaald uit de media, familie, vrienden, kennissen en andere. Verder wordt er nog een beperkte hoeveelheid informatie gehaald bij artsen, mutualiteiten en het RIZIV.

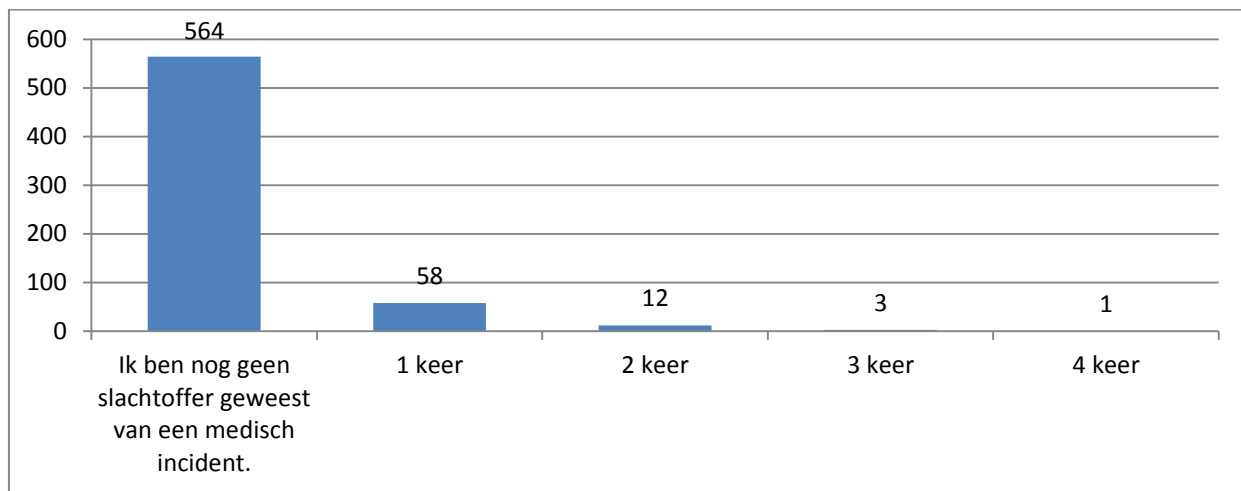
Fig. 3.17 Manieren waarop men op de hoogte is geraakt van het systeem (N=151)



3.3.1.4 Ervaring met het medisch aansprakelijkheidssysteem

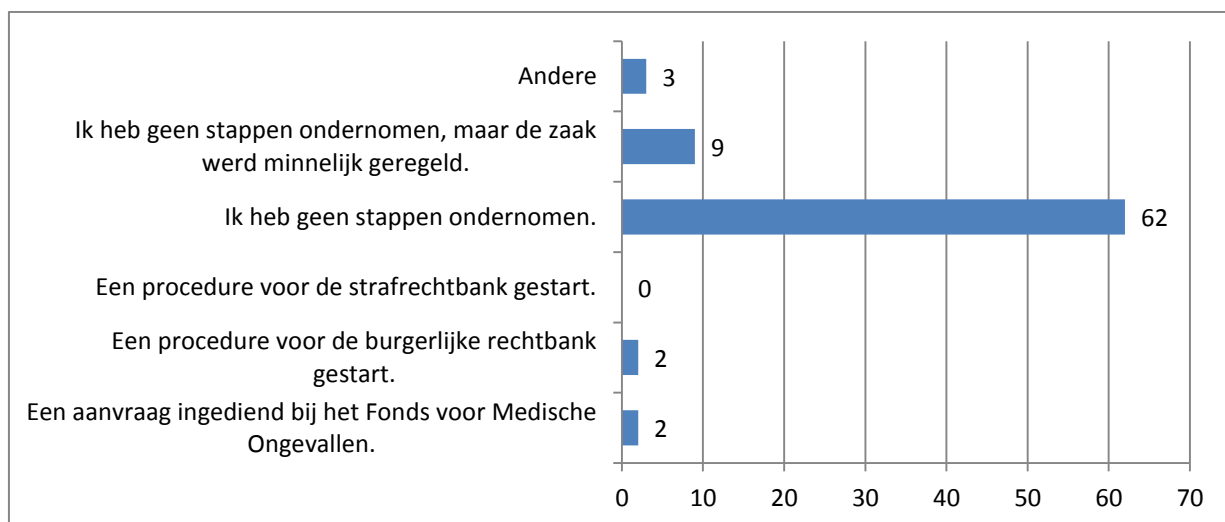
Aan het einde van de vragenlijst, werd de ervaring van de respondenten met het medisch aansprakelijkheidssysteem nagegaan. Het valt onmiddellijk op dat heel wat respondenten reeds in contact zijn gekomen met een medisch incident, namelijk 11% van de respondenten. Eén respondent is zelfs al 4 keer slachtoffer geweest, wat erg veel is. Bij de vraag hoe vaak iemand slachtoffer geweest is van een medisch incident, had de respondent zes antwoordmogelijkheden waarbij een score 1 werd gegeven aan 'nog nooit slachtoffer geweest', een score 2 aan '1 keer slachtoffer', een score 3 aan '2 keer slachtoffer', enz. Een score 6 werd gegeven aan 'meer dan 4 keer slachtoffer' maar dit antwoord was voor geen enkele respondent van toepassing.

Fig. 3.18 Aantal keren slachtoffer (N=638)



Wanneer er vervolgens echter gevraagd werd welke stappen ze ondernomen hadden, was er slechts één respondent die een advocaat had geraadpleegd voor verder advies en waren er slechts vier respondenten die naar het FMO of de rechtbank gegaan waren om een procedure op te starten. Er zal bijgevolg weinig tot geen informatie kunnen worden gehaald uit de volgende vragen aangezien vier respondenten voor het FMO en de rechtbank samen niet representatief genoeg is. Toch worden hieronder nog kort de resultaten besproken opdat ze niet volledig verloren zouden gaan.

Fig. 3.19 De genomen stappen na een medisch ongeval (N=78)



Een procedure gestart bij de burgerlijke rechtbank

Twee respondenten hadden aangegeven dat ze ervaring hadden met een procedure bij de rechtbank. Uit de gegevens blijkt dat één van de respondenten de beslissing om naar de rechtbank te stappen zelf had genomen maar ook werd overtuigd door de mutualiteiten en het RIZIV. De andere respondent werd aangespoord door familie, vrienden of kennissen en door de ombudsdienst van het ziekenhuis. Voor beide slachtoffers is de procedure goed afgelopen. Ze kregen gelijk en hun schade werd door de verzekeraar van de zorgverlener uitbetaald. Toch ervaren ze de procedure bij de rechtbank beide anders. De eerste respondent vond dat de procedure binnen een redelijke termijn werd afgerond en dat er rekening werd gehouden met zijn positie als patiënt. De andere respondent daarentegen was met deze stellingen helemaal niet akkoord. Ook de confrontatie met de zorgverlener vond de tweede respondent eerder zwaar terwijl de eerste respondent hier geen problemen mee had. De vergoeding die uiteindelijk werd uitbetaald was voor de eerste respondent voldoende maar werd door de tweede als te weinig geacht. Tot slot stellen beide respondenten dat de bewijslast zwaar was.

Een procedure gestart bij het FMO

Ook bij het FMO hebben twee respondenten een aanvraag ingediend. De eerste is er terecht gekomen via een betrokken arts en de andere via een andere patiënt. Deze respondenten hebben nooit een uitbetaling gehad want hun aanvraag tot schadevergoeding werd ingetrokken. Toch lopen de ervaringen van de respondenten net zoals bij de rechtbank erg uiteenlopend. Zo was de eerste respondent eerder tevreden over de termijn waarbinnen de aanvraag werd behandeld en vond hij of zij dat er voldoende rekening werd gehouden met de positie als patiënt terwijl de tweede respondent het met deze zaken volledig oneens was. Verdere vragen werden door de eerste respondent beantwoord met 'niet van toepassing'. De tweede respondent antwoorde ook niet van toepassing bij de vraag of de confrontatie met de zorgverlener zwaar was maar wist wel op de laatste twee vragen zijn mening aan te geven. Zo stelde hij of zij dat het leveren van de bewijslast niet zwaar was maar dat de ontvangen vergoeding helemaal niet in verhouding was met de geleden schade, waarschijnlijk omdat er geen vergoeding is uitbetaald.

3.3.2 Correlaties

Een correlatieanalyse wordt gebruikt om de sterkte en de richting van een verband tussen twee variabelen weer te geven. De meest gebruikte maat om dit te testen is de Pearson-correlatiecoëfficiënt. Deze meet het lineaire verband tussen twee interval/ratio variabelen en ligt telkens tussen -1 (perfect negatief verband) en +1 (perfect positief verband). Voor een positief verband geldt dat bij een toename van de ene variabele (x), er ook een toename van de andere variabele (y) is. Bij een negatief verband daarentegen geldt dat bij een toename van de ene variabele (x) er een afname is van de andere variabele (y) (De Vocht, 2011).

De reden dat in dit onderzoek gebruik gemaakt wordt van correlaties is dat er naast de beschrijvende statistiek ook gezocht wordt naar variabelen die invloed hebben op de stellingen rond perceptie. Om deze invloed te kunnen berekenen moet eerst gezocht worden naar verbanden tussen de variabelen. Een correlatietabel is hiervoor uiterst geschikt omdat het in één tabel een volledig overzicht geeft van al de variabelen die onderling samenhang vertonen.

Wanneer gekeken wordt naar tabel 3.4, vallen geen sterke verbanden op maar wel een groot aantal verbanden, en enkelen daarvan zijn ook significant bevonden. In wat volgt worden niet alle correlaties besproken, enkel diegenen die relevant zijn voor deze masterproef. Later volgen de f-testen, t-testen en regressies waar dieper wordt ingegaan op de verbanden tussen de variabelen en waar deze indien mogelijk verklaard worden.

Variabele 1: snel of grondig

Zowel Diploma als het aantal keer dat iemand slachtoffer is geweest van een medisch ongeval hebben een positief verband met Variabele 1. Het verband is niet groot, namelijk 0,074 en 0,088 maar het geeft wel aan dat naarmate de respondenten een snelle procedure minder belangrijk of een grondige procedure belangrijker achten, ook het behaalde diploma en het aantal keren dat ze reeds slachtoffer zijn geweest, hoger liggen. Verder staat Variabele 1 ook nog in verband met Variabele 2. Het gaat daar wel om een negatief verband met een correlatiecoëfficiënt van -0,081 en een significantieniveau van 0,05, wat betekent dat wanneer respondenten een snelle procedure minder belangrijk of een grondige procedure belangrijker vinden, ze minder voorstander zijn van enkel de ernstige schade volledig uit te betalen of meer voorstander zijn een schadevergoeding voor iedereen ook al dekt die dan niet de volledige schade.

Variabele 2: alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden

Uit de correlatietabel valt af te lezen dat Variabele 2 een negatief verband vertoont met Leeftijd, Bezoek huisarts, Variabele 1 en Variabele 6. Dit betekent dat de respondenten die het belangrijker vinden dat alle schadegevallen gedeeltelijk vergoed worden of het minder belangrijk vinden dat enkel de ernstige schadegevallen volledig vergoed worden, ouder zijn, meer bezoeken aan de huisarts brengen, hoger scoren op Variabele 1 (deze werd in de vorige paragraaf besproken) en het behoud van de patiënt-arts relatie minder belangrijk achten. De correlatiecoëfficiënten bedragen respectievelijk -0,164, -0,102, -0,081 en -0,126 en zijn op Variabele 1 na significant op een niveau van 0,01. Daarnaast valt er ook een verband waar te nemen bij Variabele 2 met Werksituatie en Variabele 4 van 0,123 en 0,089. Dit wil zeggen dat een toename in de voorkeur om alle schade gedeeltelijk te vergoeden samenhangt met een toename in de score bij de variabele Werksituatie en een toename bij de voorkeur om de zorgverlener het foutbewijs te laten leveren. Aangezien de variabele Werksituatie geen rangorde heeft zal een toename eerder staan voor een verandering in werksituatie. Over welke verandering het precies zal gaan, zal met een F-test nog onderzocht worden.

