

2014•2015
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE WETENSCHAPPEN
master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterproef

Wijzigingen in percepties inzake medische beroepsaansprakelijkheid
gedurende de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts

Promotor :
Prof. dr. Wim MARNEFFE

Copromotor :
De heer Tom VANDERSTEEGEN

Lino Awouters

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

2014•2015
FACULTEIT BEDRIJFSECONOMISCHE
WETENSCHAPPEN
master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterproef

Wijzigingen in percepties inzake medische
beroepsaansprakelijkheid gedurende de evolutie van
kandidaat-arts tot erkend arts

Promotor :
Prof. dr. Wim MARNEFFE

Copromotor :
De heer Tom VANDERSTEEGEN

Lino Awouters

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

Woord vooraf

Deze masterproef over de wijziging in perceptie inzake medische aansprakelijkheid tussen erkende artsen en kandidaat-artsen is het sluitstuk van mijn universitaire opleiding tot toegepast econoom met afstudeerrichting beleidseconomie aan de Universiteit Hasselt. Het afronden van deze masterproef zou niet gelukt zijn zonder de hulp van verschillende mensen en is het resultaat van een goede vorming doorheen de laatste jaren. Bij deze wil ik dan ook mijn erkentelijkheid uitdrukken ten aanzien van deze mensen.

Vooraleerst wens ik mijn promotor Wim Marneffe te bedanken, om de keuze voor beleidseconomie zo gemakkelijk te maken en voor de deskundige vorming tijdens de vele hoorcolleges die een basis gaven voor de noodzakelijke inzichten voor het vervolledigen van mijn masterproef. De heer Tom Vandersteegen wens ik met nadruk te bedanken voor de deskundige en kritische begeleiding doorheen het hele proces, van het opstellen van het onderzoeksplan tot de finale versie. Meneer Vandersteegen gaf raad waar nodig maar liet genoeg vrijheid om deze thesis op een zelfstandige manier tot een goed einde te brengen, waarvoor dank.

Daarnaast bedank ik allen die meewerkten aan het verspreiden van mijn enquête. Deze masterproef waarin een praktijkonderzoek op basis van een enquête werd gehouden, zou zonder hun medewerking niet gerealiseerd kunnen zijn. Mijn dank gaat uit naar Jean Muris hoogleraar aan het Maastricht MCU+, Jolanda Rethero van het AZ Maastricht en Noreen van der Linden van de arts-assistenten vereniging van het AZ Maastricht, de woordvoerder van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding, Dr. Griet Vander Velpen medisch directeur van het Ziekenhuis Oost-Limburg en naar mijn vrienden Lutger Snellings werkende als verpleegkundige in het UZ Leuven, Ruben Pecquet voor de hulp bij de analyse en Kelly Neyens voor het nalezen.

Tenslotte wens ik nog verschillende mensen in mijn directe omgeving te bedanken waaronder mijn ouders, grootmoeder, broer en schoonbroer om mij een uitstekende omgeving aan te bieden waarin ik mezelf kon ontplooien en uiteindelijk deze masterproef kon vervolledigen. Verder gaat mijn oprechte dank uit naar mijn vriendin, Joyce De Smedt, voor haar ijzersterk geloof in mij. Al deze mensen hadden hun deel in onderstaand eindresultaat waar ik veel uit geleerd heb en waarop ik trots ben.

Lino Awouters, 2015

Samenvatting

Deze masterproef uitgevoerd als afstudeeropdracht werd opgesteld aan de Universiteit Hasselt en gaat na of er wijzigingen in perceptie inzake medische beroepsaansprakelijkheid gedurende de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts zijn. Het doel van deze masterproef was nagaan welke perceptie kandidaat-artsen en erkende artsen hebben ten opzichte van medische aansprakelijkheid en welke gevolgen dit heeft op de handelingen die ze stellen, of dit economische gevolgen heeft voor de instelling waarin ze werken en of ze vaak in aanraking komen met medische aansprakelijkheid.

Op basis van een literatuuronderzoek zou geconcludeerd kunnen worden dat artsen en kandidaat-artsen regelmatig in aanraking komen met aansprakelijkheidsclaims en geen goede perceptie hebben van het aansprakelijkheidssysteem. In het praktijkonderzoek werd nagegaan of dit ook geldt voor Belgische en Nederlandse kandidaat-artsen en erkende artsen. Voor dit onderzoek werd een enquête gehouden bij 180 kandidaat-artsen en erkende artsen waarvan er 84 actief waren in België en 96 in Nederland.

Belgische kandidaat-artsen en erkende artsen kwamen zowel rechtstreeks als onrechtstreeks vaker in aanraking met aansprakelijkheidsclaims dan hun Nederlandse collega's. Hun perceptie ten aanzien van medische aansprakelijkheid was eerder negatief. Deze eerder negatieve perceptie geldt voor zowel kandidaat-artsen als erkende artsen, zo bleek uit de vragen waarin de respondenten konden reflecteren. Verder werden slechts enkele kleine verschillen in perceptie aangaande medische aansprakelijkheid gevonden tussen kandidaat-artsen en erkende artsen in zowel België als Nederland. Opvallend was dat het geslacht van de kandidaat-arts of erkend arts wel een invloed heeft op diens perceptie. Waarom dit zo is, zou verder onderzocht kunnen worden. Ook het verschil tussen Nederland en België werd onderzocht. Hieruit bleek dat er voornamelijk verschillen zijn in de mate waarin men defensieve geneeskundige handelingen stelt uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.

Algemeen blijkt dat men zowel in België als Nederland noch tevreden noch ontevreden is over de wetgeving rond medische aansprakelijkheid en dat de kennis van de erkende artsen eigenlijk te wensen over laat. Erkende artsen en in mindere mate de kandidaat-artsen pleiten voor meer informatieverstrekking inzake medische aansprakelijkheid. Hier zou dan ook op ingespeeld kunnen worden door verschillende instanties, beginnend bij de

universiteiten die opleidingen geneeskunde aanbieden en vervolgd door bijvoorbeeld georganiseerde infosessies.

Inhoud

Woord vooraf	3
Samenvatting.....	5
1. Inleiding	11
2. Probleemstelling.....	13
2.1 Aansprakelijkheid	13
2.2 Aansprakelijkheidsclaims	14
2.3 Perceptie inzake medische aansprakelijkheid.....	16
2.4 Economische relevantie	17
3. België	21
3.1 Opleiding tot arts.....	21
3.1.1 Master-student.....	21
3.1.2 Kandidaat-artsen	21
3.2 Burgerrechtelijke aansprakelijkheid.....	22
3.3 Het Fonds voor de Medische Ongevallen.....	24
3.4 Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid	26
3.5 Strafrechtelijke aansprakelijkheid	27
3.6 Wie draagt de kosten?	28
3.7 Conclusie België.....	29
4. Nederland	31
4.1 Opleiding tot arts.....	31
4.1.1 Coassistenten	31
4.1.2 Basisartsen.....	32
4.2 Burgerrechtelijke aansprakelijkheid.....	32
4.3 BIG-register.....	33
4.4 Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid	34
4.5 Strafrechtelijke aansprakelijkheid	35
4.6 Wie draagt de kosten ?.....	35
4.7 Conclusie Nederland.....	36
5. Praktijkonderzoek.....	39
5.1 Wat is perceptie	39
5.2 Enquête	39
5.2.1 Blok 1: Persoonlijk	40
5.2.2 Blok 2: Kennis	40

5.2.3 Blok 3: Ervaring met medische aansprakelijkheid.....	40
5.2.4 Blok 4: Perceptie.....	41
5.2.5 Blok 5: Reflectie.....	41
5.3 Resultaten.....	41
6. Enquête België.....	43
6.1 Methode.....	43
6.2 Beschrijvende statistiek.....	43
6.2.1 Deel 1: Persoonlijk.....	43
6.2.2 Deel 2: Kennis.....	45
6.2.3 Ervaring met aansprakelijkheidsclaims.....	47
6.2.4 Perceptie t.a.v. medische aansprakelijkheid.....	49
6.2.5 Reflectie.....	54
7. Enquête Nederland.....	55
7.1 Methode.....	55
7.2 Beschrijvende statistiek.....	55
7.2.1 Deel 1: Persoonlijk.....	55
7.2.2 Deel 2: Kennis.....	57
7.2.3 Deel 3: Ervaring met medische aansprakelijkheid.....	58
7.2.4 Deel 4: Perceptie aangaande medische aansprakelijkheid.....	60
7.2.5 Reflectie.....	64
8. Analyse perceptieverschillen.....	65
8.1 België.....	66
8.1.1 Analyse verschil in perceptie inzake het verschil tussen kandidaat-arts en erkende artsen.....	66
8.1.2 Analyse verschil in perceptie van een medisch ongeval.....	68
8.1.3 Analyse verschil in perceptie van de patiënt.....	70
8.1.4 Analyse verschil in perceptie van de wetgeving.....	71
8.1.5 Analyse verschil in perceptie van het Fonds voor de Medische ongevallen.....	72
8.1.6 Analyse verschil in perceptie van rechtszaken.....	73
8.1.7 Analyse verschil in perceptie van defensieve geneeskunde.....	74
8.1.8 Conclusie analyse verschil kandidaat-artsen en erkende artsen in België.....	77
8.2 Nederland.....	77
8.2.1 Analyse verschil in perceptie inzake het verschil tussen kandidaat-arts en erkende artsen.....	77
8.2.2 Analyse verschil in perceptie van een medisch ongeval.....	78
8.2.3 Analyse verschil in perceptie van de patiënt.....	79

8.2.4 Analyse verschil in perceptie van de wetgeving.....	80
8.2.5 Analyse verschil in perceptie van het BIG-register.....	81
8.2.6 Analyse verschil in perceptie van rechtszaken.....	83
8.2.7 Analyse verschil in perceptie van defensieve geneeskunde	83
8.2.8 Conclusie analyse verschil kandidaat-artsen en erkende artsen in Nederland.....	85
8.3 Analyse België-Nederland	86
9. Discussie	89
10. Conclusie	93
11. Bijlage	95
11.1 Vragenlijst enquêtes.....	95
12. Literatuurlijst.....	107