Variabele 3: betaling door de nationale solidariteit of de zorgverlener

Variabele 3 vertoont een positief verband met Leeftijd en Variabele 6, dus een ouder persoon of respondenten die relatiebehoud met de arts minder belangrijk vinden, hebben een minder sterke voorkeur voor betaling door de nationale solidariteit. De correlatiecoëfficiënten bedragen 0,088 en 0,076 en zijn significant op een niveau van 0,05. Daarnaast blijkt Variabele 3 ook een negatief verband te hebben met Ingrep en Nazorg. Bijgevolg zal een toename in het aantal ingrepen of nazorg gepaard gaan met een toename in de voorkeur voor betaling door de nationale solidariteit. Hierbij bedragen de correlatiecoëfficiënten 0,114 en 0,097 en de significantieniveaus 0,01 en 0,05.

Variabele 4: Bewijslast bij zorgverlener of slachtoffer

Bij Variabele 4 kunnen acht correlaties worden teruggevonden. Werksituatie, Variabele 2, Variabele 5 en Variabele 7 hebben als correlatiecoëfficiënt respectievelijk 0,127, 0,089, 0,132 en 0,171 en hebben allemaal buiten Variabele 2 een significantieniveau van 0,01. Bijgevolg kan gesteld worden dat wanneer de respondent minder van mening is dat de bewijslast door de zorgverlener geleverd moet worden of eerder van mening is dat deze door het slachtoffer geleverd moet worden, de respondent hoger scoort op Werksituatie,

Variabele 2, Variabele 5 en Variabele 7. Een verhoging in Werksituatie en Variabele 2 werden al eerder besproken. Een hogere score op Variabele 5 betekent een vermindering in de voorkeur voor een onafhankelijke instelling of een toename in de voorkeur voor de rechtbank en een hogere score op Variabele 7 betekent een vermindering in de voorkeur voor een kosteloos advies of een toename in de voorkeur voor advies door een advocaat. Variabele 4 vertoont vervolgens ook een verband met Leeftijd, Bezoek huisarts, Raadpleging en Ingreep. Hierbij zijn de correlatiecoëfficiënten respectievelijk -0,139, -0,082, -0,138 en -0,080 en is het significantieniveau 0,01 bij Leeftijd en Raadpleging en 0,05 bij Bezoek huisarts en Ingreep. Dit houdt in dat respondenten die minder van mening zijn dat de bewijslast door de zorgverlener geleverd moet worden, jonger zijn, minder bezoeken brengen aan de huisarts, minder op raadpleging moeten en minder ingrepen ondergaan.

Variabele 5: onafhankelijke instelling of rechtbank

Leeftijd blijkt ook met Variabele 5 een verband te hebben. De correlatiecoëfficiënt bedraagt -0,272 en het significantieniveau ligt op 0,01. Dit verband ligt relatief hoog ten opzichte van de vorige correlaties en toont aan dat wanneer respondenten minder neigen naar een onafhankelijke instelling of meer naar de rechtbank, ze over het algemeen jonger zijn. Leeftijd is niet de enige variabele die correleert met Variabele 5. Ook Werksituatie, Variabele 4 en Variabele 7 vertonen een verband met Variabele 5. Bij deze variabelen gaat het om een positieve correlatie en de correlatiecoëfficiënten bedragen 0,198, 0,132 en 0,143. Dit betekent dat wanneer respondenten minder neigen naar een onafhankelijke instelling of meer naar de rechtbank, ze hoger scoren op de variabelen Werksituatie, Variabele 4 en Variabele 7. Bij Variabele 4 betekent dit dat de respondent minder van mening is dat de bewijslast door de zorgverlener gedragen moet worden of meer door het slachtoffer en bij Variabele 7 betekent dit dat de respondent minder van mening is dat het advies kosteloos moet zijn of dat eerder een advocaat moet worden geraadpleegd.

Variabele 6: relatie behouden of straffen

Geslacht, Variabele 3 en Variabele 7 vertonen een positief verband met Variabele 6 met correlatiecoëfficiënten van 0,082, 0,076 en 0,109. De eerste twee hebben een significantieniveau van 0,05 en de laatste heeft een significantieniveau van 0,01. Dit positief verband betekent dat naarmate relatie behouden minder belangrijk wordt of straffen belangrijker wordt, ook Geslacht, Variabele 3 en Variabele 7 hoger scoren. Voor de variabele Geslacht betekent dit dat er dan een verschuiving plaats vindt waarbij de verhouding mannen ten opzichte van vrouwen toeneemt. Een hogere score van Variabele 3 staat voor

een daling in voorkeur voor uitbetaling van schadevergoeding door de nationale solidariteit of een stijging voor uitbetaling door de zorgverlener en een hogere score van Variabele 7 staat voor een daling in voorkeur voor kosteloos advies of een stijging in voorkeur voor het raadplegen van een advocaat. Verder staan de variabelen Raadpleging, Nazorg en Variabele 2 in negatief verband met Variabele 6. De correlatiecoëfficiënten bedragen -0,095, -0,083 en -0,126 waarbij de eerste twee significant zijn op een niveau van 0,05 en de laatste op een niveau van 0,01. Dit betekent dat het minder belangrijk vinden van arts-patiënt relaties of het belangrijker vinden van straffen, samenhangt met minder Raadplegingen en Nazorg en een stijgende voorkeur voor het gedeeltelijk vergoeden van alle schadegevallen.

Variabele 7: kosteloos of advocaat

Naast Variabele 4, 5 en 6 waarvan het verband in de vorige paragrafen reeds besproken werd, staat Variabele 7 ook in verband met Geslacht, Leeftijd en Werksituatie. Het gaat om een positief verband met Geslacht en Werksituatie en om een negatief verband met Leeftijd. De correlatiecoëfficiënten van Geslacht en Werksituatie bedragen 0,102 en 0,139 en zijn significant op een niveau van 0,01. Hieruit volgt dat een stijgende preferentie van een advies bekomen door een advocaat, samen gaat met een stijgende verhouding van mannen versus vrouwen en een verandering in Werksituatie. De correlatie tussen Variabele 7 en Leeftijd bedraagt -0,149 en heeft een significantieniveau van 0,01. Bijgevolg hangt een toename in voorkeur voor een advies bekomen door een advocaat samen met een daling in leeftijd.

Op de hoogte van het systeem

Enkel de variabele 'Aantal keren slachtoffer' vertoont een positief verband met de variabele 'Op de hoogte van het systeem'. De correlatiecoëfficiënt bedraagt 0,101 en heeft een significantieniveau van 0,01. Hieruit volgt dat een toenemend aantal mensen die op de hoogte zijn van het systeem, samen gaat met een toenemend aantal mensen die reeds slachtoffer zijn geweest van een medisch incident. Dit verband viel te verwachten aangezien veel mensen pas onderzoekwerk doen naar het systeem wanneer ze er zelf mee in contact komen.

Aantal keren slachtoffer

Zoals in vorige paragrafen reeds werd besproken staat het op de hoogte zijn van het systeem en Variabele 1 in positief verband met hoe vaak iemand slachtoffer is geweest. Daarnaast staan ook Bezoek huisarts, Raadpleging, Ingreep, Nazorg en Opname in positief

verband met de variabele 'Aantal keren slachtoffer'. De correlatiecoëfficiënten bedragen 0,166, 0,132, 0,132 0,224 en 0,185 en hebben allemaal een significantieniveau van 0,01. Deze correlatie is niet abnormaal want meer bezoeken aan dokters, specialisten, enz. verhogen automatisch de kans op een medisch incident. Geslacht daarentegen staat in negatief verband met hoe vaak iemand slachtoffer is. De correlatiecoëfficiënt bedraagt - 0,112 en heeft een significantieniveau van 0,01. Dit negatief verband betekent dat respondenten die meer slachtoffer zijn van een medisch incident, vaker vrouwen zijn.

Tabel 3.4 Correlatietabel

		Ge- slacht	Leef- tijd	Hoog- ste diplo- ma	Werk- situatie	Bezoek huis- arts	Raad- ple- ging	In- greep	Na- zorg	Opna- me	Varia- bele 1: snel of gron- dig	Varia- bele 2: alle schade gedeel- telijk of enkel ernstige schade volledig vergoe- den	Varia- bele 3: betaling door de nationale solidari- teit of de zorgver- lener	Varia- bele 4: bewijs- last bij zorgver- lener of slach- toffer	Varia- bele 5: onaf- hankelijke instelling of rechtbank	Varia- bele 6: relatie behou- den of straffen	Varia- bele 7: koste- loos of advo- caat	Op de hoog- te van het sys- teem	Aantal keren slach- toffer
Geslacht	Pearson Corre- latie	1	,042	-,037	,029	-,192**	-,130**	-,115**	-,095**	-,109**	-,049	,068	,038	,009	-,057	,082 [†]	,102**	-,019	-,112**
	Sig.		,247	,310	,427	,000	,000	,002	,010	,003	,191	,071	,316	,821	,143	,034	,009	,625	,005
	N	753	753	753	751	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638
Leeftijd	Pearson Corre- latie	,042	1	,081 [†]	-,590**	,159**	,076 [†]	,004	,087 [†]	,096**	-,002	-,164**	,088 [†]	-,139**	-,272**	,007	-,149**	,054	-,032
	Sig.	,247		,027	,000	,000	,039	,916	,018	,009	,960	,000	,022	,000	,000	,863	,000	,174	,424
	N	753	753	753	751	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638
Hoogste diploma	Pearson Corre- latie	-,037	,081 [†]	1	-,091 [†]	-,018	,073 [†]	-,056	-,026	,045	,074 [†]	,030	,044	-,045	-,045	-,015	,026	,077	-,051
	Sig.	,310	,027		,013	,618	,046	,129	,482	,219	,046	,429	,246	,237	,242	,693	,499	,051	,195
	N	753	753	753	751	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638
Werk- situatie	Pearson Corre- latie	,029	-,590**	-,091 [†]	1	-,120**	-,056	-,017	-,057	-,028	-,007	,123**	-,040	,127**	,198**	,007	,139**	-,005	,004
	Sig.	,427	,000	,013		,001	,129	,650	,121	,451	,852	,001	,295	,001	,000	,863	,000	,894	,926
	N	751	751	751	751	744	744	744	744	744	718	699	685	676	669	666	655	642	636
Bezoek huisarts	Pearson Corre- latie	-,192**	,159**	-,018	-,120**	1	,405**	,288**	,302**	,242**	-,031	-,102**	-,018	-,082 [†]	-,059	-,014	,046	,054	,166**
	Sig.	,000	,000	,618	,001		,000	,000	,000	,000	,399	,007	,634	,032	,125	,713	,240	,173	,000
	N	746	746	746	744	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638

		Ge- slacht	Leef- tijd	Hoog- ste diplo- ma	Werk- situatie	Bezoek huis- arts	Raad- ple- ging	In- greep	Na- zorg	Opna- me	Varia- bele 1: snel of gron- dig	Varia- bele 2: alle schade gedeel- telijk of enkel ernstige schade volledig vergoe- den	Varia- bele 3: betaling door de nationale solidari- teit of de zorgver- lener	Varia- bele 4: bewijs- last bij zorgver- lener of slach- toffer	Varia- bele 5: onaf- hankelijke instelling of rechtbank	Varia- bele 6: relatie behou- den of straffen	Varia- bele 7: koste- loos of advocaat	Op de hoog- te van het sys- teem	Aantal keren slacht- offer
Raad- pleging	Pearson Corre- latie	-,130**	,076*	,073*	-,056	,405**	1	,491**	,414**	,316**	-,011	-,045	,002	-,138**	-,065	-,095*	-,054	-,024	,132**
	Sig.	,000	,039	,046	,129	,000		,000	,000	,000	,774	,235	,955	,000	,092	,014	,165	,546	,001
	N	746	746	746	744	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638
Ingrep	Pearson Corre- latie	-,115**	,004	-,056	-,017	,288**	,491**	1	,489**	,438**	,035	-,037	-,114**	-,080*	,010	-,033	-,035	-,032	,132**
	Sig.	,002	,916	,129	,650	,000	,000		,000	,000	,346	,322	,003	,036	,798	,399	,364	,424	,001
	N	746	746	746	744	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638
Nazorg	Pearson Corre- latie	-,095**	,087*	-,026	-,057	,302**	,414**	,489**	1	,482**	,045	-,007	-,097*	-,042	-,001	-,083*	-,017	,027	,224**
	Sig.	,010	,018	,482	,121	,000	,000	,000		,000	,228	,844	,011	,274	,970	,031	,655	,496	,000
	N	746	746	746	744	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638
Opname	Pearson Corre- latie	-,109**	,096**	,045	-,028	,242**	,316**	,438**	,482**	1	,053	-,016	-,071	-,041	,002	,001	-,069	,062	,185**
	Sig.	,003	,009	,219	,451	,000	,000	,000	,000		,158	,677	,064	,281	,963	,984	,077	,114	,000
	N	746	746	746	744	746	746	746	746	746	720	701	687	678	671	668	657	644	638
Variabele 1: snel of grondig	Pearson Corre- latie	-,049	-,002	,074*	-,007	-,031	-,011	,035	,045	,053	1	-,081*	-,060	-,045	,042	,009	,007	,051	,088*
	Sig.	,191	,960	,046	,852	,399	,774	,346	,228	,158		,032	,116	,242	,283	,817	,850	,195	,025
	N	720	720	720	718	720	720	720	720	720	720	701	687	678	671	668	657	644	638

		Ge- slacht	Leef- tijd	Hoog- ste diplo- ma	Werk- situatie	Bezoek huis- arts	Raad- ple- ging	In- greep	Na- zorg	Opna- me	Varia- bele 1: snel of gron- dig	Varia- bele 2: alle schade gedeel- telijk of enkel ernstige schade volledig vergoe- den	Varia- bele 3: betaling door de nationale solidari- teit of de zorgver- lener	Varia- bele 4: bewijs- last bij zorgver- lener of slach- toffer	Varia- bele 5: onaf- hankelijke instelling of rechtbank	Varia- bele 6: relatie behou- den of straffen	Varia- bele 7: koste- loos of advocaat	Op de hoog- te van het sys- teem	Aantal keren slacht- offer
Variabele 2: alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden	Pearson Correlatie	,068	-,164**	,030	,123**	-,102**	-,045	-,037	-,007	-,016	-,081 ⁺	1	,059	,089 ⁺	,044	-,126**	-,032	,004	-,018
	Sig.	,071	,000	,429	,001	,007	,235	,322	,844	,677	,032		,124	,021	,250	,001	,417	,918	,651
	N	701	701	701	699	701	701	701	701	701	701	701	687	678	671	668	657	644	638
Variabele 3: Betaling door de nationale solidariteit of de zorgverlener	Pearson Correlatie	,038	,088 ⁺	,044	-,040	-,018	,002	-,114**	-,097 ⁺	-,071	-,060	,059	1	-,062	,039	,076 ⁺	,054	-,057	,054
	Sig.	,316	,022	,246	,295	,634	,955	,003	,011	,064	,116	,124		,107	,318	,050	,167	,147	,172
	N	687	687	687	685	687	687	687	687	687	687	687	687	678	671	668	657	644	638
Variabele 4: bewijslast bij zorgverlener of slachtoffer	Pearson Correlatie	,009	-,139**	-,045	,127**	-,082 ⁺	-,138**	-,080 ⁺	-,042	-,041	-,045	,089 ⁺	-,062	1	,132**	-,019	,171**	,068	,048
	Sig.	,821	,000	,237	,001	,032	,000	,036	,274	,281	,242	,021	,107		,001	,624	,000	,084	,231
	N	678	678	678	676	678	678	678	678	678	678	678	678	678	671	668	657	644	638
Variabele 5: onafhankelijke instelling of rechtbank	Pearson Correlatie	-,057	-,272**	-,045	,198**	-,059	-,065	,010	-,001	,002	,042	,044	,039	,132**	1	,046	,143**	-,019	-,029
	Sig.	,143	,000	,242	,000	,125	,092	,798	,970	,963	,283	,250	,318	,001		,236	,000	,623	,460
	N	671	671	671	669	671	671	671	671	671	671	671	671	671	671	668	657	644	638
Variabele 6: relatie behouden of straffen	Pearson Correlatie	,082 ⁺	,007	-,015	,007	-,014	-,095 ⁺	-,033	-,083 ⁺	,001	,009	-,126**	,076 ⁺	-,019	,046	1	,109**	-,026	-,009
	Sig.	,034	,863	,693	,863	,713	,014	,399	,031	,984	,817	,001	,050	,624	,236		,005	,506	,828
	N	668	668	668	666	668	668	668	668	668	668	668	668	668	668	668	657	644	638

		Ge- slacht	Leef- tijd	Hoog- ste diplo- ma	Werk- situatie	Bezoek huis- arts	Raad- ple- ging	In- greep	Na- zorg	Opna- me	Varia- bele 1: snel of gron- dig	Variabe- le 2: alle schade gedeel- telijk of enkel ernstige schade volledig vergoe- den	Variabele 3: betaling door de nationale solidari- teit of de zorgver- lener	Variabele 4: bewijs- last bij zorgver- lener of slach- toffer	Variabele 5: onaf- hankelijke instelling of rechtbank	Variabele 6: relatie behou- den of straffen	Variabele 7: koste- loos of advocaat	Op de hoog- te van het sys- teem	Aantal keren slacht- offer
Variabele 7: kosteloos of advocaat	Pearson Correlatie	,102**	-,149**	,026	,139**	,046	-,054	-,035	-,017	-,069	,007	-,032	,054	,171**	,143**	,109**	1	,072	-,058
	Sig.	,009	,000	,499	,000	,240	,165	,364	,655	,077	,850	,417	,167	,000	,000	,005		,068	,146
	N	657	657	657	655	657	657	657	657	657	657	657	657	657	657	657	657	644	638
Op de hoogte van het systeem	Pearson Correlatie	-,019	,054	,077	-,005	,054	-,024	-,032	,027	,062	,051	,004	-,057	,068	-,019	-,026	,072	1	,101*
	Sig.	,625	,174	,051	,894	,173	,546	,424	,496	,114	,195	,918	,147	,084	,623	,506	,068		,010
	N	644	644	644	642	644	644	644	644	644	644	644	644	644	644	644	644	644	638
Hoe vaak slachtoffer	Pearson Correlatie	-,112**	-,032	-,051	,004	,166**	,132**	,132**	,224**	,185**	,088*	-,018	,054	,048	-,029	-,009	-,058	,101*	1
	Sig.	,005	,424	,195	,926	,000	,001	,001	,000	,000	,025	,651	,172	,231	,460	,828	,146	,010	
	N	638	638	638	636	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638	638

** . Correlatie is significant op een 0.01 level (2-tailed).

* . Correlatie is significant op een 0.05 level (2-tailed).

3.3.3 F-toets, T-toets, Regressies en Herhaalde metingen

3.3.3.1 F-test

De resultaten van een F-toets kunnen terug gevonden worden in de ANOVA-tabel. De F-toets en meer specifiek de optie 'Post Hoc', zal nagaan tussen welke groepen de groepsgemiddelden verschillend zijn van elkaar. Deze Post Hoc toets is uiteraard pas zinvol wanneer de groepsgemiddelden ongelijk zijn of met andere woorden wanneer uit de anova-tabel blijkt dat het significantieniveau lager ligt dan 0,05. Als dit het geval is, wordt er naar de Levene's toets gekeken. Indien deze niet significant is, worden de resultaten van Bonferroni geraadpleegd. Indien deze wel significant is, wordt naar de resultaten van Tamhane gekeken.

Het gebruik van een F-test is in deze studie uiterst nuttig. Uit de correlatietabel bleek reeds dat er tussen een aantal variabelen samenhang bestond. Door een F-test te gebruiken wordt hier dieper op ingegaan en kan onderzocht worden welke antwoordcategorieën van de verschillende variabelen nu precies een invloed hebben op elkaar.

Variabele 1: snel of grondig

Variabele 1 en Diploma

Uit de anova-test die de groepsgemiddelden van diploma vergelijkt in tabel 3.5, blijkt dat Hoogstens lager onderwijs de grondigheid belangrijker vinden in een procedure dan Hoger secundair onderwijs en Universiteit. Het gaat om een verschil in gemiddelde van 0,588 en 0,349. In het eerste geval bedraagt het significantieniveau 0,01 en in het tweede 0,05. Een verklaring voor dit verschil is er niet.

Tabel 3.5 Variabele 1 en Diploma

Wat is uw hoogst behaalde diploma?			Gemiddelde I	Gemiddelde J	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Hoogstens lager onderwijs (I)	Hoger secundair onderwijs (algemeen/ technisch/ beroeps) (J)	6,00	5,41	,588*	,000
		Universiteit/ academische master universiteit (J)	6,00	5,65	,349*	,020

Variabele 2: alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden

Variabele 2 en Werksituatie

Uit onderstaande tabel blijkt dat studenten hoger scoren op variabele 2 en er dus minder van overtuigd zijn dat alle schadegevallen gedeeltelijk moeten worden vergoed dan de bedienden. Studenten behalen een gemiddelde score van 3,53 terwijl bedienden een gemiddelde score hebben van 3,06.

Tabel 3.6 Variabele 2 en Werksituatie

(I) Welk van volgende omschrijvingen geeft uw dagelijkse werksituatie het beste weer?			Gemiddelde I	Gemiddelde J	Verskil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Bediende (I)	Student (J)	3,06	3,53	-,472*	,037

Variabele 2 en Bezoek huisarts

Naast de werksituatie, is het antwoord op variabele 2 ook afhankelijk van het aantal bezoeken aan de huisarts. Zo blijkt dat de respondenten die minder dan 1 keer naar de huisarts gaan per jaar, het veel minder belangrijk vinden dat alle schadegevallen gedeeltelijk vergoed worden dan de respondenten die meer dan 10 keer per jaar een bezoek aan de huisarts brengen. De gemiddelde scores bedragen respectievelijk 3,58 en 2,33. Een mogelijke verklaring hiervoor is misschien dat respondenten die meer dan 10 keer per jaar naar de huisarts gaan, door hun groter beroep op zorgverleners, een grotere kans hebben om slachtoffer te worden van een medisch incident. Zij zullen het bijgevolg belangrijk vinden dat als een medisch incident zich voordoet, ze hiervoor toch een vergoeding ontvangen.

Tabel 3.7 Variabele 2 en Bezoek huisarts

Hoe vaak brengt u gemiddeld per jaar een bezoek aan de huisarts?			Gemiddelde I	Gemiddelde J	Verskil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Minder dan 1 keer (I)	meer dan 10 keer (J)	3,58	2,33	1,249*	,024

Variabele 3: betaling door de nationale solidariteit of zorgverlener

Variabele 3 en Ingreep

Variabele 3 be vraagt wie volgens de respondenten financieel moet instaan voor de geleden schade: de nationale solidariteit of de zorgverlener zelf. Uit de F-test blijkt dat respondenten die de laatste vijf jaar 6 tot 10 ingrepen ondergaan hebben, het belangrijker vinden dat de betaling door de nationale solidariteit gebeurt dan respondenten die geen ingreep ondergaan hebben. Het verschil bedraagt 1,062 en is significant op een niveau van 0,50.

Tabel 3.8 Variabele 3 en Ingreep

Hoe vaak bent u de laatste 5 jaar in een groepspraktijk, medisch centrum of ziekenhuis bij een specialist-arts geweest voor het ondergaan van een behandeling/ ingreep/ onderzoek?			Gemiddelde I	Gemiddelde J	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Niet (I)	6 tot 10 keer (J)	3,32	2,26	1,062*	,050

Variabele 3 en Nazorg

Uit de analyses bleek dat na Ingreep ook Nazorg significante verschillen vertoonde. Zo scoren de respondenten die 6 tot 10 keer op nazorg moesten de laatste 5 jaar een stuk lager dan de respondenten die niet tot 5 keer op nazorg moesten. Deze eerste groep haalt een gemiddelde score van 2,17 en vindt het dus 'belangrijker' dat de nationale solidariteit instaat voor de vergoeding van slachtoffers van een medisch incident terwijl de tweede groep met een score van respectievelijk 3,18, 3,20 en 3,07 het 'eerder belangrijker' vindt dat de nationale solidariteit hiervoor instaat.