Figuren

Figuur 1 Persoonlijke kenmerken (B)	45
Figuur 2 Eigen kennis van de aspecten van aansprakelijkheid (B)	46
Figuur 3 Aandacht tijdens opleiding voor aspecten van aansprakelijkheid (B)	47
Figuur 4 Claims tegen medestudenten en collega artsen (B)	48
Figuur 5 Claims voor en na erkenning (B)	48
Figuur 6 Aantal tuchtstraffen voor collega's en persoonlijk (B).....	49
Figuur 7 Verschil kandidaat-arts/ erkend arts (B)	50
Figuur 8 Medisch ongeval (B)	50
Figuur 9 De patiënt (B)	51
Figuur 10 Wetgeving (B)	51
Figuur 11 Fonds voor de Medische Ongevallen (B).....	52
Figuur 12 Rechtszaken (B)	53
Figuur 13 Defensieve geneeskunde (B)	54
Figuur 14 Persoonlijke kenmerken (NL)	56
Figuur 15 Eigen kennis van de aspecten van aansprakelijkheid (NL)	57
Figuur 16 Aandacht tijdens opleiding voor aspecten van aansprakelijkheid (NL)	58
Figuur 17 Claims tegen medestudenten en collega artsen (NL)	59
Figuur 18 Claims voor en na erkenning (NL)	59
Figuur 19 Aantal tuchtstraf voor collega's (NL)	60
Figuur 20 Verschil kandidaat-arts/ erkend arts (NL)	60
Figuur 21 Medisch ongeval (NL)	61

Figuur 22 De Patiënt (NL)	61
Figuur 23: Wetgeving (NL).....	62
Figuur 24 BIG-Register (NL)	62
Figuur 25 Rechtszaken (NL)	63
Figuur 26 Defensieve geneeskunde (NL).....	64

Tabellen

Tabel 1 Opdeling onafhankelijke variabelen	66
Tabel 2 Regressie verschil kandidaat-arts/ erkend arts (B).....	68
Tabel 3 Regressie verschil perceptie medisch ongeval (B).....	69
Tabel 4 Regressie verschil perceptie van de patiënt (B)	71
Tabel 5 Regressie verschil perceptie wetgeving (B)	72
Tabel 6 Regressie verschil perceptie Fonds voor de Medische Ongevallen (B)	73
Tabel 7 Regressie verschil perceptie wetgeving (B)	74
Tabel 8 Regressie verschil perceptie positieve defensieve geneeskunde (B)	75
Tabel 9 Regressie verschil perceptie negatieve defensieve geneeskunde (B).....	77
Tabel 10 Regressie verschil kandidaat-arts/ erkend arts (NL).....	78
Tabel 11 Regressie verschil perceptie medisch ongeval (NL).....	79
Tabel 12 Regressie verschil perceptie van de patiënt (NL)	80
Tabel 13 Regressie verschil perceptie wetgeving (NL)	81
Tabel 14 Regressie verschil perceptie BIG-register (NL)	82
Tabel 15 Regressie verschil perceptie wetgeving (NL)	83
Tabel 16 Regressie verschil perceptie positieve defensieve geneeskunde (NL)	84
Tabel 17 Regressie verschil perceptie negatieve defensieve geneeskunde (NL).....	85
Tabel 18 Verschil België-Nederland	88

1. Inleiding

"Zijn er wijzigingen in percepties inzake medische beroepsaansprakelijkheid gedurende de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts?", dat is de centrale onderzoeksvraag die wordt beantwoord in dit werk. Er zijn nog veel vragen rond medische aansprakelijkheid en de wetgeving hieromtrent zowel bij patiënten als bij artsen. In dit werk wordt onderzocht hoe de perceptie inzake medische beroepsaansprakelijkheid wijzigt gedurende de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts waarbij gefocust wordt op kandidaat-artsen, dit zijn studenten geneeskunde die reeds hun master in de geneeskunde hebben behaald, en erkende artsen. Welke factoren bepalen of er een wijziging in perceptie is tijdens de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts wordt in dit werk onderzocht door middel van een literatuurstudie en een eigen onderzoek.

In het eerste deel, de literatuurstudie, wordt de probleemstelling geformuleerd alsook aangehaald welke economische relevantie de centrale onderzoeksvraag heeft op een globale schaal. Vervolgens wordt het onderzoeksveld toegespitst op België en Nederland waar tot nog toe weinig studies gevoerd zijn rond perceptie aangaande medische aansprakelijkheid. Er wordt gekozen voor België én Nederland omdat in beide landen de wetgeving rond medische aansprakelijkheid verschillend is en dit mogelijk een invloed heeft op de perceptie aangaande medische ongevallen. Als bronnen voor de literatuurstudie werden artikelen van EBSCOhost, een online database, en aanverwante artikelen gebruikt. Verder werd gebruikgemaakt van de teksten van Belgische en Nederlandse auteurs en de toepasselijke wetsartikelen uit het Belgische en Nederlandse recht om een antwoord op de centrale onderzoeksvraag te formuleren.

In het tweede deel wordt de enquête, die onderdeel is van het eigen onderzoek, grondig besproken en geanalyseerd. Verder wordt door middel van de reflectie van de respondenten extra duiding gegeven bij de enquête waarna tot de eindconclusie en een antwoord op de centrale onderzoeksvraag gekomen kan worden. Zowel voor België als voor Nederland zal het onderzoek zich richten studenten geneeskunde die reeds een masterdiploma geneeskunde behaalden, verder kandidaat-artsen genoemd en erkende artsen.

2. Probleemstelling

De centrale onderzoeksvraag luidt: "Zijn er wijzigingen in perceptie inzake medische beroepsaansprakelijkheid gedurende de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts?" Om een eenduidig antwoord te vinden op deze centrale onderzoeksvraag wordt in dit hoofdstuk het probleem duidelijk gekaderd. Om dit te kunnen doen is het belangrijk dat de lezer weet wat aansprakelijkheid precies is en welke studies er reeds gevoerd werden rond aansprakelijkheidsclaims en perceptie inzake medische aansprakelijkheid. Verder wordt aangetoond welke economische relevantie dit probleem heeft.

2.1 Aansprakelijkheid

De basis van het aansprakelijkheidsrecht wordt in het Belgisch Burgerlijk Wetboek vermeld in artikel 1382. Artikel 1382 vermeldt dat elke daad van de mens waardoor schade ontstaat aan een ander, deze daad hem vervolgens verplicht diegene die de schade geleden heeft te vergoeden. Aansprakelijkheid steunt op drie centrale elementen: fout, schuld en het oorzakelijk verband tussen fout en schuld (foutaansprakelijkheid, 2009). Ook Nederland kent soortgelijke wetsbepalingen. Zo vermeldt artikel 162 van het zesde boek van het Nederlands Burgerlijk Wetboek dat hij, die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, verplicht is de schade die de ander dientengevolge lijdt te vergoeden (Art 162 § 1 B.W.). Hier wordt voor België verder op ingegaan in hoofdstuk 4 en voor Nederland in hoofdstuk 5.

Aansprakelijkheid is in de medische context zeer belangrijk. Wetgeving betreffende beroepsaansprakelijkheid in de medische sector heeft wereldwijd doorheen de jaren een heel proces doorgaan (Prince, 2010). Zo heeft de patiënt een steeds groter belang gekregen en kunnen artsen steeds vaker aansprakelijk gesteld worden voor medische fouten. In België vond in 2010 nog een grote verandering plaats in de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid (Wet Medische Ongevallen, 31 maart 2010). Er werden reeds enkele onderzoeken gevoerd naar verschillende aspecten aangaande medische aansprakelijkheid. Zo werd onderzocht: "Waarom is een goed medisch aansprakelijkheidssysteem zo belangrijk?" (Danni R., et al., z.d.). Kessler en McClellan (1997) vonden dat de doelstellingen van het medisch aansprakelijkheidssysteem in principe overal ter wereld gelijk zijn. De doelstellingen zijn enerzijds het mogelijk maken van een gepaste vergoeding van de schade die een patiënt heeft geleden als gevolg van een medische fout. Anderzijds zijn de doelstellingen ook de

zorgverleners ertoe aanzetten hun medische handelingen zorgvuldiger uit te voeren. Zowel de kandidaat-artsen als erkende artsen zijn er aan gebonden om zo zorgvuldig mogelijk te handelen. Een onzorgvuldige handeling doet zich voor wanneer een arts er niet in slaagt op een dermate wijze te handelen waarop een andere persoon met zijn beroep zou hebben gehandeld in dezelfde situatie (Kelly & Miller, 2009). Als er sprake is van een onzorgvuldige handeling kan een arts aansprakelijk gesteld worden. De arts kan vervolgens verplicht worden een schadevergoeding te betalen als de aansprakelijkheidsclaim gegrond verklaard wordt.

2.2 Aansprakelijkheidsclaims

Een studie van de AMA, American Medical Association (2008, in AHA news, 2010) toont dat tweeënveertig procent van de ondervraagde artsen reeds geconfronteerd zijn geweest met een schadeclaim. Ook Weycker en Jensen (1999) concludeerden dat veertig procent van de artsen reeds werd gedagvaard voor een medische fout. Het grootste deel van de medische fouten werd wel veroorzaakt door een minderheid van de door hen ondervraagde artsen. Uit een andere studie (Jena, Seabury, Lakdwalla & Chandra, 2011) bleek dat maar liefst 7,4 procent van de ondervraagde artsen in het jaar van het onderzoek gedagvaard is. Opvallend was dat dit sterk afhangt van de specialisatie van de arts. De cijfers varieerden van 19,1 procent in neurochirurgie tot 2,6 procent in de psychiatrie (Jena et al., 2011). Dit werd bevestigd door Carrier et al. (2010). Zij ontdekten ook dat claims sterk afhankelijk zijn van medische specialisatie. Zo moeten ook spoedartsen en bevallingsgynaecologen erg op hun hoede zijn voor aansprakelijkheidsclaims, dit omdat hun beroep relatief meer risico inhoudt dan andere medische specialisaties en de kans op fouten dus ook groter is. Deze cijfers zorgen ervoor dat steeds meer dokters ongerust zijn over claims rond medische aansprakelijkheid.