Tabel 3.9 Variabele 3 en Nazorg

Hoe vaak bent u de laatste 5 jaar in een groepspraktijk, medisch centrum of ziekenhuis bij een specialist-arts geweest voor nazorg (bv. Opvolging van een behandeling, enz.)			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	6 tot 10 keer (I)	Niet (J)	2,17	3,18	-1,018*	,007
		1 keer (J)	2,17	3,20	-1,029*	,016
		2 tot 5 keer (J)	2,17	3,07	-,900*	,041

Variabele 4: bewijslast bij zorgverlener of slachtoffer

Variabele 4 en Leeftijd

Uit de Post Hoc test kon worden afgeleid dat 18 tot 25 jarigen het minder belangrijk vinden dan 36 tot 55 jarigen dat de bewijslast bij de zorgverlener ligt. Met hun gemiddeldes van 3,32 en 2,81 prefereren beide groepen wel nog steeds de zorgverlener boven het slachtoffer aangezien het neutrale punt op 4 ligt.

Tabel 3.10 Variabele 4 en Leeftijd

Wat is uw leeftijd?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	18-25 jaar (I)	36-55 jaar (J)	3,32	2,81	,515*	,018

Variabele 4 en Werksituatie

Aangezien de 18 tot 25 jarigen in deze studie voornamelijk studenten zijn en de 36 tot 55 jarigen meestal bedienden, komen de resultaten van werksituatie sterk overeen met deze van leeftijd. Bijgevolg vinden ook hier de studenten het minder belangrijk dan de bedienden dat de bewijslast bij de zorgverlener ligt.

Tabel 3.11 Variabele 4 en Werksituatie

Welk van volgende omschrijvingen geeft uw dagelijkse werksituatie het beste weer?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Student (I)	Bediende (J)	3,35	2,84	,505*	,010

Variabele 4 en Raadpleging

Ook binnen de variabele Raadpleging zat een significant verschil wat betreft variabele 4. De respondenten die de laatste 5 jaar niet op raadpleging gingen, vinden het volgens tabel 3.12 minder belangrijk dat de bewijslast door de zorgverlener geleverd wordt dan respondenten die 6 tot 10 keer op raadpleging gingen. Het verschil bedraagt 0,955 en heeft een significantieniveau van 0,003.

Tabel 3.12 Variabele 4 en Raadpleging

Hoe vaak bent u de laatste 5 jaar in een groepspraktijk, medisch centrum of ziekenhuis bij een specialist-arts geweest voor een raadpleging?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Niet (I)	6 tot 10 keer (J)	3,63	2,68	,955*	,003

Variabele 4 en Variabele 2

Voor de respondenten die het belangrijk vinden dat alle schadegevallen gedeeltelijk vergoed worden is het noodzakelijker dat de bewijslast door de zorgverlener geleverd wordt dan voor de respondenten die dit een beetje belangrijker vinden of die zelfs vinden dat enkel de ernstige schadegevallen volledig vergoed moeten worden.

Tabel 3.13 Variabele 4 en Variabele 2

Alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Alle schade gedeeltelijk vergoeden veel belangrijker (I)	Alle schade gedeeltelijk vergoeden eerder belangrijker (J)	2,59	3,40	-,809*	,007
		Enkel ernstige schade volledig vergoeden eerder belangrijker (J)	2,59	3,37	-,786*	,031

Variabele 4 en Variabele 5

De respondenten die volledig voorstander zijn van een procedure voor een onafhankelijke instelling vinden het belangrijker dat de bewijslast door de zorgverlener geleverd wordt dan de respondenten die er lichtjes voorstander van zijn of die onverschillig zijn tussen beide stellingen. De verschillen in gemiddelden bedragen 0,801 en 0,901.

Tabel 3.14 Variabele 4 en Variabele 5

Onafhankelijke instelling of rechtbank?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Onafhankelijke instelling veel belangrijker (I)	Onafhankelijke instelling eerder belangrijker (J)	2,52	3,32	-,801*	,027
		Neutraal (J)	2,52	3,42	-,901*	,005

Variabele 4 en Variabele 7

Uit de analyses met Variabele 7 bleek dat de respondenten die kosteloos advies veel hoger in het vaandel dragen, het ook belangrijker vinden dat de bewijslast door de zorgverlener geleverd wordt dan de respondenten die een kosteloos advies lichtjes belangrijker vinden of er neutraal over zijn.

Tabel 3.15 Variabele 4 en Variabele 7

Kosteloos of advocaat?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Kosteloos advies veel belangrijker (I)	Kosteloos eerder belangrijker (J)	2,70	3,54	-,848*	,002
		Neutraal (J)	2,70	3,74	-1,048*	,017

Variabele 5: Onafhankelijke instelling of rechtbank*Variabele 5 en Leeftijd*

De antwoorden op variabele 5 variëren sterk tussen de verschillende leeftijdscategorieën. Zo zijn de respondenten die jonger zijn dan 18 jaar eerder voorstander van een procedure bij de rechtbank terwijl de respondenten vanaf 36 een duidelijke voorkeur hebben voor een onafhankelijke instelling. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de jongeren weinig op de hoogte zijn van de verschillen tussen een onafhankelijke instelling en de rechtbank en bijgevolg het antwoord kiezen wat hun het bekendst in de oren klinkt. Ook de respondenten van 18-25 jaar vertonen een gelijkaardig patroon maar zij hebben toch net zoals de oudere respondenten nog een zwakke voorkeur voor een procedure langs een onafhankelijke instelling.

Tabel 3.16 Variabele 5 en Leeftijd

Wat is uw leeftijd?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Jonger dan 18 jaar (I)	36-55 jaar (J)	4,80	2,67	2,129*	,001
		56-65 jaar (J)	4,80	2,50	2,300*	,002
		Ouder dan 65 jaar (J)	4,80	2,00	2,800*	,000
	18-25 jaar	36-55 jaar (J)	3,54	2,67	,869*	,000
		56-65 jaar (J)	3,54	2,50	1,040*	,009
		Ouder dan 65 jaar (J)	3,54	2,00	1,540*	,003

Variabele 5 en Werksituatie

Aangezien er binnen de verschillende leeftijdscategorieën duidelijke verschillen merkbaar waren, was de kans reëel dat er ook verschillen bij werksituatie aanwezig zouden zijn. De studenten komen zoals reeds eerder aangehaald voor een groot deel overeen met de 18 tot 25 jarigen, de bedienden vormen een grote groep van de 36 tot 55 jarigen en de gepensioneerden komen sterk overeen met de groep ouder dan 65 jaar. Vandaar dat ook hier blijkt dat studenten geen sterke voorkeur hebben voor de procedure bij een onafhankelijke instelling terwijl bedienden, gepensioneerden en mensen die huishoudelijk werk verrichten dit wel hebben. De verschillen tussen de groepen bedragen 0,827, 1,302 en 1,838.

Tabel 3.17 Variabele 5 en Werksituatie

Welk van volgende omschrijvingen geeft uw dagelijkse werksituatie het beste weer?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Bonferroni	Student (I)	Bediende (J)	3,59	2,76	,827*	,000
		Gepensioneerd (J)	3,59	2,29	1,302*	,010
		Huishoudelijk werk (J)	3,59	1,75	1,838*	,040

Variabele 5 en Variabele 7

De respondenten die kosteloos advies veel belangrijker vinden scoren een gemiddelde van 2,84 op Variabele 5 terwijl de respondenten die kosteloos advies eerder belangrijker vinden

een score halen van 3,49. Dit wil zeggen dat groep I het belangrijker vindt dat een procedure bij een onafhankelijke instelling wordt aangevat dan groep J.

Tabel 3.18 Variabele 5 en Variabele 7

Kostenloos of advocaat?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Verschil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Kostenloos advies veel belangrijker (I)	Kostenloos advies eerder belangrijker (J)	2,84	3,49	-,652*	,015

Variabele 6: Relatie behouden of straffen

Variabele 6 en Variabele 2

Uit de Post Hoc tests blijkt dat respondenten die het eerder belangrijk vinden dat enkel ernstige schadegevallen vergoed worden, het behouden van een goede patiënt-arts relatie hoger in het vaandel dragen dan respondenten die er onverschillig over zijn of het eerder belangrijk vinden dat alle schadegevallen gedeeltelijk vergoed worden. Daarnaast prefereren ook de respondenten die volledig voorstander zijn van het vergoeden van enkel de ernstige schadegevallen, de patiënt-arts relatie meer dan de respondenten die neutraal zijn of meer voorstander zijn van het bieden van een beperkte schadevergoeding voor alle schadegevallen.

Tabel 3.19 Variabele 6 en Variabele 2

Alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Enkel ernstige schade volledig vergoeden eerder belangrijker (I)	Alle schade gedeeltelijk vergoeden eerder belangrijker (J)	2,09	2,65	-,555*	,010
		Neutraal(J)	2,09	2,77	-,673*	,028
	Enkel ernstige schade volledig vergoeden veel belangrijker	Alle schade gedeeltelijk vergoeden veel belangrijker(J)	1,54	2,60	-1,062*	,003
		Alle schade gedeeltelijk vergoeden belangrijker (J)	1,54	2,29	-,753*	,025
		Alle schade gedeeltelijk vergoeden eerder belangrijker (J)	1,54	2,65	-1,110*	,000
		Neutraal (J)	1,54	2,77	-1,227*	,000

Variabele 7: Kosteloos of advocaat

Variabele 7 en Leeftijd

In het algemeen verkiezen respondenten duidelijk een kosteloos advies boven dat van een advocaat. Toch blijkt dat 18 tot 25 jarigen dit nog net iets minder hoog in het vaandel dragen dan de 36 tot 55 jarigen. Deze eerste groep scoort een gemiddelde van 2,43 terwijl de tweede groep een gemiddelde scoort van 1,95 en het verschil tussen beiden is significant op een niveau van 0,004.

Tabel 3.20 Variabele 7 en Leeftijd

Wat is uw leeftijd?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	18-25 jaar (I)	36-55 jaar (J)	2,43	1,95	,482*	,004

Variabele 7 en Werksituatie

Aangezien de leeftijdscategorieën 18 tot 25 jaar en 36 tot 55 jaar sterk samenhangen met de werksituaties student en bediende, valt een gelijkaardig verschil te verwachten als in vorige paragraaf. Studenten blijken een net iets minder uitgesproken voorkeur te hebben voor het kosteloos advies dan de bedienden. Het gaat hier om een verschil van 0,390 met een significantieniveau van 0,18.

Tabel 3.21 Variabele 7 en Werksituatie

Welk van volgende omschrijvingen geeft uw dagelijkse werksituatie het beste weer?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Student (I)	Bediende (J)	2,42	2,03	,390*	,018

Aantal keren slachtoffer*Aantal keren slachtoffer en Bezoek huisarts*

Uit de tabel met gemiddelden bleek dat hoe minder respondenten naar de huisarts gaan hoe minder vaak ze slachtoffer zijn van een medisch incident. Dit gegeven is wel niet voor al de categorieën van huisartsbezoeken significant. Enkel de respondenten die minder dan 1 bezoek per jaar aan de huisarts brengen zijn minder vaak slachtoffer van een medisch ongeval dan de respondenten die 4 tot 5 keer een bezoek aan de huisarts brengen. Dit is het enige verschil dat significant is op een niveau van 0,018.

Tabel 3.22 Aantal keren slachtoffer en Bezoek huisarts

Hoe vaak brengt u gemiddeld per jaar een bezoek aan de huisarts?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Minder dan 1 keer (I)	4 tot 5 keer (J)	1,07	1,23	-,164*	,040

Aantal keren slachtoffer en Opname

Net zoals in voorgaande paragraaf blijkt ook hier een trend te zijn van hoe meer iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen, hoe groter de kans op een medisch incident. Deze trend is niet over het geheel significant maar tussen de respondenten die de voorbije vijf jaren niet werden opgenomen en diegenen die 2 tot 5 keer werden opgenomen, bleek wel een significant verschil te zitten van 0,244.

Tabel 3.23 Aantal keren slachtoffer en Opname

Hoe vaak bent u de laatste 5 jaar in een ziekenhuis opgenomen waarbij het minstens ging om een dagopname?			Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Verschil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Tamhane	Niet (I)	2 tot 5 keer (J)	1,10	1,34	-,244*	,019

3.3.3.2 T-toets

De uitkomst van een t-toets vertelt of er al dan niet een significant verschil is tussen twee gemiddelden. Voor onderstaande analyses werd de Independent-Samples T-toets gebruikt. Deze toetst meet op basis van twee onafhankelijke steekproeven of de gemiddelden van twee groepen aan elkaar gelijk zijn. Ondertussen wordt met een Levene's test ook nagegaan of beide varianties gelijk zijn. In deze masterproef wordt de T-toets enkel voor geslacht toegepast. De resultaten worden hieronder weergegeven.