Deze bezorgdheid zorgt ervoor dat artsen steeds voorzichtiger worden en meer op hun hoede zijn voor schadeclaims. Carrier et al. (2014) legden dit bloot in hun studie. Meer dan zestig procent van de ondervraagde artsen waren akkoord tot sterk akkoord met de vragen die hen voorgelegd werden. Hieronder vielen onder meer de stellingen: "Ik voel me onder druk gezet in mijn dagdagelijkse handelingen door de kans op een aansprakelijkheidsclaim.", "Ik ben bezorgd dat ik in de komende jaren in aanraking kom met een aansprakelijkheidsclaim.", "Ik vraag soms op voorhand de mening van de patiënt om de kans op een aansprakelijkheidsclaim te vermijden." en "Ik beveel soms tests en consultaties aan om de kans op een aansprakelijkheidsclaim te vermijden."

Toch moet de groeiende bezorgdheid onder artsen genuanceerd worden. De overgrote meerderheid van de mensen die te maken krijgen met medische fouten dienen hiervoor geen schadeclaim in (Gladwell, 2005 in Thomas, 2010). Enkel een medische fout is niet genoeg om tot een schadeclaim over te gaan, meent Gladwell (2005, in Thomas, 2010). Belangrijker is dat in vele gevallen niet de fout de doorslaggevende factor is om een schadeclaim in te dienen maar de manier waarop het contact tussen patiënt en arts verliep. Doorslaggevende elementen voor het indienen van een schadeclaim zijn het niet genoeg tijd maken voor de patiënt en het gevoel bij de patiënt dat hij onheus behandeld is. Levinson concludeerde uit haar studie (1997, in Thomas, 2010) dat dokters die nooit voor het gerecht kwamen inzake een medische schadeclaim gemiddeld drie minuten langer met hun patiënten spraken dan zij die wel reeds in aanraking kwamen met een schadeclaim. Hoewel de kwaliteit van de zorg gelijk was, kregen dokters die actief luisterden en de patiënten gerust stelden minder schadeclaims dan zij die dat niet deden. De manier waarop dokters communiceren met hun patiënten is volgens Levison (1997, in Thomas 2010) dan ook van cruciaal belang. Ook het kunnen toegeven van een fout leidt tot minder schadeclaims. Het verontschuldigen van een dokter geeft de patiënt en diens naasten een gevoel van medeleven. Dit zorgt ervoor dat men minder snel negatieve gevoelens omzet in een schadeclaim (Thomas 2010). Welke arts aansprakelijk gesteld wordt, blijkt ook afhankelijk te zijn van voorafgaande claims. Eens een arts enkele aansprakelijkheidsclaims heeft gehad, is de kans op een nieuwe claim erg groot, ook al zijn voorafgaande claims onterecht bevonden en kregen de schuldeisers geen vergoeding (Thomas, 2010).

Ondanks deze nuancering bestaat de angst voor een medische aansprakelijkheidsclaim wel degelijk bij artsen. Prince (2010) wijdt het toegenomen aantal schadeclaims en de daarbij horende groeiende vrees van artsen voor een schadeclaim toe aan een veranderd maatschappelijk denken. Grote problemen rond medische aansprakelijkheid en schadeclaims na medische fouten ontstonden omdat patiënten steeds meer rechten kregen. Advocaten zagen dit als een bron van inkomsten en hebben zo ook gezorgd voor de groeiende vrees voor schadeclaims bij artsen (Prince, 2010). Ook in andere landen groeide de vrees voor aansprakelijkheidsclaims. Als reactie hierop werd in Groot-Brittannië de Bolam-test ontwikkeld. Met de Bolam-test zet de medische beroepswereld in Groot-Brittannië zijn eigen standaarden van wat goede medische zorg is, om zo zichzelf te kunnen beschermen tegen hen die munt willen slaan uit niet-medische fouten (Prince, 2010). Ook in andere landen zijn er soortgelijke initiatieven.

2.3 Perceptie inzake medische aansprakelijkheid

De schrik dat er een schadeclaim wordt ingediend, zit er goed in bij artsen (Weycker & Jensen, 1999). Dit zal waarschijnlijk de perceptie ten aanzien van de wetgeving rond medische aansprakelijkheid niet ten goede komen. Uit een studie van de Harvard School of Public Health blijkt dat van minder dan dertig procent van het totaal aantal gemaakte fouten een verslag wordt opgemaakt (2003, in Thomas, 2010). Vierenveertig procent van de specialisten gaf in dit onderzoek aan ontmoedigd te worden om fouten te rapporteren.

In Amerikaanse staten waar eerder de wetgeving rond medische aansprakelijkheid gewijzigd werd, is er wel degelijk een verandering ontstaan in de perceptie van artsen ten opzichte van deze wetgeving (Kessler & McClelan, 1997). Percepties wijzigen dus naarmate de wetgeving verandert, maar zijn nagenoeg gelijk onder artsen. Ook de perceptie onder studenten is gelijkaardig. Studies wezen namelijk uit dat er slechts kleine tot geen veranderingen zijn in de perceptie van eerste in vergelijking met vierdejaars studentartsen (Kelly & Miller, 2009).

De perceptie ten aanzien van medische aansprakelijkheidswetgeving bij artsen in opleiding is negatief. Dit duidt op vooroordelen die gevormd werden voor de opleiding o.a. door het hebben van dokters en advocaten in de familie of vriendenkring (Kelly & Miller, 2009). Een andere studie (Lawthers et al., 1992) toont aan dat artsen inschatten dat 19,5 procent van hun collega's voor de rechter gedaagd zullen worden voor medische beroepsaansprakelijkheid. Dit blijkt echter een grote overschatting te zijn. Dit toont aan dat ook erkende artsen negatief staan ten opzichte van de medische beroepsaansprakelijkheid. Zowel erkende artsen als artsen in opleiding hebben dus eerder een negatieve perceptie inzake medische beroepsaansprakelijkheid. De perceptie inzake medische beroepsaansprakelijkheid zal gevolgen hebben voor het handelen van de erkende artsen en de artsen in opleiding. De mate van zorgvuldigheid die de artsen in opleiding en erkende artsen aan de dag leggen zullen waarschijnlijk verschillen, net zoals de redenen waarom erkende artsen en artsen in opleiding een bepaalde mate van zorgvuldigheid hanteren.

Naast de erkende artsen en de artsen in opleiding hebben ook patiënten een bepaalde perceptie van het medisch aansprakelijkheidssysteem. Chandra, Durand & Dickens (2009) hielden een onderzoek bij patiënten en opmerkelijke resultaten werden gevonden. Eenennegentig procent van de ondervraagden antwoordden positief op de vraag: "Worden er teveel medische schadeclaims ingediend?". Verder bleek dat negentig procent van de

ondervraagden dacht dat het grote aantal schadeclaims de kosten voor de gezondheidszorg doet stijgen en een invloed heeft op het gedrag van de dokters.

Geconcludeerd kan worden dat de perceptie inzake medische aansprakelijkheid weldegelijk een invloed heeft op het handelen van erkende artsen en kandidaat-artsen. Het negatieve beeld dat rond medische aansprakelijkheid hangt, zorgt hiervoor. Dit negatief beeld heeft mogelijk een invloed bij de overgang van kandidaat-arts tot erkend arts en dat is een probleem. Welke invloed dit probleem heeft en hoe belangrijk dit is zal onderzocht worden in dit werk.

2.4 Economische relevantie

Om aan te tonen of het probleem belangrijk is, moet de economische relevantie ervan onderzocht worden. De economische of bedrijfsrelevante aspecten inzake de medische aansprakelijkheid bij kandidaat-artsen en erkende artsen zijn zeer duidelijk. Vele ziekenhuizen, huisartspraktijken, medische centra en andere instellingen zijn bedrijven en moeten ook verschillende financiële doelstellingen halen, ook al voeren ze taken uit van algemeen nut en krijgen ze steun van de overheid.

Hoewel onderzoek aantoonde dat vijftien procent van de schadeclaims in Amerika niet door een rechtbank behandeld worden, zijn er wel opmerkelijk hoge kosten verbonden aan de medische schadeclaims (2008, in AHA news, 2010). De gemiddelde procedurekosten voor een schadeclaim bedroegen tweeëntwintigduizend dollar. Voor claims die voor de rechtbank kwamen, kon dit oplopen tot meer dan honderdduizend dollar. De angst voor een schadeclaim zorgt bij artsen voor een aangepast gedrag. Dit heeft volgens Carpenter (2010) zowel een impact op de kosten, de kwaliteit als de toegankelijkheid van medische zorg. De kosten stijgen omdat ziekenhuizen en andere medische instellingen zich tegen aansprakelijkheidsclaims preventief willen indekken. Dit doen ze door het afsluiten van dure verzekeringen die rechtstreeks worden doorgerekend aan de patiënten. Deze hogere kosten zorgen er op hun beurt voor dat de ziektekostenverzekeringen stijgen (Carpenter, 2010).

De kwaliteit van de zorg gaat achteruit omdat grote rechtszaken zwaar doorwegen op de reputatie van zowel de arts als het ziekenhuis en blijvende economische schade kunnen opleveren. Artsen zullen dan ook proberen om aansprakelijkheid te ontlopen. Dit fenomeen heet defensieve geneeskunde. Defensieve geneeskunde kan opgesplitst worden in een positief

en negatief luik. Bij positieve defensieve geneeskunde zal een arts een patiënt onderwerpen aan extra onderzoeken, consultaties, scans ... om er zeker van te zijn dat de kans dat ze aansprakelijk gesteld worden voor een fout zo klein mogelijk is. Uiteraard leidt dit tot hogere kosten. De toegankelijkheid tot medische zorg komt in het gedrang door het fenomeen negatieve defensieve geneeskunde. Hierbij zal de arts de kans op een fout, en dus op aansprakelijkheid, zo hoog inschatten dat hij een risicovolle patiënt vermijdt en deze dus niet zal behandelen (Manner, 2007).

Zoals reeds aangehaald werd, zorgt in de Verenigde Staten de bezorgdheid rond aansprakelijkheidsclaims ervoor dat ziekenhuizen en andere medische instellingen zich hiertegen preventief willen indekken. Dit doen ze door het afsluiten van dure verzekeringen die rechtstreeks worden doorgerekend aan de patiënten. Tussen 2000 en 2002 stegen de kosten van medische aansprakelijkheidsverzekeringen met vijftien procent. Deze trend is het gevolg van het toenemend aantal claims (Carpenter, 2006). Deze hogere kosten zorgen er op hun beurt voor dat de ziektekostenverzekeringen stijgen. Dit alles is nefast voor de zorgverlening (Carpenter, 2006). Ook in België is er bezorgdheid. Artsen behandelen minder patiënten uit schrik voor schadeclaims, ze voeren minder riskante handelingen uit en stellen extra onderzoek voor. Onderzoeker Marc Moensens vreest voor Amerikaanse toestanden (K.L.D, 2014).

Als er wijzigingen zijn in de perceptie inzake medische beroepsaansprakelijkheid gedurende de evolutie van arts in opleiding tot erkende arts en deze wijzigingen leiden tot extra kosten, dan kan dit werk een eerste aanleiding zijn tot een kostenvermindering voor zowel ziekenhuizen, andere medische instellingen en patiënten. Een algemene kostenvermindering in de zorgsector is positief voor de economie, zeker in de westerse samenleving die kampt vandaag de dag met de vergrijzing. Dit geldt ook voor België en Nederland waar problemen in de medische- en de zorgsector steeds vaker naar boven komen. Nu al weten de bevoegde regeringsleiders dat de medische kosten in de lage landen enkel maar zullen stijgen in de komende decennia (Kosten van de vergrijzing, 2006).

Hoe de vrees voor aansprakelijkheidsclaims zich uit in het handelen van de kandidaat-artsen en erkende artsen, en welke gevolgen dit heeft ten aanzien van de kosten, zal onderzocht worden in het vervolg van dit werk. Gefocust zal worden op de overgang van kandidaat-arts naar erkend arts. Dit omdat er zich mogelijk op het moment dat een kandidaat-arts een erkend arts wordt, een wijziging in perceptie aangaande medische aansprakelijkheid

voordoet en dit grote gevolgen kan hebben. Zowel voor België als voor Nederland zal het onderzoek zich richten studenten geneeskunde die reeds een masterdiploma geneeskunde behaalden, verder kandidaat-artsen genoemd en erkende artsen.

3. België

In België zijn er verschillende manieren voor het aansprakelijk stellen van zorgverleners na een medische fout. Zo is het mogelijk om diegene die een medische fout heeft begaan tuchtrechtelijk, strafrechtelijk en burgerrechtelijk aansprakelijk te stellen. Op administratieve aansprakelijkheid wordt in dit werk niet ingegaan. Verder is het sinds 2010 ook mogelijk om een schadevergoeding te bekomen via het fonds medische ongevallen. Voordat ingegaan wordt op deze mogelijkheden tot aansprakelijkheid is het belangrijk te begrijpen hoe de opleiding tot arts in België georganiseerd wordt.

3.1 Opleiding tot arts

De studie geneeskunde duurt in België zes jaar en is opgedeeld in een driejarige bacheloropleiding en een driejarige masteropleiding. Deze opleiding kan daarna aangevuld worden met een praktische opleiding tot huisarts van drie jaar, of een opleiding tot specialist van vier tot zes jaar (Geneeskunde studeren, z.d.).

3.1.1 Master-student

Tijdens de drie jaar durende opleiding leren de studenten geneeskunde anders dan in de bacheloropleiding vooral hoe ze zelf een medische handeling moeten stellen. Het praktijkgericht leren krijgt in de masterjaren een zeer belangrijke rol, dit door het lopen van tweeëndertig maanden stage gedurende de drie masterjaren (Masterjaren, 2014)

3.1.2 Kandidaat-artsen

Na het afsluiten van de masteropleiding kiezen studenten geneeskunde tussen een Master-Na-Masteropleiding tot huisarts of specialist. Deze opleidingen duren respectievelijk drie jaar voor een opleiding tot huisarts en vier tot zes jaar afhankelijk van de gekozen specialisatie. Studenten kunnen pas aan een specialisatie beginnen indien zij hiervoor aanvaard worden door de stagemester. Studenten in deze fase van hun opleiding zullen verder in dit werk kandidaat-artsen genoemd worden waarmee verwezen wordt naar studentartsen in hun Master-Na-Masteropleiding voor zowel huisarts als specialist (Specialiseren, 2014).

3.2 Burgerrechtelijke aansprakelijkheid

Zowel artsen als kandidaat-artsen kunnen burgerrechtelijk aansprakelijk gesteld worden. Artikel 1383 van het Belgische Burgerlijk Wetboek is de basis van het aansprakelijkheidsrecht in België en regelt de burgerlijke aansprakelijkheid. Vermeld wordt dat men een fout begaat wanneer men opzettelijk, door onvoorzichtigheid of door nalatigheid, schade veroorzaakt aan iemand anders (Art. 1383, B.W.). Door een daad te stellen die schade veroorzaakt kan men dus aansprakelijk gesteld worden. Artikel 1384 vermeldt vervolgens dat men aansprakelijk is voor de schade welke wordt veroorzaakt door de daad van personen voor wie men moet instaan of voor zaken die men onder zijn bewaring heeft (De Neve, 2009). Dit is belangrijk voor kandidaat-artsen. Zij vallen onder het toezicht van de aansteller. Dit terwijl artsen zelf rechtstreeks aansprakelijk zijn en moeten instaan voor hun eigen medische beroepsaansprakelijkheid. De erkende arts staat als aansteller in voor de schade die zijn aangestelden veroorzaken (Aerssens, 2011).

Voornoemde vormen van aansprakelijkheid zijn respectievelijk de zogenoemde aquiliaanse aansprakelijkheid voor eigen daden en de aquiliaanse aansprakelijkheid voor andermans daden. Noodzakelijk is het aantonen van de fout, de schade en het oorzakelijk verband hiertussen (Decock et al, 2009). Schade moet het gevolg zijn van een fout. De fout of onrechtmatige daad is elke daad aan dewelke een gemiddeld redelijk en normaal voorzichtig persoon zich zou onthouden (6.Verbintenissenrecht, z.d.). Als er geen schade wordt geleden kan geen beroep worden gedaan op aansprakelijkheid. Schade kan zowel materieel als moreel zijn. Dit houdt zowel het verlies dat men lijdt in als de verloren toekomstige winst. Tenslotte dient er een causaal verband te bestaan tussen fout en schade. Dit wil zeggen dat de fout de oorzaak van de schade moet zijn en de schade het gevolg van de fout. De wet voorziet wel een beperking van de aansprakelijkheid bij foutief gedrag. Artikel 18 van de Arbeidsovereenkomstenwet vermeldt dat werknemers, dus ook artsen die aan het ziekenhuis zijn verbonden door middel van een arbeidsovereenkomst, slechts aansprakelijk zijn voor herhaalde lichte fouten of voor zware fouten (De Neve, 2009).

Belangrijk voor dit werk is artikel 1384, de aquiliaanse aansprakelijkheid voor andermans daden. Daarin worden drie gevallen beschreven waarin iemand aansprakelijk is voor de daden van een ander. Dit is het geval voor ouders en hun kind, onderwijzers en ambachtslieden. Zij zijn aansprakelijk voor hun leerlingen en meesters. Tot slot zijn aanstellers aansprakelijk voor hun aangestelde. Aanstellers komen veel voor in de opleiding

van studenten tot artsen. Een aansteller is een persoon die een ander aanstelt. Een aangestelde is hij die op een niet-zelfstandige basis werk uitvoert voor een ander. Daar het begrip aansteller ruimer geïnterpreteerd kan worden dan het begrip werkgever, is een arbeidsovereenkomst niet noodzakelijk. Dit is belangrijk aangezien studenten geneeskunde niet werken onder een arbeidsovereenkomst (Decock et al, 2009). De aanstellende arts kan dus verantwoordelijk gesteld worden voor de studenten die handelingen uitvoeren onder zijn leiding.

Als men toch vindt dat de aansteller niet verantwoordelijk gesteld kan worden, blijft voor studenten artikel 1384 van belang omdat erop gewezen kan worden dat bij studenten de nadruk tijdens een stage eerder op het leren ligt dan op het presteren van arbeid. Vansweevelt (1997) omschrijft het begrip stagiair als een algemene term die slaat op elke student geneeskunde of reeds gediplomeerde die een opleiding krijgt. Met betrekking op aansprakelijkheid concludeert Vansweevelt dat er in principe geen arbeidsovereenkomst tot stand komt en artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek in die zin dus niet geldt. Toch kan de toezichthoudende arts via artikel 1384 aansprakelijk zijn voor de daden van de stagiair daar hij als onderwijzer beschouwd kan worden omdat het hoofddoel van de stage de vorming van de student is.

Indien de stagiair dus een fout maakt waarbij anderen dan de stagebegeleidende arts schade oplopen, kan dit de aansprakelijkheid van deze laatstgenoemde in gedrang brengen op grond van art.1384, al.4 B.W.. Het is echter mogelijk voor de stagebegeleidende arts onder deze aansprakelijkheid uit te komen. Hiervoor dient hij te bewijzen dat de tot schade leidende daad van de student door hem niet te vermijden was. Art.1384, al.4 B.W. kan niet worden ingeroepen indien de stage niet als hoofddoel een onderwijzend aspect heeft. In dat geval kan artikel 1384, al.3 B.W. wel nog ingeroepen worden maar dan is de toezichthoudende arts patroon van de student. Dit is voor de aanstellende arts een minder gunstig scenario daar hij in dat geval een onweerlegbare aansprakelijkheid kan oplopen ten opzichte van een door de student begane fout die leidt tot schade aan derden. Niet enkel de toezichthoudende arts maar ook de stagementor en de praktijklector worden in principe geacht aansprakelijk te zijn voor de schade berokkend aan derden door een student geneeskunde. Voor hen is het op basis van art. 1384, al.4 wel gemakkelijker dit vermoeden van aansprakelijkheid te weerleggen (Vansweevelt, 1997).

De burgerrechtelijke aansprakelijkheid vormt één van de door de Belgische wetgever gecreëerde sporen van het tweesporensysteem dat een patiënt kan bewandelen als hij een schadevergoeding meent te krijgen na een medische fout. Doel hiervan is het bekomen van een schadevergoeding voor de patiënt. Naast de burgerrechtelijke procedure kan een patiënt zich ook wenden tot het Fonds voor Medische Ongevallen.