Het gebruik van een T-toets is noodzakelijk voor de variabele Geslacht. Aangezien deze variabele slechts twee uitkomstmogelijkheden heeft, vrouw of man, kan geen verschillenanalyse uitgevoerd worden met behulp van een F-toets. Deze laatste is enkel mogelijk wanneer er meerdere antwoordcategorieën aanwezig zijn. De T-toets gaat in dit onderzoek aangeven bij welke variabelen mannen en vrouwen verschillend antwoorden.

Geslacht

Geslacht en Variabele 6

Na het uitvoeren van een t-toets bleek dat mannen het behouden van een goede patiënt-arts relatie net iets minder belangrijk vinden dan vrouwen. Het verschil bedraagt slechts 0,224 en heeft een significantieniveau van 0,034.

Tabel 3.24 Geslacht en Variabele 6

Geslacht		Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Vrouw (I)	Man(J)	2,29	2,51	-,224*	,034

Geslacht en Variabele 7

Wat betreft Variabele 7, blijkt dat vrouwen een sterkere voorkeur hebben voor kosteloos advies dan mannen. Het gaat om een klein verschil van 0,289 dat significant is op een niveau van 0,011.

Tabel 3.25 Geslacht en Variabele 7

Geslacht		Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Vrouw (I)	Man(J)	2,13	2,42	-,289*	,011

Geslacht en Aantal keren slachtoffer

Van de ondervraagden bleken de vrouwen meer slachtoffer geweest te zijn van een medisch incident dan de mannen. Het verschil bedraagt slechts 0,105 maar is toch opvallend. Waarschijnlijk komt dit omdat vrouwen vaker op doktersbezoek, op raadpleging, enz. gaan waardoor de kans vergroot dat er al eens iets mis gaat.

Tabel 3.26 Geslacht en Aantal keren slachtoffer

Geslacht		Gemiddelde (I)	Gemiddelde (J)	Vershil tussen gemiddelden (I-J)	Sig.
Vrouw (I)	Man(J)	1,19	1,09	,105*	,002

3.3.3.3 Regressie-analyse

Een regressie-analyse wordt uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre de onafhankelijke variabelen in staat zijn de variatie in de afhankelijke variabelen te verklaren.

In dit praktijkonderzoek wordt meervoudige regressie toegepast, daar de mening over de stellingen verklaard wordt aan de hand van verschillende variabelen. Door een meervoudige

regressie-analyse uit te voeren, kan het effect van deze attributen op de te verklaren variabele tegelijkertijd worden achterhaald.

De partiële regressiecoëfficiënten van de verklarende variabelen zijn hierbij uiterst belangrijk. Zij meten de verandering in de afhankelijke variabele. Zo geeft de regressiecoëfficiënt β_1 de verwachte verandering in de te verklaren variabele weer als de overeenkomstige verklarende variabele met één eenheid wijzigt, alle andere verklarende variabelen constant gehouden.

Ook de determinatie-coëfficiënt R^2 is hierbij een belangrijk kengetal. Het geeft aan welk deel van de totale variatie van de afhankelijke variabele, verklaard wordt door de onafhankelijke variabele. R^2 heeft een waarde die varieert van 0 tot 1.

In onderstaande tabel worden de gevonden determinatiecoëfficiënten weergegeven.

Tabel 3.27 Determinatiecoëfficiënten

Variabele	R^2
Variabele 1: snel of grondig	,018
Variabele 2: alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden	,040
Variabele 3: betaling door de nationale solidariteit of de zorgverlener	,044
Variabele 4: bewijslast bij zorgverlener of slachtoffer	,050
Variabele 5: onafhankelijke instelling of rechtbank	,087
Variabele 6: relatie behouden of straffen	,023
Variabele 7: kosteloos of advocaat	,069

Uit Tabel 3.27 blijkt dat zeer weinig van de variatie in de variabelen 1, 2, 3 enz. worden verklaard door de onafhankelijke variabelen: geslacht, leeftijd, enz. Deze resultaten waren niet onverwacht aangezien het onderzoek niet gebaseerd is op reeds gedane studies. Het is bijgevolg moeilijk om te achterhalen welke attributen een effect hebben op de verschillende variabelen. Toch zal hierna elke variabele nog kort besproken worden. De onafhankelijke variabelen worden significant geacht op een niveau van 0,05. De algemene regressievergelijking is als volgt:

Variabele = $B_0 + \beta_1 \text{Geslacht} + \beta_2 \text{Leeftijd} + \beta_3 \text{Diploma} + \beta_4 \text{Bezoek huisarts} + \beta_5 \text{Raadpleging} + \beta_6 \text{Ingreep} + \beta_7 \text{Nazorg} + \beta_8 \text{Opname} + \beta_9 \text{Op de hoogte van het systeem} + \beta_{10} \text{Aantal keren slachtoffer}$

Variabele 1: snel of grondig

Uit de analyses met SPSS blijkt dat geen enkel van de onafhankelijke variabelen een significant effect heeft op de afhankelijke variabele 1. Deze regressie zal bijgevolg niet bruikbaar zijn.

Tabel 3.28 Afhankelijke Variabele 1

Onafhankelijke Variabele	B	Sign.
Constante	4,992	,000
Geslacht	-,101	,438
Leeftijd	-,013	,820
Diploma	,073	,138
Bezoek huisarts	-,019	,799
Raadpleging	-,082	,193
Ingreep	,101	,218
Nazorg	,008	,900
Opname	,048	,585
Op de hoogte van het systeem	,065	,418
Aantal keren slachtoffer	,271	,053

Variabele 2: alle schade gedeeltelijk of enkel ernstige schade volledig vergoeden

In Tabel 3.29 heeft enkel de variabele Leeftijd een significante invloed op Variabele 2. Wanneer Leeftijd met 1 stijgt, zal Variabele 2 afnemen met 0,270. Dit verband heeft een significantieniveau van 0,000.

Tabel 3.29 Afhankelijke Variabele 2

Onafhankelijke Variabele	B	Sign.
Constante	3,796	,000
Geslacht	,217	,139
Leeftijd	-,270	,000
Diploma	,063	,260
Bezoek huisarts	-,101	,230
Raadpleging	-,043	,544
Ingreep	-,026	,774
Nazorg	,052	,493
Opname	,045	,653
Op de hoogte van het systeem	,033	,715
Aantal keren slachtoffer	-,049	,759

Variabele 3: betaling door de nationale solidariteit of zorgverlener

Variabele 3 heeft ondanks haar lage R^2 toch nog een aantal onafhankelijke variabelen die een belangrijke invloed uitoefenen op haar waarde. Om te beginnen is er het significante effect van Leeftijd. Bij een toename van 1 zal Variabele 3 stijgen met 0,122. Daarnaast zorgt de onafhankelijke variabele Ingreep dat bij een toename van 1, Variabele 3 afneemt met 0,210. Vervolgens zal ook het op de hoogte zijn van het systeem een significant effect hebben op Variabele 3. Wanneer deze toeneemt met 1 zal Variabele 3 afnemen met 0,167. Tot slot is er nog de laatste onafhankelijke variabele HoeVaakSlachtoffer. Deze zal voor het grootste effect in de gehele regressie zorgen. Wanneer deze stijgt met 1 zal de afhankelijke variabele stijgen met 0,341.

Tabel 3.30 Afhankelijke Variabele 3

Onafhankelijke Variabele	B	Sign.
Constante	2,648	,000
Geslacht	,132	,323
Leeftijd	,122	,037
Diploma	,033	,519
Bezoek huisarts	,002	,979
Raadpleging	,124	,057
Ingreep	-,210	,012
Nazorg	-,114	,098
Opname	-,036	,690
Op de hoogte van het systeem	-,167	,045
Aantal keren slachtoffer	,341	,018

Variabele 4: bewijslast bij zorgverlener of slachtoffer

Twee onafhankelijke variabelen vertonen een negatief effect op Variabele 4: Leeftijd en Raadpleging. Leeftijd zorgt bij een stijging van 1, voor een daling van 0,214 bij Variabele 4. Raadpleging heeft een zwakkere invloed. Bij een toename van 1 zal Variabele 4 afnemen met 0,139.

Tabel 3.31 Afhankelijke Variabele 4

Onafhankelijke Variabele	B	Sign.
Constante	4,187	,000
Geslacht	-,049	,723
Leeftijd	-,214	,000
Diploma	-,056	,291
Bezoek huisarts	-,052	,515
Raadpleging	-,139	,040
Ingreep	-,068	,438
Nazorg	,022	,754
Opname	-,007	,939
Op de hoogte van het systeem	,169	,051
Aantal keren slachtoffer	,191	,203

Variabele 5: onafhankelijke instelling of rechtbank

Op Variabele 5 heeft enkel Leeftijd een significant effect. Bij een toename van 1 zal Variabele 5 afnemen met 0,413. Dit is behoorlijk veel wanneer geweten is dat de leeftijdscategorieën van 1 tot en met 6 lopen.

Tabel 3.32 Afhankelijke Variabele 5

Onafhankelijke Variabele	B	Sign.
Constante	5,045	,000
Geslacht	-,207	,129
Leeftijd	-,413	,000
Diploma	,001	,987
Bezoek huisarts	-,052	,503
Raadpleging	-,090	,176
Ingreep	,028	,743
Nazorg	,023	,743
Opname	,065	,488
Op de hoogte van het systeem	-,031	,714
Aantal keren slachtoffer	-,152	,301

Variabele 6: relatie behouden of straffen

Uit Tabel 3.33 kan worden afgeleid dat enkel Nazorg een significant effect heeft op Variabele 6. Het effect blijft wel beperkt tot een daling van 0,122 wanneer Nazorg stijgt met 1.

Tabel 3.33 Afhankelijke Variabele 6

Onafhankelijke Variabele	B	Sign.
Constante	2,220	,000
Geslacht	,211	,057
Leeftijd	,005	,913
Diploma	-,002	,966
Bezoek huisarts	,067	,293
Raadpleging	-,092	,088
Ingreep	,045	,514
Nazorg	-,122	,032
Opname	,069	,362
Op de hoogte van het systeem	-,076	,271
Aantal keren slachtoffer	,056	,639

Variabele 7: kosteloos of advocaat

Geslacht, Leeftijd en Bezoek huisarts hebben alle drie een significant effect op Variabele 7. Allereerst is er de onafhankelijke variabele Geslacht en uit de regressie blijkt dat mannen 0,400 meer scoren dan vrouwen op Variabele 7. Vervolgens is er de variabele Leeftijd maar deze vertoont een negatief effect. Bij een toename van 1 zal Variabele 7 dalen met 0,219. Tot slot heeft ook het aantal bezoeken aan de huisarts een significant effect. Wanneer deze stijgt met 1, zal ook Variabele 7 stijgen met 0,226.

Tabel 3.34 Afhankelijke Variabele 7

Onafhankelijke Variabele	B	Sign.
Constante	1,969	,000
Geslacht	,400	,000
Leeftijd	-,219	,000
Diploma	,060	,156
Bezoek huisarts	,226	,000
Raadpleging	-,086	,112
Ingreep	-,015	,834
Nazorg	,068	,237
Opname	-,112	,142
Op de hoogte van het systeem	,101	,144
Aantal keren slachtoffer	-,192	,110

3.3.3.4 Herhaalde metingen

Alvorens de praktijkanalyse te beëindigen dient nog één belangrijke vraag onderzocht te worden en dat is degene waarin de respondenten een aantal stellingen moeten rangschikken naar hun persoonlijke voorkeur. Deze stellingen werden in SPSS opgenomen als vijf aparte variabelen. Om na te gaan welke stellingen de respondenten verkiezen of net niet, dient aan 'repeated measures' gedaan te worden binnen SPSS. Deze methode gaat de gemiddelde scores van de stellingen met elkaar vergelijken en bepalen of er een significant verschil is. Tabel 3.35 geeft de resultaten van deze analyse weer.

Tabel 3.35 herhaalde metingen: Rangschikking

Variabele I	Gemiddelde	Variabele J	Gemiddeld verschil (I-J)	Sig.
Snelle afhandeling	3,1628	Kennisneming	1,764*	,000
		Patiënt-arts relatie	,135	,618
		Schadevergoeding	,420*	,000
		Zorgverlener straffen	-1,505*	,000
Kennisneming	1,3984	Snelle afhandeling	-1,764*	,000
		Patiënt-arts relatie	-1,629*	,000
		Schadevergoeding	-1,344*	,000
		Zorgverlener straffen	-3,270*	,000
Patiënt-arts relatie	3,0279	Snelle afhandeling	-,135	,618
		Kennisneming	1,629*	,000
		Schadevergoeding	,285*	,001
		Zorgverlener straffen	-1,640*	,000
Schadevergoeding	2,7426	Snelle afhandeling	-,420*	,000
		Kennisneming	1,344*	,000
		Patiënt-arts relatie	-,285*	,001
		Zorgverlener straffen	-1,926*	,000
Zorgverlener straffen	4,6682	Snelle afhandeling	1,505*	,000
		Kennisneming	3,270*	,000
		Patiënt-arts relatie	1,640*	,000
		Schadevergoeding	1,926*	,000

*. Het gemiddelde verschil is significant bij een significantieniveau van 0,05.

Uit Tabel 3.35 kan worden afgeleid dat respondenten vinden dat een goed medisch aansprakelijkheidssysteem in de eerste plaats informatie moet kunnen geven over wat er precies is mis gegaan. Dit is geweten aangezien de variabele Kennisneming een gemiddelde

haalt van 1,3984 en significant kleiner is dan al de andere variabelen opgenomen in de tabel. Vervolgens is het voor de respondenten belangrijk dat er een schadevergoeding wordt uitbetaald. Deze variabele haalt een gemiddelde score van 2,7426 en is significant kleiner dan de andere variabelen op Kennisneming na. De derde en vierde plaats worden gedeeld door het behouden van de patiënt-arts relatie en het snel afhandelen van de procedure. Hoewel de variabele patiënt-arts relatie een lager gemiddelde scoort dan snelle afhandeling, worden ze toch aan elkaar gelijk gesteld omdat het verschil niet significant wordt bevonden. Op de laatste plaats zetten de respondenten het straffen van de zorgverlener.

Uit deze laatste analyse kan worden afgeleid dat de oprichting van het FMO de respondenten ten goede gaat komen. Respondenten blijken de patiënt-arts relatie hoger in het vaandel te dragen dan het straffen van de zorgverlener en laat dit net hetgene zijn wat ook het FMO prefereert. Kennisneming en het bieden van een schadevergoeding worden zowel bij de rechtbank nagestreefd als bij het FMO. Tot slot blijken een aantal respondenten het ook belangrijk te vinden dat een procedure snel wordt afgehandeld. Ook dat is één van de doelstellingen die het FMO tracht na te streven terwijl hier bij de rechtbank weinig rekening mee wordt gehouden.

HOOFDSTUK 4: kritische bemerkingen

Zoals elk onderzoek heeft ook deze studie een aantal beperkingen. Een eerste beperking is dat de bevraagde respondenten hoofdzakelijk afkomstig waren uit dezelfde regio en ook deels uit dezelfde kennissenkring. Dit maakte dat het merendeel van de respondenten studenten of bedienden waren tussen 18 en 55 jaar uit Limburg. Het zou interessant geweest zijn om een groter aantal respondenten te hebben uit andere regio's, leeftijdscategorieën en beroepscategorieën aangezien uit de studie viel af te leiden dat deze categorieën wel degelijk een invloed hebben.

Een tweede beperking bevindt zich in de vragenlijst zelf. Zo stond de provincie Luik tweemaal vermeld in de antwoordmogelijkheden bij de vraag uit welke provincie men afkomstig was. Daarnaast werd bij de vraag hoe vaak de respondenten gemiddeld per jaar een bezoek brachten aan de huisarts, het antwoord 1 keer niet in de vragenlijst opgenomen. Hierdoor zullen de antwoordmogelijkheden minder dan 1 keer en 2 tot 3 keer overschat worden. Tot slot is er nog een fout gebeurd bij het al dan niet tonen van vragen. Enkel wanneer de respondenten antwoordden 'ik weet het niet' op de vraag naar welk type medisch aansprakelijkheidssysteem er op dit moment van kracht was in België, werd in een volgende vraag niet gevraagd naar hoe ze hiervan op de hoogte waren geraakt. Achteraf bleek dat heel wat respondenten simpelweg gegokt hadden op die eerste vraag waardoor ze de vraag over hoe ze op de hoogte waren geraakt, wel kregen. Uiteindelijk is deze fout er wel uit gehaald.

Een laatste beperking aan het onderzoek is dat het in eerste instantie de bedoeling was om via patiëntenverenigingen en mutualiteiten contact te kunnen leggen bij respondenten die reeds ervaring hebben met een medisch incident. Door een gebrek aan medewerking is er uiteindelijk besloten om het onderzoek open te stellen voor de volledige bevolking en om meer de nadruk te leggen op de perceptie. Naar verder onderzoek toe, is het zeker de moeite waard om toch een studie te voeren naar de ervaringen van slachtoffers van een medisch ongeval en naar hun specifieke perceptie ten aanzien van de nieuwe regelgeving.

HOOFDSTUK 5: Conclusie

Uit voorgaande gegevens kan worden geconcludeerd dat de oprichting van het FMO, een goede zaak is voor de patiënten. De gemiddelde scores op de stellingen lagen allemaal, op de eerste na, onder de neutrale score 4 wat betekent dat de procedure bij het FMO over het algemeen hoger wordt gewaardeerd dan die bij de rechtbank.

De eerste stelling waarin de snelheid van een procedure tegenover de grondigheid ervan werd gezet, kreeg wel een hoge score. Toch betekent dit niet dat het FMO het daarom slechter doet want het zou even grondig tewerk moeten gaan als de rechtbank maar wel aan een sneller tempo. De tweede stelling kreeg vervolgens een lage score wat wil zeggen dat respondenten het belangrijker vinden dat alle schadegevallen gedeeltelijk worden vergoed dan dat enkel de zware schadegevallen een volledige vergoeding bemachtigen. Dit is vrij opmerkelijk aangezien dit net één van de belangrijkste eigenschappen is van de Wet Medische Schadegevallen. Deze wet is nooit ten uitvoering gebracht net omdat deze geen volledige vergoeding kon bieden. Bij de derde stelling valt het op dat enorm veel respondenten vinden dat de nationale solidariteit moet instaan voor de kosten van de geleden schade. Bij de rechtbank komt de nationale solidariteit niet tussen maar bij het FMO in bepaalde gevallen wel. Toch kan uit de enquête worden afgeleid dat de nationale solidariteit nog meer mag tussen komen. In de vierde stelling werden de respondenten gevraagd wie volgens hen de bewijslast moest leveren. Uit de resultaten bleken zij deze last eerder aan de zorgverlener toe te schrijven dan aan het slachtoffer. Tot voor 2010 was het altijd het slachtoffer dat deze bewijslast moest leveren maar met de Wet Medische Ongevallen wordt het slachtoffer hiervan vrijgesteld en wordt dit door het FMO zelf onderzocht. Ook de vijfde stelling gaf duidelijk de voorkeur voor het FMO aan. De meeste respondenten gaven aan dat medische incidenten beter bij een onafhankelijke instelling werden opgelost dan bij de rechtbank. Uit de resultaten van de zesde stelling kan worden afgeleid dat het voor patiënten belangrijker is dat de patiënt-arts relatie wordt behouden dan dat de zorgverlener publiekelijk wordt gestraft. Dankzij het FMO kan ook dit gerealiseerd worden doordat artsen nu geen confronterende rechtszaken meer moeten doorstaan. De laatste stelling zette tot slot het kosteloos adviseren en het betaald adviseren door een advocaat tegenover elkaar. Opnieuw was er een duidelijke voorkeur voor het kosteloos advies wat ook één van de belangrijkste kenmerken van het FMO uitmaakt.

Wanneer in een volgende fase werd gekeken welke variabelen allemaal invloed hadden op deze stellingen bleek het vaak om kleine effecten te gaan. Wel viel het op dat 18 tot 25

jarigen in het algemeen een minder sterke voorkeur voor hebben voor het FMO dan de 36 tot 55 jarigen. Dit hoeft niet onrustwekkend te zijn naar de toekomst toe maar is zeker wel een belangrijk gegeven dat meegenomen moet worden. Daarnaast bleek ook geslacht een verschil in uitkomst te geven bij de zesde en zevende stelling. Vrouwen blijken de patiënt-arts relatie en het kosteloos advies nog sterker te waarderen dan de mannen. De achterliggende reden is wellicht dat vrouwen een zachter karakter hebben en het erg op prijs stellen dat de relatie met de arts blijft gewaarborgd en dat slachtoffers niet belast worden met het betalen van dure advocaten voor advies.

Tot slot werden nog een aantal regressies en herhaalde metingen uitgevoerd. De regressies bevatten meestal wel enkele significante variabelen die een invloed hadden op de afhankelijke variabele maar de variatie in de regressies werd telkens voor minder dan 10% verklaard door de variabelen die er in waren opgenomen. Omwille van dit lage cijfer worden de regressies als minder relevant beschouwd en moet er in volgende onderzoeken gezocht worden naar andere factoren die mee de voorkeur van respondenten voor het FMO, de Wet Medische Schadegevallen of de rechtbank bepalen. In één van de vragen werden de respondenten ook gevraagd om een aantal kenmerken van een medisch aansprakelijkheidssysteem te rangschikken. Aan de hand van herhaalde metingen kon hieruit worden geconcludeerd dat respondenten het ten zeerste belangrijk achten dat ze uitleg krijgen over wat er precies is mis gelopen. Het verkrijgen van een schadevergoeding komt pas op de tweede plaats en het straffen van de zorgverlener vinden respondenten nog het minst belangrijk. Deze rangschikking bewijst nog een laatste keer dat de respondenten het FMO verkiezen boven de rechtbank.

Deze studie kan eventueel aanzet geven tot uitgebreider onderzoek. Hierbij kan enerzijds gezocht worden naar andere factoren die de voorkeur voor een vorm van medisch aansprakelijkheidssysteem bepalen en kan anderzijds getracht worden meer slachtoffers van een medisch incident op te nemen in de studie. De Wet Medische Ongevallen is nog maar vier jaar van kracht en staat hierdoor nog niet helemaal op punt. Het is bijgevolg uiterst interessant om een studie zoals deze over een aantal jaren opnieuw uit te voeren.

HOOFDSTUK 6: Referentielijst

Art. 7, Wet 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, BS 18 maart 1993.

Bocken, H., Boone, I., de Kezel, E., Devolder, K., Geers, I., Jocqué, G., Lierman, S., & Vansweevelt, T. (2008). *Nieuwe wettelijke regelingen voor vergoeding van gezondheidsschade*. Mechelen: Kluwer.

Boone, I. (Eds.). (2011). *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen*. Antwerpen: Intersentia.

Brostoff, S. (2003). Panel finds savings in med mal reform [Elektronische versie]. *National Underwriter*, 107, p32. 2/3p

Callens, S., Peers, J., Cierkens, K., ea. (2008). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Antwerpen: Intersentia.

Carroll, A., Parikh, P., & Buddenbaum, J. (2012). The Impact of Defense Expenses in Medical Malpractice Claims. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, volume 40.

Dewallens, F., Nys, H., Haché, R., Vermeylen, Y., Vande Moortel, J., & Beuls, J. (1999). *Tuchtrecht voor Medische Beroepen*. Gent: Mys & Breesch.

De Cock, J. (2013). *Activiteitenverslag voor het Fonds voor de Medische Ongevallen-2012*. Geraadpleegd via <http://www.fmo.fgov.be>.

De Vocht, A. (2011). *Basishandboek SPSS 17 SPSS statistics*. Utrecht: Bijleveld Press.

Fagnart, J.-L., De vergoeding van medische ongevallen. Voorstel voor een hervorming. In Vansweevelt, T. (1996). *Aansprakelijkheid en medische ongevallen*. In Boone, I. (Eds.). *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen* (pp. 7). Antwerpen: Intersentia.

Faure, M. (2009). *Tort Law and Economics*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing

Fredericq, S., & Colle, P., Alternatieve oplossingen. In Vansweevelt, T. (1996). *Aansprakelijkheid en medische ongevallen*. In Boone, I. (Eds.). *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen* (pp. 8). Antwerpen: Intersentia.