3.3 Het Fonds voor de Medische Ongevallen

Het Fonds voor de Medische ongevallen vormt het tweede spoor gecreëerd door de Belgische wetgeving voor patiënten die menen recht te hebben op een schadevergoeding na een medische fout. Het Fonds voor de Medische Ongevallen, verder het Fonds, werd bij wet opgericht op 31 maart 2010. In de praktijk is het Fonds opgestart op 1 september 2012. Dit omdat het uitvoeringsbesluit dat voorzag in de oprichting van het Fonds er nog niet was. Vanaf 2 april 2010 is de Wet Medische Ongevallen wel al van toepassing op alle medische ongevallen (Timmermans & Lafaut, z.d.). Tot 2 april 2010 moest de patiënt in principe aantonen dat er een fout was gemaakt door een zorgverlener indien hij een vergoeding wilde krijgen voor geleden schade. Met de inwerkingtreding van de wet van 31 maart 2010, de zogenoemde "No-Fault Wet", is dit niet langer noodzakelijk (de No-Fault Wet eindelijk een feit, z.d.).

Het doel van de Wet Medische Ongevallen is het aantal rechtszaken terugdringen en het aantal minnelijke schikkingen verhogen. Een bijkomend voordeel van het Fonds Medische Ongevallen is de verbeterde relatie tussen arts en patiënt. Dit omwille van het feit dat patiënten die slachtoffer werden van een medische fout niet noodzakelijk moeten aantonen dat de zorgverlener een medische fout heeft begaan (Timmermans & Lafaut, z.d.).

Indien een patiënt meent dat een zorgverlener een fout heeft gemaakt, kan deze patiënt bij het Fonds een aanvraag indienen tot het onderzoeken van het desbetreffende dossier. Het Fonds zal volgens Timmermans en Lafaut (z.d.) dan aan de hand van een deskundig onderzoek oordelen of er sprake is van een door de zorgverlener begane fout. Indien het Fonds van mening is dat er een fout gemaakt is, zal een aanmaning gestuurd worden naar de zorgverlener of diens verzekeraar om een vergoedingsvoorstel te formuleren. Verder oordeelt het Fonds over de toereikendheid van het vergoedingsvoorstel van de zorgverlener of diens

verzekeraar. Indien een vergoeding uitblijft of tekortschiet zal het Fonds de getroffen patiënt vergoeden.

Dankzij de Wet Medische Ongevallen is er in België een systeem van objectieve aansprakelijkheid. Dit wil in praktijk zeggen dat een patiënt die slachtoffer is geworden van een medisch ongeval, waarbij de zorgverlener niet aansprakelijk gesteld kan worden in bepaalde gevallen, toch recht heeft op een schadevergoeding uitgekeerd door het Fonds. Hiervoor moet de schade abnormaal en ernstig zijn. Artikel 5 van de Wet Medische Ongevallen vermeldt dat schade ernstig genoeg is indien de patiënt een blijvende invaliditeit van vijftientwintig procent of meer heeft, de patiënt tijdelijk arbeidsongeschiktheid is gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden binnen één jaar, als de veroorzaakte schade een zware impact heeft op de levensomstandigheden en de economische toestand van de patiënt of als de patiënt overleden is (Art. 5, 1^o-4^o, Wet Medische Ongevallen, 2010). Dankzij de oprichting van het Fonds kunnen patiënten die het slachtoffer werden van een medische fout onder andere een schadevergoeding krijgen indien een ongeval zonder aansprakelijkheid de oorzaak is van de schade, de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener ontoereikend is of de zorgverlener niet verzekerd is. Verder is vergoeding mogelijk in gevallen waarbij de verzekeraar van de zorgverlener diens aansprakelijkheid betwist.

Dankzij het tweesporensysteem in België blijft het mogelijk voor de patiënt die meent schade te hebben geleden om zowel het spoor van schadevergoeding via het Fonds als het spoor van een schadevergoeding via de rechter te volgen. Een procedure bij het Fonds heeft wel met onmiddellijke ingang voorrang op een procedure voor een rechtbank. Art. 13 van de Wet Medische Ongevallen maakt duidelijk dat na de aanvraag tot schadevergoeding voor een medische fout bij het Fonds dit rechtstreeks het onderzoek en de berechting bij een burgerlijke rechtbank schorst.

Als het Fonds besluit dat er geen aanleiding is tot vergoeding of dat de ernst van de schade niet voldoende is, is het nog steeds mogelijk voor degene die meent slachtoffer te zijn van een medische fout om een gemeenrechtelijke rechtsvordering in te stellen. De patiënt heeft dan de mogelijkheid om voor een rechtbank van eerste aanleg een vordering in te stellen tegen het Fonds om alsnog een vergoeding te krijgen (Art. 23, Wet Medische Ongevallen, 2010).

3.4 Tuchtrectelijke aansprakelijkheid

Anders dan bij burgerrechtelijke aansprakelijkstelling of bij het Fonds heeft tuchtrect niet als doel een schadevergoeding voor de patiënt te bewerkstelligen. Tuchtrect is ook verschillend van strafrect, het heeft anders dan het strafrect niet als doel het bestraffen van ongewenste handelingen. Het tuchtrect of disciplinair rect staat los van het strafrect en is in die zin een autonome rechtstak. Tuchtrect stelt als doel het correct handelen binnen een bepaalde beroepstak voorop. Voor dit werk is de Orde der Geneesheren het tuchtorgaan dat gaat over handelingen gepleegd door zorgverleners. De Orde der Geneesheren is opgebouwd uit een nationale raad en een raad in elke provincie (Wet orde geneesheren, 1967).

Iedereen die de titel geneesheer heeft en zijn beroep wilt uitoefenen binnen België dient ingeschreven te zijn bij de Orde der Geneesheren. De Raad van de Orde der Geneesheren heeft een code van geneeskundige plichtenleer opgemaakt die voorziet in regels waaraan artsen zich moeten houden. Dit is de zogenaamde deontologische code. Zo stelt Aerssens (2011) dat artsen ook buiten hun beroepsuitoefening geen daden mogen stellen die de waardigheid van het beroep kunnen schaden.

De deontologie is dan ook een belangrijk aspect in het beroepsleven van een arts. Zo is hij deontologisch verplicht verzekerd te zijn voor aansprakelijkheid ten aanzien van patiënten. Moeilijk wordt het voor een arts wanneer de deontologische code indruist tegen de wetgeving. Aerssens (2011) meent echter dat dit vrij eenvoudig op te lossen valt door de hiërarchie der normen. Deze hiërarchie stelt duidelijk dat de wet voorrang heeft op een tuchtrectelijke code.

Als een arts voor de Orde der Geneesheren moet komen, oordeelt deze of de handelingen gesteld door de arts een inbreuk kunnen zijn op de eer en de waardigheid van het beroep. Anders dan in het strafrect is er geen lijst die opsomt wat strafbaar is. De sancties die de tuchtrecter kan opleggen zijn daarentegen wel opgesomd. De sancties die door één van de tien provinciale raden kunnen worden opgelegd zijn: een waarschuwing, censuur, een berisping, de schorsing in het recht tot het uitvoeren van geneeskunde gedurende maximaal twee jaar en een schrapping van de lijst van de Order der Geneesheren (Art.15, Wet orde geneesheren, 1967).

3.5 Strafrechtelijke aansprakelijkheid

De strafrechtelijke aansprakelijkheid is er zoals eerder vermeld niet met het oog op het vergoeden van schade aan een patiënt, wel om de kwaliteit van het zorgsysteem te vrijwaren. Strafrechtelijk kan men aansprakelijk gesteld worden indien men een handeling pleegt die door de wet als strafbaar beschouwd wordt. (Decock et al, 2009). Een handeling die door de wet als strafbaar wordt beschouwd is een misdrijf. Voordat men van een misdrijf kan spreken moeten er aan vier cumulatieve voorwaarden voldaan zijn.

Een eerste voorwaarde die moet voldaan worden, is het aanwezig zijn van een materieel element. Dit materieel element omschrijft Aerssens (2011) als een uitwendige menselijke gedraging die door de wet als strafbaar wordt gezien. Het materieel element kan opgedeeld worden in handelingsmisdrijven en onthoudingsmisdrijven. Handelingsmisdrijven leiden tot strafbaarheid daar deze handelingen door de wet verboden zijn om uitgevoerd te worden. Onthoudingsmisdrijven zijn hiervan het tegenovergestelde. Het niet handelen is in bepaalde gevallen ook strafbaar, bijvoorbeeld wanneer een arts weigert een patiënt te helpen. Dit is schuldig hulpverzuim.

Een tweede voorwaarde die moet voldaan zijn, is het veroorzaken van een gevolg. Er moet een causaal verband bestaan tussen het gevolg en het materieel element beschreven in de vorige alinea. Verder mag over het causaal verband geen enkele twijfel zijn, deze moet vaststaand zijn (Aerssens 2011).

Een derde element dat leidt tot een misdrijf is het wederrechtelijk of onrechtmatig karakter van de daad. Er kan niet van een misdrijf gesproken worden als de handeling kan worden gerechtvaardigd door bijvoorbeeld een noodtoestand of een wettelijk voorschrift. De strafwet kan in een dergelijk geval overschreden worden zonder bijkomende consequenties daar deze overtreding een groter belang tot doel had.

Een vierde element is het moreel element van een misdrijf. Dit moreel element is schuld. De handeling moet aan de dader verwijtbaar zijn. Er kunnen twee vormen van schuld onderscheiden worden. Enerzijds kan men een strafbare handeling opzettelijk plegen waarbij de dader weet dat de handeling die hij stelt een inbreuk is op de wetgeving. Anderzijds kan men ook een strafbare handeling stellen uit onachtzaamheid. Men maakt zich in dat geval ongewild schuldig aan een strafbare handeling maar dit wordt de dader verweten omdat een normaal voorzichtig persoon dit vermeden zou hebben. Als deze cumulatieve voorwaarden

voldaan zijn, is een handeling in principe op enkele uitzonderingen na strafwaardig (Aerssens, 2011). Als een handeling strafwaardig is, kan de dader hiervoor een door de wet bepaalde straf krijgen.

3.6 Wie draagt de kosten?

De meeste artsen hebben een beroepsaansprakelijkheidsverzekering die tussenkomt indien een arts aansprakelijk gesteld wordt voor een medische fout. De beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor medische beroepen is niet wettelijk verplicht in België (Aerssens 2011). De deontologische code maant artsen echter wel aan deze verzekering af te sluiten. Voor kandidaat-artsen wordt de beroepsaansprakelijkheidsverzekering geregeld in Artikel 38 van het ministerieel besluit van 23 april 2014. Dit artikel vermeldt dat de stagemeeester de kandidaat niet tot de opleiding mag toelaten als er geen gepaste beroepsaansprakelijkheidsverzekering werd afgesloten, in hoofde van de kandidaat-specialist, door de universiteit, de stagemeeester of het ziekenhuis. De bedoelde verzekering dekt alle handelingen die de kandidaat tijdens de opleiding stelt. Indien de verzekering niet tussenkomt of onvoldoende tussenkomt zal het Fonds in door de wet bepaalde gevallen instaan voor de vergoeding.

Degene die betaalt, is dus meestal de verzekering van de zorgverlener die aansprakelijk gesteld wordt. Timmermans & Lafaut (z.d.) wijzen erop dat de nieuwe wetgeving omtrent het Fonds er gekomen is met als doel het stabiliseren van de verzekeringspremies. Dit omdat voorheen de premies ofwel drastisch verhoogd waren ofwel hadden verzekeraars de markt verlaten of verleenden zij geen aansprakelijkheidsverzekering meer aan artsen uit de hoogste risicocategorieën. Gehoopt wordt op een daling van de verzekeringspremies daar er nu door oprichting van het Fonds meer zaken aangaande medische aansprakelijkheid buiten de rechtbanken behandeld zullen worden.

Dit moet echter genuanceerd worden aangezien de makkelijke toegang tot het Fonds kan zorgen voor een stijging van de kosten omdat vroeger veel patiënten afgeschrikt werden door een dure gerechtelijke procedure. Het Fonds zal daarenboven bij onvoldoende verzekeringsdekking de patiënt vergoeden en vervolgens deze vergoeding terugvorderen bij de arts of zijn verzekeraar. Het is dan ook mogelijk volgens Timmermans & Lafaut (z.d.) dat meer dossiers betreffende aansprakelijkheid voor medische fouten worden voorgelegd aan verzekeraars en bijgevolg de verzekeringspremies stijgen. Het Federaal Kenniscentrum voor

de Gezondheidszorg in België (KCE) verwacht dat het Fonds jaarlijks zo'n tachtig patiënten zal moeten vergoeden.

3.7 Conclusie België

In België zijn er zoals besproken verschillende manieren om een arts aansprakelijk te stellen. Voor de patiënt zijn de belangrijkste manieren om een schadevergoeding te bekomen na een medische fout het instellen van een procedure bij een rechtbank van eerste aanleg of een procedure bij het Fonds voor de Medische Ongevallen. Beide mogelijkheden kaderen in het Belgische tweesporensysteem. Anders dan dit tweesporensysteem hebben de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid en de strafrechtelijke aansprakelijkheid niet als doel de patiënt te vergoeden maar hebben zij respectievelijk als doel de goede werking van de geneeskundige activiteiten te bewaren alsook het sanctioneren van strafbare handelingen.

Wie aansprakelijk is, hangt af van situatie tot situatie en van de procedure die gevolgd wordt. De aansprakelijkheid van kandidaat-artsen valt vaak onder de aansprakelijkheid van de aanstellende arts, dit in tegenstelling tot de erkende arts die voor zijn eigen daden aansprakelijk is. Voor de erkende arts is een aansprakelijkheidsverzekering niet verplicht maar wordt deze wel deontologisch afgedwongen door de Orde der Geneesheren. Voor de kandidaat-artsen wordt deze aansprakelijkheidsverzekering bij ministerieel besluit geregeld. Wat precies het verschil is in perceptie tussen kandidaat-artsen en erkende artsen in de eerste vijf jaar na hun erkenning zal verder in dit werk aan de hand van een online enquête, gehouden bij Vlaamse kandidaat-artsen en erkende artsen, duidelijk worden.

4. Nederland

In 2007 waren er in Nederland 1400 klachten over door artsen gemaakte medische fouten. Volgens dit onderzoek krijgen Nederlandse artsen gemiddeld twee keer in hun carrière te maken met een klacht (Van Tuyl, 2008). Het rapport 'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen' (De Bujine, Zegers, Hoonhout, Wagner, 2004) vermeldt dat in 2004 een medische fout 1700 patiënten fataal werd. De belangrijkste reden voor het aanklagen van een arts is vaak de gebrekkige communicatie tussen arts en patiënt (Van Tuyl, 2008). In Nederland zijn er verschillende procedures die gevolgd kunnen worden indien er vermoed wordt dat er een medische fout is begaan. Er kan een klacht ingediend worden bij een bevoegd tuchtcollege of men kan diegene die de medische fout begaan heeft juridisch aansprakelijk stellen. Vooraleer hierop dieper ingegaan wordt, wordt eerst de Nederlandse opleiding tot arts besproken.

4.1 Opleiding tot arts

In Nederland wordt de studie geneeskunde opgesplitst in een driejarige bacheloropleiding gevolgd door een driejarige masteropleiding. Na de op theorie gebaseerde bachelor bereidt de praktijkgerichte masteropleiding de geneeskundestudenten voor op de functie van arts. Na het slagen van de examens aan het einde van de masteropleiding mogen de studenten zichzelf basisarts noemen (studie opbouw, 2014).

4.1.1 Coassistenten

Na de bachelorjaren vormen de masterjaren het vervolg in de opleiding tot arts. Zij die geslaagd zijn voor de doctorale examens op het einde van de bacheloropleiding mogen zich coassistent noemen. Als coassistent lopen de studenten in de masterjaren van de opleiding de in Nederland zogenaamde coschappen. Deze coschappen houden concreet enkele praktijkstages in. Dit zowel in huisartspraktijken als ziekenhuizen, allen onder de begeleiding van een arts (Studie opbouw, 2014). Deze coschappen vormen de onontbeerlijke praktijkfase van de opleiding en lopen gedurende twee van de drie masterjaren. Tijdens deze praktijkervaringen is het de bedoeling dat de coassistenten stage lopen op verschillende afdelingen met verschillende specialisaties om al doende met zoveel mogelijk patiënten en ziektebeelden vertrouwd te geraken onder leiding van arts-assistenten en specialisten. Na de coschappen volgen de artsexamens (Artsen en coassistenten, z.d.).

4.1.2 Basisartsen

Na het voltooien van de masteropleiding en het behalen van de titel basisarts wordt er een opdeling gemaakt tussen ANIOS en AIOS basisartsen. ANIOS beginartsen zijn arts-assistenten die niet in opleiding zijn tot specialist. De ANIOS beginartsen kunnen gaan werken in een bepaald vakgebied om ervaring op te doen tot ze de mogelijkheid krijgen een opleiding tot specialist te volgen. Als de specialisatie-opleiding begint, wordt de basisarts een AIOS basisarts, een arts in opleiding tot specialist. Deze AIOS opleiding kan twee tot zes jaar duren afhankelijk van de gekozen specialisatie. Als AIOS werkt de basisarts onder supervisie van een specialist om zich voor te bereiden op de examens tot specialist-arts (Arts en dan, z.d.).

4.2 Burgerrechtelijke aansprakelijkheid

De burgerrechtelijke aansprakelijkheid wordt in Nederland geregeld in Artikel 162 van het zesde boek van het Nederlands Burgerlijk Wetboek dat hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt welke hem kan worden toegerekend, verplicht is de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden. Verder wordt in het tweede lid van Artikel 162 de onrechtmatige daad omschreven als een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond. Deze onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet voor zijn rekening komt. Op basis van deze burgerrechtelijke aansprakelijkheid kunnen, wanneer de gevolgen voor de patiënt zeer groot zijn of in geval van overlijden, familieleden zeer grote schadevergoedingen eisen (Van Tuyl, 2014).

Voor patiënten is het aan te raden om eerst de tuchtprocedure af te wachten voordat getracht wordt via de civiele rechter een schadevergoeding af te dwingen en dus de verantwoordelijke voor de medische fout aansprakelijk te stellen. Dit komt omdat een medische fout enkel tot aansprakelijkheid leidt wanneer aangetoond kan worden dat de zorgverlener de medische fout begaan heeft omdat hij een zorgvuldigheidsnorm geschonden heeft. Of een zorgvuldigheidsnorm is geschonden, wordt bepaald door een deskundige. Dit is een zorgverlener met eenzelfde achtergrond. Op basis van zijn getuigenis kunnen zowel de tuchtrechter als de civiele rechter een vonnis vellen. Specialisten in gezondheidsrecht wijzen

op het feit dat zorgverleners elkaar mogelijk indekken waardoor de aansprakelijkheid wegvalt (Medische fouten en aansprakelijkheid, z.d.).

In het geval dat een patiënt zijn klacht ongegrond verklaard wordt door de tuchtrechter en er geen vervolg gegeven wordt aan de mogelijke medische fout, kan een patiënt die daar geen genoegen mee neemt naar de civiele rechter gaan. Maar niet enkel een patiënt kan een civiele procedure starten. Ook een zorgverlener die door een tuchtcollege een straf opgelegd krijgt, kan deze in een civiele rechtszaak betwisten.

De civiele rechter neemt vaak het oordeel van de tuchtrechter over, maar dat is zeker niet altijd het geval. Om te beslissen of de zorgverlener aansprakelijk is, dient de civiele rechter zich bij te laten staan door een zorgverlener met een vergelijkbare achtergrond als de aangeklaagde zorgverlener om meer inzicht in het dossier te kunnen krijgen. Dit omdat bij de civiele rechter dikwijls de nodige medische kennis ontbreekt om de zaak grondig te begrijpen en te kunnen beoordelen. Enkel wanneer de deskundige een andersluidend advies geeft aan de civiele rechter mag deze ook een andersluidende uitspraak doen. De uitspraak van een tuchtrechter wordt als het ware als een deskundigenrapport gebruikt door de civiele rechter. In bepaalde gevallen is het echter mogelijk dat een civiele rechter een andere mening heeft over bepaalde aspecten in een zaak die geen medische kennis vereisen. In dat geval kan een rechter makkelijker afwijken van het oordeel van een tuchtrechter (Mooibroek & Uhlenbroek, 2013).