Heyvaert, A., Kruithof, R., & Vansweevelt, T. (1989). *Juridische aspecten van de geneeskunde*. Antwerpen: Kluwer.

Kessler, D.P. (2011). Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform [Elektronische versie]. *Journal of Economic Perspectives*, 25, 93–110.

Leys, M. (2001). Klachtenbemiddeling van patiënten in ziekenhuizen. Opgevraagd op 20 oktober, 2013, via <http://vlaamspatientenplatform.be/lijst/publicaties>.

Michael, J., Werner, JD. (1995). Beyond MICRA: New Ideas for Liability Reform. *Annals of Internal Medicine*, 122 (6), 466-473.

Morbé, E. (2012). *Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*. Kortrijk: UGA.

Nys, H., & Callens, S. (2011). *Medisch recht*. Brugge: Die Keure

Nys, H., & Nys, H. (2010). *Nieuwe wetgeving inzake de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*. Mechelen: Kluwer.

Rogge, J. (2000-01). Voorstel van de verzekeraars tot vergoeding van medische ongevallen. In Boone, I. (Eds.). *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen* (pp. 7). Antwerpen: Intersentia.

Sekaran, U., & Roger, B. (2009). *Research Methods for Business*. Verenigd Koninkrijk: Wiley.

Tilleman, B. (2003). *De aansprakelijkheid van de bedrijfsrevisor. Burgerrechtelijke, strafrechtelijke en tuchtrechtelijke aspecten*. Brugge: Die Keure.

Vandenberghe, H., Casman, H., Depuydt, P., Meert, C., & Verbeke, A. (2004). *De professionele aansprakelijkheid*. Brugge: Die Keure.

Vansweevelt, T. (1997). *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*. Antwerpen: Maklu.

Vansweevelt, T. (2000-01). Rechtsvergelijkende aantekeningen bij de medische aansprakelijkheid: evolutie en hervormingen. In Callens, S., Peers, J., Cierkens, K., ea., *Organisatie van de gezondheidszorg* (pp. 619-622). Antwerpen: Intersentia.

Vansweevelt, T., & Fagnart, J.-L. (2000-01). Présentation du projet du groupe de travail interuniversitaire. In Boone, I. (Eds.). *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen* (pp. 7). Antwerpen: Intersentia.

Voinea, V. (2010). *Medische aansprakelijkheid en verzekeringen*. Universiteit Gent, België

Wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Wetsontwerp (C. Burgeon) betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, Parl.St. Kamer 2010-11, nr. 52K2240/006.

Wetsontwerp (M. Raemaekers, & L. Goutry) betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorgen, Parl. St. Kamer 2007-08, nr. 51K3012/003.

Wetsvoorstel (B. Drèze) tot instelling van een foutloze aansprakelijkheidsregeling voor medische ongevallen en tot oprichting van een Fonds voor medische ongevallen, Parl.St. Kamer 2005-06, nr. 51K2013/001.

HOOFDSTUK 7: Bijlagen

Bijlage 1: Inleidende brief



Geachte mevrouw/heer

Als masterstudent TEW aan de Universiteit Hasselt voer ik in het kader van mijn thesis specifiek onderzoek naar de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België. De medische aansprakelijkheid geniet de laatste jaren een toenemende belangstelling. Oorzaken hiervan zijn onder meer de stijgende complexiteit van de gezondheidszorg, de alsmaar groeiende verwachtingen van patiënten en een steeds mondiger wordende maatschappij. In het kader hiervan is in België sinds 31 maart 2010 de 'Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg' van kracht. Waar patiënten vroeger enkel op het gemeenrechtelijk aansprakelijkheidsrecht konden terugvallen om een schadevergoeding te vorderen, biedt deze wet de patiënten ook de mogelijkheid om zich tot het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) te richten.

Aan de hand van een online vragenlijst wil ik nagaan welke elementen van een medisch aansprakelijkheidssysteem door patiënten belangrijk worden geacht en indien van toepassing, wat de ervaring van patiënten is met het medisch aansprakelijkheidssysteem in België.

Om hier een goed beeld van te bekomen, is uw medewerking van groot belang. Daarom nodig ik u vriendelijk uit om participatie van uw mutualiteit te overwegen en desgevallend actief te ondersteunen. Mits uw toestemming, die we in de loop van begin april 2014 hopen te verkrijgen, bezorgen wij u de link naar de betreffende online vragenlijst, waarna u deze via e-mail kan verspreiden onder de leden van uw mutualiteit. Het invullen van de vragenlijst zal slechts 5 à 10 minuten in beslag nemen en de anonimiteit van de leden wordt volledig gewaarborgd.

Wij danken u bij voorbaat om deze mogelijkheid intern te willen bespreken en voor uw medewerking. Voor eventuele vragen of bijkomende informatie zijn we u vanzelfsprekend graag van dienst.

Met vriendelijke groeten

Eline Gielis

Student TEW

Bijlage 2: advies CME



FACULTEIT
GENEESKUNDE EN
LEVENSWETENSCHAPPEN

Comité voor Medische Ethiek

Voorzitter:
prof. dr. Ivo Lambrichts
Secretariaat:
Marleen Missotten
Tel.: 011/268502
Fax: 011/268599
E-mail: cme@uhasselt.be

ons kenmerk
CME2014/460

uw kenmerk

Diepenbeek
07-03-2014

Titel protocol

De perceptie van patiënten ten aanzien van de Wet Medische Ongevallen

Nummer protocol
opdrachtgever
Eudractnummer
Belgisch nummer
Onderzoeker

Universiteit Hasselt

Prof. dr. Wim Marneffe, drs. Tom Vandersteegen, Eline Gielis

Geachte collega,

Tijdens de vergadering van 04 maart 2014 werd het hierboven vermeld dossier, met bijzondere aandacht voor de punten 4°, 6°, 7° van paragraaf 4 van artikel 11 van de wet van 7 mei 2004, besproken en goedgekeurd. De studie valt niet onder deze wet.

Het comité bevestigt dat de onderzoeker en zijn medewerkers voldoende bekwaamheid bezitten om deze studie uit te voeren.

Het instituut beschikt over voldoende faciliteiten om deel te nemen aan deze studie.

Het Comité voor Medische Ethiek van UHasselt handelt volgens de geldende richtlijnen van de 'International Conference of Harmonization (ICH) Good Clinical Practice (GCP)' en volgens alle geldende en van toepassing zijnde wetten en reglementen.

Met oprechte hoogachting,

Prof. dr. Ivo Lambrichts
Voorzitter Comité voor Medische Ethiek

Bijlage 3: vragenlijst

Onderzoek naar de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België

Perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België

Dit onderzoek peilt naar de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België. Een medisch aansprakelijkheidssysteem heeft twee kerndoelstellingen. Enerzijds tracht het een prikkel voor de zorgverlener te voorzien om medische handelingen met voldoende zorg te stellen. Anderzijds moet in geval van een medisch incident (bv. amputatie van het verkeerde been) de patiënt gepast vergoed worden voor de geleden schade.

Om een goed beeld te bekomen van de perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, is uw medewerking van groot belang. Het duurt slechts een 10-tal minuten om deze vragenlijst in te vullen. Voor het invullen van deze vragenlijst is het belangrijk dat de focus gericht wordt op uw ervaring met en perceptie over het medisch aansprakelijkheidssysteem.

Uw anonimiteit wordt volledig gewaarborgd. De personen die de gegevens van deze vragenlijst verwerken kunnen de herkomst van deelnemers niet achterhalen en de gegevens worden enkel globaal verwerkt.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING

ACHTERGRONDINFORMATIE

Wat is uw geslacht?

- ☐ Vrouw (1)
- ☐ Man (2)

Wat is uw leeftijd?

- ☐ Jonger dan 18 jaar (1)
- ☐ 18-25 jaar (2)
- ☐ 26-35 jaar (3)
- ☐ 36-55 jaar (4)
- ☐ 56-65 jaar (5)
- ☐ Ouder dan 65 jaar (6)

Wat is uw hoogst behaalde diploma?

- ☐ Hoogstens lager onderwijs (1)
- ☐ Lager secundair onderwijs (algemeen/ technisch/ beroeps) (2)
- ☐ Hoger secundair onderwijs (algemeen/ technisch/ beroeps) (3)
- ☐ Hoger onderwijs buiten universiteit Korte Type/ professionele bachelor (4)
- ☐ Hoger onderwijs buiten universiteit Lange Type/ academische master hogeschool (5)
- ☐ Universiteit/ academische master universiteit (6)

Welk van volgende omschrijvingen geeft uw dagelijkse werksituatie het beste weer?

- ☐ Arbeider (1)
- ☐ Bediende (2)
- ☐ Gepensioneerd (3)
- ☐ Huishoudelijk werk (4)
- ☐ Student (5)
- ☐ Werkzoekende (6)
- ☐ Zelfstandige (7)

In welk gewest bent u woonachtig?

- ☐ Brussels Hoofdstedelijk Gewest (1)
- ☐ Vlaams Gewest (2)
- ☐ Waals Gewest (3)

If Brussels Hoofdstedelijk Gewest Is Selected, Then Skip To ACHTERGRONDINFORMATIE

In welke provincie bent u woonachtig?

- ☐ Antwerpen (1)
- ☐ Brussel (2)
- ☐ Henegouwen (3)
- ☐ Limburg (4)
- ☐ Luik (5)
- ☐ Luxemburg (6)
- ☐ Luik (7)
- ☐ Namen (8)
- ☐ Oost-Vlaanderen (9)
- ☐ Vlaams-Brabant (10)
- ☐ Waals-Brabant (11)
- ☐ West-Vlaanderen (12)

Hoe vaak brengt u gemiddeld per jaar een bezoek aan de huisarts?

- ☐ Minder dan 1 keer (1)
- ☐ 2 tot 3 keer (2)
- ☐ 4 tot 5 keer (3)
- ☐ 6 tot 10 keer (4)
- ☐ meer dan 10 keer (5)

Hoe vaak bent u de laatste 5 jaar in een groepspraktijk, medisch centrum of ziekenhuis bij een specialist-arts geweest voor:

	niet (1)	1 keer (2)	2 tot 5 keer (3)	6 tot 10 keer (4)	11 tot 15 keer (5)	Meer dan 15 keer (6)
... een raadpleging? (1)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... het ondergaan van een behandeling/ingreep/onderzoek? (2)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... nazorg (bv. Opvolging van een behandeling, enz.) (3)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hoe vaak bent u de laatste 5 jaar in een ziekenhuis opgenomen, waarbij het minstens ging om een dagopname?

- ☐ niet (1)
- ☐ 1 keer (2)
- ☐ 2 tot 5 keer (3)
- ☐ 6 tot 10 keer (4)
- ☐ 11 tot 15 keer (5)
- ☐ Meer dan 15 keer (6)

PERCEPTIE TEN AANZIEN VAN HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSSYSTEEM

Geef in volgende vragen aan met welke stelling, omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, u het meest akkoord bent. Dit doet u door op de schaal de stelling aan te duiden die uw voorkeur heeft waarbij:

3 = Veel belangrijker

2 = Belangrijker

1 = Enigszins belangrijker

0 = Neutraal

Stelling 1: De procedure om een medisch incident af te handelen moet snel verlopen.

Stelling 2: De procedure om een medisch incident af te handelen moet grondig verlopen

	3 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	1 (5)	2 (6)	3 (7)	
Stelling 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Stelling 2

Geef in volgende vragen aan met welke stelling, omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, u het meest akkoord bent. Dit doet u door op de schaal de stelling aan te duiden die uw voorkeur heeft waarbij:

3 = Veel belangrijker

2 = Belangrijker

1 = Enigszins belangrijker

0 = Neutraal

Stelling 1: Hoofdzakelijk slachtoffers van een medisch incident met ernstige schade moeten vergoed worden.

Stelling 2: Alle slachtoffers van een medisch incident moeten vergoed worden, ook al dekt de toegekende schadevergoeding dan niet de volledige schade.

	3 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	1 (5)	2 (6)	3 (7)	
Stelling 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Stelling 2

Geef in volgende vragen aan met welke stelling, omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, u het meest akkoord bent. Dit doet u door op de schaal de stelling aan te duiden die uw voorkeur heeft waarbij:

3 = Veel belangrijker

2 = Belangrijker

1 = Enigszins belangrijker

0 = Neutraal

Stelling 1: In geval van een medisch incident moet de betrokken zorgverlener zelf instaan voor de geleden schade.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moet de nationale solidariteit (overheid) instaan voor de kosten van de geleden schade.