Een afwijkende uitspraak door een civiele rechter komt minder vaak voor dan een eensluidende uitspraak. Maar het wil niet zeggen dat als een arts een beroepsfout gemaakt heeft, deze hiervoor ook aansprakelijk gesteld kan worden en de patiënt of diens familie bijgevolg recht heeft op een schadevergoeding. Doorslaggevend voor de aansprakelijkstelling van de zorgverlener is het oordeel van de civiele rechter dat de beroepsfout de oorzaak is van eventueel gelede schade door de patiënt. Een zorgverlener kan slechts aansprakelijk gesteld worden indien er een oorzakelijk verband kan aangetoond worden tussen de schade die de patiënt ondervindt en de beroepsfout gemaakt door de zorgverlener (Mooibroek & Uhlenbroek, 2013).

4.3 BIG-register

Basisartsen zijn verplicht tot de inschrijving in het BIG-register. Het BIG-register vindt zijn oorsprong in de BIG-wetgeving (wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Het

doel van de registratie in het BIG-register is het bewaken van de kwaliteit in de gezondheidszorg (Wetten, 2014). Artsen zijn één van de acht beroeps categorieën die verplicht ingeschreven dienen te zijn in het BIG-register. Verder dienen ook apothekers, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen ingeschreven te zijn in het BIG-register. Zo vermeldt Art. 3, lid 1 van de wet van 11 november 1993, houdende de regeling inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.

Het BIG-register kan door iedereen geraadpleegd worden. Het register vermeldt alle geregistreerde artsen en welke tuchtstraffen ze reeds hebben gekregen. Zo kunnen ze ofwel zijn doorgehaald, gedeeltelijk een ontzegging van hun taken hebben, geschorst zijn of een berisping of een geldboete gekregen hebben. Waarschuwingen worden niet in het BIG-register vermeld. Door deze tuchtmaatregelen krijgen patiënten, collega's en werkgevers een overzicht van ongewenste praktijken in de zorgsector (Registratie in BIG-register van beroepen, 2012). In België wordt een gelijkaardig register bijgehouden door het RIZIV maar ligt de nadruk niet zozeer op de tuchtrechtelijke mogelijkheden zoals bij het BIG-register.

4.4 Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid

Een klacht kan enkel ingediend worden bij een tuchtcollege tegen iemand die ingeschreven is in het BIG-register. Tegen coassistenten kan dus nog geen tuchtklacht ingediend worden, in tegenstelling tot arts-assistenten. Enkel de patiënt die slachtoffer werd van een medische fout alsook de familieleden en mensen in de directe omgeving van de patiënt kunnen een klacht indienen. Anderen dan de patiënt zelf moeten voor het indienen van een klacht na een eventuele medische fout wel aantonen dat ze belang hebben bij het indienen van deze klacht. Een klacht kan enkel ontvankelijk verklaard worden indien deze als onderwerp een voorval heeft dat zich minder dan tien jaar geleden heeft afgespeeld (medische fouten en aansprakelijkheid, z.d.).

Het indienen van een klacht kan bij één van de vijf regionale tuchtcolleges. Deze colleges bevinden zich in Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle en dit dient schriftelijk in het Nederlands te gebeuren. Naast de regionale tuchtcolleges bevindt er zich in Den Haag het Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg. Bij dit centrale college kan hoger beroep worden aangetekend tegen een beslissing genomen door één van de vijf

regionale colleges. Het centrale tuchtcollege is de hoogste rechter in de Nederlandse gezondheidszorg. Het indienen van een klacht impliceert niet dat diegene die de fout begaan heeft ook aansprakelijk gesteld kan worden, ook al is de klacht gegrond (medische fouten en aansprakelijkheid, z.d.).

Indien een klacht door een van de bevoegde regionale tuchtcolleges gegrond verklaard wordt, kunnen één van de volgende maatregelen opgelegd worden aan de diegene die verantwoordelijk is voor de medische fout. Het kan gaan om een waarschuwing, een berisping, een geldboete van maximaal 4500 euro, een schorsing van de inschrijving in het BIG-register van maximaal één jaar, een gedeeltelijke ontzegging tot het uitoefenen van het beroep of de volledige schrapping uit BIG-register (Medische fouten en aansprakelijkheid, z.d.).

4.5 Strafrechtelijke aansprakelijkheid

Zorgverleners kunnen in Nederland ook strafrechtelijk aansprakelijk gesteld worden. Zo zijn bijvoorbeeld het weigeren van het verlenen van correcte informatie of het weigeren van het uitvoeren van een herstelbehandeling aan patiënten die slachtoffer zijn geworden van een medische fout strafbaar (Kuks, 2009). Het is echter wel noodzakelijk dat men schade, opzet en een verwijtbare schuld of grove nalatigheid kan aantonen alsook een causaal verband hiertussen. Verder zijn volgende zaken met betrekking tot de medisch sector strafbaar volgens het strafwetboek. Artikel 225 vermeldt dat het strafbaar is om onjuiste of onvolledige informatie weer te geven in medische dossiers. Dit is belangrijk aangezien dit volgens een studie van Harvard School of Public Health (2003, in Thomas, 2010) gedaan wordt om medische aansprakelijkheid te ontlopen. Onjuiste of onvolledige informatie geven is een strafbare handeling en kan bestraft worden met een gevangenisstraf van ten hoogste zeven jaar en zes maanden, en indien de strafbare handeling de dood als gevolg heeft, een gevangenisstraf van ten hoogste negen jaar (Kuks,2009).

4.6 Wie draagt de kosten ?

Iedere zorgverlener die in het BIG-register staat ingeschreven kan aansprakelijk gesteld worden. Zodra men ingeschreven is in het BIG-register kan men te maken krijgen met tuchtzaken. Door de mogelijke hoge juridische kosten van een tuchtrechtzaak sluiten de

zorgverleners die ingeschreven zijn in het BIG-register meestal een rechtsbijstandverzekering af (Van Tuyl, 2014).

Persoonlijke rechtsbijstandverzekeringen worden afgesloten door artsen en andere zorgverleners, ook al hebben de ziekenhuizen vaak een collectieve rechtsbijstandverzekering voor hun werknemers. Helaas blijven de risico's groot en kunnen individuele artsen uit de boot vallen omdat er tegen hen een klacht kan ingediend worden tot tien jaar na de vermoedelijke medische fout. Indien een arts bijvoorbeeld zelfstandig is begonnen of in een ander ziekenhuis is gaan werken, nemen noch de verzekering van zijn oude werkgever noch de verzekering van zijn huidige werkgever de kosten op zich indien hij aansprakelijk gesteld wordt. De oude werkgever kan weigeren de kosten op zich te nemen als men kan bewijzen dat de zorgverlener van het ongeval te laat of geen rapport heeft opgesteld. In dit geval en vele anderen is het daarom voor alle zorgverleners aan te raden om een individuele rechtsbijstandverzekering te nemen (Van Tuyl, 2014). Voor patiënten is het verstandig, indien zij een schadevergoeding willen, te onderzoeken of diegene die de medische fout heeft gemaakt in loondienst werkt om te kijken bij welke verzekering hij terecht kan.

Ook zonder veroordeling door het tuchtcollege kan een claim door de verzekeraar worden gehonoreerd. Zo'n claim die bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid, medische kosten, praktische aanpassingen, huishoudelijke hulp en gederfde levensvreugde betreft, kan oplopen tot honderdduizenden euro's. Het is essentieel om voor beroepsaansprakelijkheid te zijn verzekerd. Alle ziekenhuizen in Nederland hebben voor al hun medewerkers die medische handelingen verrichten deze verzekering. Ook coassistenten en arts-assistenten vallen onder deze dekking. (Van Tuyl, 2014). Als je in een ziekenhuis werkt, is je aansprakelijkheid dus automatisch verzekerd. Maar bijvoorbeeld als huisarts of in een ander zelfstandig medisch beroep moet men zichzelf voor deze aansprakelijkheid verzekeren.

4.7 Conclusie Nederland

Na een zesjarige opleiding, opgedeeld in een driejarig bacheloropleiding en een driejarig masteropleiding, kunnen studentartsen zich in Nederland basisarts noemen en moeten ze zich inschrijven in het BIG-register. Vanaf de registratie in het BIG-register kunnen er tuchtrechtzaken tegen de beginnende basisarts worden ingesteld die dan voorkomen in één van de vijf tuchtcolleges in Nederland. Verder is het mogelijk dat naast een tuchtprocedure ook een procedure wordt opgestart bij de civiele rechter om de beginnende basisarts in

juridische zin aansprakelijk te stellen. Dit geldt natuurlijk ook voor erkende artsen. Naast de tuchtrechtelijke en de juridische procedure kunnen artsen ook strafrechtelijk vervolgd worden.

Vooraf de burgerrechtelijke procedure is gericht op het verkrijgen van een schadevergoeding. Het is dan ook verstandig voor de beginnende arts goed te weten hoe hij verzekerd moet zijn. In het eigen onderzoek dat volgt op deze literatuurstudie zal voor Nederland ingegaan worden op het verschil in perceptie ten aanzien van medische aansprakelijkheid tussen coassistenten, studenten geneeskunde in hun laatste jaar en basisartsen in hun eerste jaar.

5. Praktijkonderzoek

Het eigen onderzoek heeft als doel het onderzoeken van een perceptiewijziging ten aanzien van medische aansprakelijkheid bij de overgang van kandidaat-arts naar erkend arts en welke gevolgen dit met zich mee kan brengen. Om onderzoek te kunnen voeren naar perceptie is het belangrijk dat men begrijpt wat het begrip perceptie juist betekent. Het onderzoek wordt, zoals eerder vermeld, gehouden bij kandidaat-artsen. Dit zijn studenten geneeskunde die reeds master in de geneeskunde zijn en erkende artsen van alle leeftijden omdat de opdeling tussen erkende artsen die minder dan drie jaar ervaring hebben, en zij die meer dan drie jaar ervaring hebben in praktijk, moeilijk haalbaar was, dit zowel in België als Nederland.