	3 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	1 (5)	2 (6)	3 (7)	
Stelling 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Stelling 2

Q25 Geef in volgende vragen aan met welke stelling, omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, u het meest akkoord bent. Dit doet u door op de schaal de stelling aan te duiden die uw voorkeur heeft waarbij:

3 = Veel belangrijker

2 = Belangrijker

1 = Enigszins belangrijker

0 = Neutraal

Stelling 1: In geval van een medisch incident moet het slachtoffer aantonen dat de zorgverlener nalatig is geweest.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moet de zorgverlener aantonen dat hij/zij niet nalatig is geweest.

	3 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	1 (5)	2 (6)	3 (7)	
Stelling 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Stelling 2

Geef in volgende vragen aan met welke stelling, omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, u het meest akkoord bent. Dit doet u door op de schaal de stelling aan te duiden die uw voorkeur heeft waarbij:

3 = Veel belangrijker

2 = Belangrijker

1 = Enigszins belangrijker

0 = Neutraal

Stelling 1: Een gerechtelijke procedure moet beslissen over het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding.

Stelling 2: Een procedure bij een onafhankelijke instantie moet beslissen over het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding.

	3 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	1 (5)	2 (6)	3 (7)	
Stelling 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Stelling 2

Geef in volgende vragen aan met welke stelling, omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, u het meest akkoord bent. Dit doet u door op de schaal de stelling aan te duiden die uw voorkeur heeft waarbij:

3 = Veel belangrijker

2 = Belangrijker

1 = Enigszins belangrijker

0 = Neutraal

Stelling 1: In geval van een medisch incident moet de patiënt-arts relatie worden gewaarborgd.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moet de dader publiekelijk gestraft worden.

	3 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	1 (5)	2 (6)	3 (7)	
Stelling 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Stelling 2

Geef in volgende vragen aan met welke stelling, omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, u het meest akkoord bent. Dit doet u door op de schaal de stelling aan te duiden die uw voorkeur heeft waarbij:

3 = Veel belangrijker

2 = Belangrijker

1 = Enigszins belangrijker

0 = Neutraal

Stelling 1: In geval van een medisch incident moeten slachtoffers kosteloos geadviseerd worden over het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding.

Stelling 2: In geval van een medisch incident moeten slachtoffers een advocaat raadplegen voor advies omtrent het al dan niet verkrijgen van een schadevergoeding.

	3 (1)	2 (2)	1 (3)	0 (4)	1 (5)	2 (6)	3 (7)	
Stelling 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Stelling 2

Rangschik onderstaande aspecten van een medische aansprakelijkheidsclaim van meest belangrijk naar minst belangrijk. Rangschikken kan u door de verschillende aspecten te verschuiven van plaats. Het aspect waar u als persoon het meeste waarde aan hecht, zet u bovenaan en het aspect waar u het minste waarde aan hecht, zet u onderaan.

- _____ Kennisneming over wat er precies is mis gegaan. (1)
- _____ Het snel afhandelen van een procedure. (2)
- _____ Het behouden van een goede patiënt-arts relatie. (3)
- _____ Het verkrijgen van een schadevergoeding. (4)
- _____ De zorgverlener gestraft zien worden. (5)

VERTROUWDHEID MET HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSSYSTEEM

In welke mate bent u op de hoogte van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België, bepaald in de wet van 31 maart 2010?

- ☐ Niet (1)
- ☐ Beperkt (2)
- ☐ Matig (3)
- ☐ Goed (4)
- ☐ Zeer goed (5)

Welk type medisch aansprakelijkheidssysteem is volgens u op dit moment van kracht in België?

Met een medische aansprakelijkheidsclaim bedoelen we een vordering ten gevolge van een medisch incident, al dan niet met de bedoeling van de patiënt om een schadevergoeding te bekomen. Met een medisch incident wordt zowel een medisch ongeval (niet te vermijden complicatie) als een medische fout bedoeld

- ☐ Een systeem waarin enkel gebruik gemaakt kan worden van een procedure voor de rechtbank om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen. (1)
- ☐ Een systeem waarin enkel gebruik gemaakt kan worden van een procedure bij een speciaal daarvoor opgericht fonds om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen. (2)
- ☐ Een systeem waarin zowel gebruik gemaakt kan worden van een procedure voor de rechtbank als een procedure bij een speciaal daarvoor opgericht fonds om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen. (3)
- ☐ Ik weet het niet. (4)

If Ik weet het niet. Is Selected, Then Skip To ERVARING MET HET MEDISCH AANSPRAKELIJ...

Hoe bent u op de hoogte geraakt van deze hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Advocaat (1)
- ☐ Arts (2)
- ☐ Infodag (3)
- ☐ Familie/ kennissen/ vrienden (4)
- ☐ Media (5)
- ☐ Medische raad/ directie ziekenhuis (6)
- ☐ Mutualiteit/ RIZIV (7)
- ☐ Ombudsdienst van het ziekenhuis (8)
- ☐ Overheid (9)
- ☐ Patiëntenvereniging (10)
- ☐ Andere (11)

ERVARING MET HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSSYSTEEM

Hoe vaak bent u reeds slachtoffer geweest van een medisch incident?

Met een medisch incident wordt zowel een medisch ongeval (niet te vermijden complicatie) als een medische fout bedoeld.

- ☐ Ik ben nog geen slachtoffer geweest van een medisch incident. (1)
- ☐ 1 keer (2)
- ☐ 2 keer (3)
- ☐ 3 keer (4)
- ☐ 4 keer (5)
- ☐ meer dan 4 keer (6)

If Ik ben nog geen slachtoffer... Is Selected, Then Skip To Mocht u nog suggesties of opmerkingen...

Heeft u naar aanleiding van uw laatste medisch incident een advocaat geraadpleegd om uw belangen te verdedigen?

- ☐ ja (1)
- ☐ nee (2)

Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Een aanvraag ingediend bij het Fonds voor Medische Ongevallen. (1)
- ☐ Een procedure voor de burgerlijke rechtbank gestart. (2)
- ☐ Een procedure voor de strafrechtbank gestart. (3)
- ☐ Ik heb geen stappen ondernomen. (4)
- ☐ Ik heb geen stappen ondernomen, maar de zaak werd minnelijk geregeld. (5)
- ☐ Andere (6)

Answer If Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een procedure voor de burgerlijke rechtbank gestart. Is Selected Or Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een procedure voor de strafrechtbank gestart. Is Selected

Wie heeft u ertoe aangezet om een gerechtelijke procedure te starten? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Advocaat (1)
- ☐ Andere arts (2)
- ☐ Andere patiënt (3)
- ☐ Betrokken arts (4)
- ☐ Familie/ kennissen/ vrienden (5)
- ☐ Fonds voor Medische Ongevallen (6)
- ☐ Ik heb deze beslissing zelf genomen (7)
- ☐ Mutualiteit/ RIZIV (8)
- ☐ Ombudsdienst ziekenhuis (9)
- ☐ Patiëntenvereniging (10)
- ☐ Verzekeringsmaatschappij (11)
- ☐ Andere (12)

Answer If Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een procedure voor de burgerlijke rechtbank gestart. Is Selected And Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een procedure voor de strafrechtbank gestart. Is Selected

Hoe is de gerechtelijke procedure van uw laatste medische incident uiteindelijk afgehandeld?

- ☐ De vordering tot schadevergoeding is nog niet afgehandeld en op dit moment nog hangende. (1)
- ☐ De vordering tot schadevergoeding werd ingetrokken. (2)
- ☐ Geen uitbetaling na uitspraak rechtbank. (3)
- ☐ Uitbetaling door de zorgverlener en de verzekeraar na uitspraak rechtbank. (4)
- ☐ Uitbetaling door de zorgverlener na uitspraak rechtbank. (5)
- ☐ Uitbetaling door de verzekeraar van de zorgverlener na uitspraak rechtbank. (6)
- ☐ Minnelijke schikking. (7)
- ☐ Ik weet niet hoe de procedure uiteindelijk werd afgehandeld. (8)

Answer If Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een procedure voor de burgerlijke rechtbank gestart. Is Selected And Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een procedure voor de strafrechtbank gestart. Is Selected

Geef aan in welke mate u akkoord bent met de volgende stellingen over de door u ervaren gerechtelijke procedure.

	Helemaal akkoord (1)	Eerder akkoord (2)	Eerder niet akkoord (3)	Helemaal niet akkoord (4)	niet van toepassing (5)
De procedure werd binnen een redelijke termijn afgerond. (1)	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn stem werd voldoende gehoord/ er werd rekening gehouden met mijn positie als patiënt. (2)	☐	☐	☐	☐	☐
De confrontatie met de zorgverlener was zwaar. (3)	☐	☐	☐	☐	☐

De ontvangen vergoeding was in verhouding met de geleden schade. (4)	☐	☐	☐	☐	☐
De bewijslast was zwaar. (5)	☐	☐	☐	☐	☐

Answer If Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een aanvraag ingediend bij het Fonds voor Medische Ongevallen. Is Selected

Wie heeft u ertoe aangezet om een minnelijke procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen te starten?(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ Advocaat (1)
- ☐ Andere arts (2)
- ☐ Andere patiënt (3)
- ☐ Betrokken arts (4)
- ☐ Familie/ kennissen/ vrienden (5)
- ☐ Ik heb deze beslissing zelf genomen (6)
- ☐ Mutualiteit/ RIZIV (7)
- ☐ Verzekeringsmaatschappij (8)
- ☐ Ombudsdienst ziekenhuis (9)
- ☐ Patiëntenvereniging (10)
- ☐ Rechtbank (11)
- ☐ Andere (12)

Answer If Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een aanvraag ingediend bij het Fonds voor Medische Ongevallen. Is Selected

Hoe is de minnelijke procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) van uw laatste medisch incident uiteindelijk afgehandeld?

- ☐ De aanvraag tot schadevergoeding werd ingetrokken. (1)
- ☐ De aanvraag tot schadevergoeding is nog niet afgehandeld en op dit moment nog hangende. (2)
- ☐ De aanvraag werd onontvankelijk verklaard. (3)
- ☐ Het FMO oordeelde dat de schade niet voldoende abnormaal was en bijgevolg werd er geen schadevergoeding uitbetaald. (4)
- ☐ Het FMO oordeelde dat de schade niet voldoende ernstig was en bijgevolg werd er geen schadevergoeding uitbetaald. (5)
- ☐ Uitbetaling door de zorgverlener. (6)
- ☐ Uitbetaling door de zorgverlener en de verzekeraar van de zorgverlener. (7)
- ☐ Uitbetaling door de verzekeraar van de zorgverlener. (8)
- ☐ Uitbetaling door het FMO. (9)
- ☐ Ik weet niet hoe de aanvraag tot schadevergoeding uiteindelijk afgehandeld werd. (10)

Antwoord If Welke van onderstaande stappen heeft u bij uw laatste medische incident ondernomen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) Een aanvraag ingediend bij het Fonds voor Medische Ongevallen. Is Selected

Geef aan in welke mate u akkoord bent met de volgende stellingen over de door u ervaren minnelijke procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen.

	Helemaal akkoord (1)	Eerder akkoord (2)	Eerder niet akkoord (3)	Helemaal niet akkoord (4)	Niet van toepassing (5)
De procedure werd binnen een redelijke termijn afgerond. (1)	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn stem werd voldoende gehoord/ er werd rekening gehouden met mijn positie als patiënt (2)	☐	☐	☐	☐	☐
De confrontatie met de zorgverlener was zwaar. (3)	☐	☐	☐	☐	☐

De ontvangen vergoeding was in verhouding met de geleden schade. (4)	☐	☐	☐	☐	☐
De bewijslast was zwaar. (5)	☐	☐	☐	☐	☐

Mocht u nog suggesties of opmerkingen hebben omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem in België of deze enquête, kan u deze hieronder anoniem noteren of contact met ons opnemen via eline.gielis@student.uhasselt.be.
Hartelijk dank voor uw medewerking!

Auteursrechtelijke overeenkomst

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

Perceptie van patiënten ten aanzien van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België

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

Jaar: **2014**

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,

Gielis, Eline

Datum: **1/06/2014**