5.1 Wat is perceptie

Het begrip perceptie wordt omschreven als de manier waarop iemand de werkelijkheid waarneemt en daaruit voor zichzelf een beeld vormt. In andere onderzoeken aangaande perceptie van Kelly en Miller (2009) werd perceptie gemeten aan de hand van soortgelijk onderzoek via een enquête. In dit onderzoek kijken we dus hoe kandidaat-artsen en erkende artsen een beeld vormen over medische aansprakelijkheid, hoe dit van elkaar verschilt en welke gevolgen dit heeft op de handelingen die ze stellen.

5.2 Enquête

Voor dit onderzoek werd een online enquête opgesteld. De enquête werd gemaakt in de enquêtetool QUALTRICS. Dit is een online tool die de Universiteit Hasselt beschikbaar stelt voor haar studenten om op een efficiënte en gebruiksvriendelijke manier een goede enquête op te kunnen stellen.

De enquête werd verspreid via e-mail, dit in samenwerking met onder andere het UZA en het UZ Maastricht. Het opzet van dit onderzoek was om zoveel mogelijk erkende Vlaamse en Nederlandse artsen en kandidaat-artsen te bevragen. De keuze voor een studie over de landsgrenzen heen is een bewuste keuze. Hierdoor zal het mogelijk zijn een vergelijking te maken van het verschil in perceptie inzake medische aansprakelijkheid tussen Belgische en Nederlandse artsen en kandidaat-artsen. De enquête bestaat uit vijf blokken: het persoonlijk blok, het blok kennis aangaande medische aansprakelijkheid, het blok over ervaring met

medische aansprakelijkheid, het blok aangaande perceptie ten aanzien van medische aansprakelijkheid en tot slot het blok reflectie.

5.2.1 Blok 1: Persoonlijk

In dit blok wordt de geënquêteerde bevraagd over wie hij of zij is. Hoewel de enquête geheel anoniem is zijn enkele persoonlijke gegevens noodzakelijk. De geënquêteerde moet in dit eerste deel aangeven welk geslacht hij of zij heeft, hoe oud men is, waar men werkt, in welke provincie men werkt, welke specialisatie men heeft, of men kandidaat-arts of erkend arts is, aan welke universiteit men de bachelor- en de masteropleiding gevolgd heeft en of men artsen en verpleegkundigen of advocaten in de familie of directe omgeving heeft.

5.2.2 Blok 2: Kennis

De vraag rijst of kandidaat-artsen of erkende artsen wel voldoende kennis hebben over de gevolgen en de procedure bij een medische fout. Wetgevingen veranderen voortdurend en zo ook de wetgeving omtrent medische aansprakelijkheid. In België wijzigde de wet in 2010 nog. Als kennis over medische beroepsaansprakelijkheid beperkt is, kan dit de perceptie van de arts en kandidaat-artsen beïnvloeden. Er wordt onderzocht of in de opleiding voldoende aandacht aan dit topic heeft besteed en of de arts in zijn verdere loopbaan geïnformeerd wordt bij wijzigingen rond deze wet. De geënquêteerden werden bevraagd over de mate waarin men in de opleiding aandacht heeft besteed aangaande algemene informatie over medische aansprakelijkheid, de vergoeding van een patiënt na een medische fout, sancties en gevolgen voor de arts na een medische fout en de wetgeving rond aansprakelijkheid.

5.2.3 Blok 3: Ervaring met medische aansprakelijkheid

Studies van de American Medical Association (2008, in AHA news, 2010) hebben aangetoond dat vier op tien Amerikaanse artsen reeds werden gedagvaard voor medische fouten. Het is interessant om na te gaan of dit sterk verband houdt met het Amerikaanse gezondheidssysteem dat erg verschillend is van dat in de lage landen. In dit onderzoek wordt men zowel bevraagd naar de frequentie waarmee collega's en medestudenten in aanraking

komen met medische aansprakelijkheidsclaims en tuchtstraffen als de frequentie waarop men zelf reeds in aanraking is gekomen met medische aansprakelijkheidsclaims en tuchtstraffen.

5.2.4 Blok 4: Perceptie

In dit blok wordt nagegaan hoe kandidaat-artsen en erkende artsen medische aansprakelijkheid bekijken en hoe zij hierdoor handelen. Geven ze een medische fout eerlijk toe of zijn ze bang voor de gevolgen? Hoe verandert het contact tussen arts en patiënt in geval van een medische fout? Een Amerikaanse studie (Thomas, 2010) toont aan dat dit cruciaal is. Artsen die hun fout toegeven en aandacht besteden aan de patiënt worden minder snel gedagvaard voor hun medische fouten.

Zijn artsen en assistent-artsen tevreden over de huidige wetgeving en hebben zij hier zelf inspraak in gehad? In het Verenigd Koninkrijk hebben artsen weldegelijk inspraak gehad in de procedure omtrent de medische beroepsaansprakelijkheid.

5.2.5 Blok 5: Reflectie

In dit laatste blok is het voor de geënquêteerde mogelijk zijn mening te geven over het onderzoek zelf en over medische aansprakelijkheid in het algemeen. Hier komen mogelijk belangrijke opmerkingen uit die later meer duiding kunnen geven bij de gevonden resultaten.

5.3 Resultaten

Net zoals Kelly & Miller (2009) is het mogelijk na het afnemen van de enquête de gepaste statistische methoden toe te passen op de resultaten. Met behulp van het analytisch programma SPSS kunnen onder andere een Mann-Whitney U en ordinale regressie analyses uitgevoerd worden om een verschil in perceptie tussen kandidaat artsen en erkende artsen aan te tonen of te verwerpen. Verder is het mogelijk de correlaties te schatten tussen de verschillende percepties van aansprakelijkheid en eventueel zo een lineair verband te ontdekken. Als de factoren waarom artsen en kandidaat-artsen zorgvuldig en duidelijk zijn en hun visie op de medische aansprakelijkheid gekend is, kan men in een latere fase wijzigingen aanbrengen in deze bepalende factoren om de dienstverlening te optimaliseren en fenomenen zoals defensieve geneeskunde te vermijden.

6. Enquête België

6.1 Methode

Na het opstellen van meerdere conceptversies van de enquête werd deze na de vierde versie goed bevonden voor het bevragen van de respondenten. De respondenten werden in België ondervraagd dankzij medewerking van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding, verder ICHO, het Ziekenhuis Oost-Limburg, verder het ZOL, en de Coronary Care Unit van het UZ Leuven.

Het ICHO verspreidde de enquête niet rechtstreeks naar haar leden maar vermeldde de enquête in een klein artikel in haar nieuwsbrief. Deze nieuwsbrief werd verspreid onder al haar leden. Na een persoonlijke afspraak met de medisch directeur van het ZOL kon ook daar de enquête verspreid worden. Dit werd rechtstreeks door het ZOL gedaan via hun interne mailsysteem onder een vierhonderdtal leden. Tenslotte werd de enquête ook in het UZ Leuven verspreid onder een dertigtal artsen op de Coronary Care Unit dankzij tussenkomst van een bevriende verpleger nadat eerder een algemene samenwerking met UZ Leuven niet mogelijk bleek omdat het UZ Leuven reeds meewerkte aan te veel andere onderzoeken. Uiteindelijk vulden 84 respondenten de Vlaamse enquête in.

6.2 Beschrijvende statistiek

6.2.1 Deel 1: Persoonlijk

In het eerste deel van de enquête, het persoonlijke deel, werden de Vlaamse artsen en kandidaat-artsen ondervraagd over hun persoonlijke kenmerken. De enquête werd ingevuld door 84 respondenten waarvan 57 procent mannen waren en 43 procent vrouwen, wat een mooie gelijke verdeling is.

De leeftijd van de in België bevroegde erkende artsen en kandidaat-artsen lag ver uit elkaar. De jongste respondenten die nog in opleiding waren, hadden een leeftijd van 25 jaar. De oudste respondenten hadden een leeftijd van 62 jaar. De grootste groep ondervraagden, een 36 procent, had de leeftijd van 25-29 jaar. Dit komt omdat de kandidaat-artsen bijna allemaal zeer jong zijn. Voor de erkende artsen is elke leeftijdscategorie van 30 jaar tot 55+ behoorlijk vertegenwoordigd met de vijvenvijftigplussers als grootste groep. De gemiddelde leeftijd over alle respondenten heen is bijna 39 jaar (zie figuur 1).

De opdeling tussen erkende artsen die minder dan drie jaar actief zijn en zij die langer dan drie jaar actief zijn, was moeilijk te maken voor zowel het ZOL als de dienst CCU in het UZ Leuven. Daarom werd dit in de derde vraag van de enquête bevraagd. De kandidaat-artsen zijn met dertig, een goede 36 procent van alle ondervraagden. De overige respondenten waren erkende artsen waarvan de meerderheid, 56 procent van alle ondervraagden, meer dan drie jaar ervaring had. Slechts zeven respondenten hadden minder dan drie jaar ervaring.

Dankzij de intensieve samenwerking met het ZOL is het niet verwonderlijk dat zo'n 69 procent van de ondervraagden actief is in Limburg. Ook de overige provincies werden, hetzij in mindere maten, bereikt. De masteropleiding werd vooral gevolgd aan het UZ Leuven. Dit is niet verwonderlijk daar zoals reeds vermeld de meeste respondenten actief zijn in Limburg en waarschijnlijk ook afkomstig zijn uit Limburg. Omdat er in Limburg geen masteropleiding geneeskunde gevolgd kan worden, kiezen de meesten voor een vervolg van hun bacheloropleiding voor Leuven.

Het is evident dat de grootste groep van de ondervraagden huisarts als specialisatie heeft opgegeven. Dit komt door de samenwerking met het ICHO. Verder werden een verscheidenheid van andere specialisaties ondervraagd in de enquête waarbij interne geneeskunde, cardiologie, heelkunde en oftalmologie de meest bedreven specialisaties waren. De grootste groep, 46 procent is gespecialiseerd in één van de andere dertig andere specialisaties die in de enquête aangeduid konden worden.

De samenwerking met het ZOL en het UZ Leuven heeft als gevolg dat 61 procent van de ondervraagden in een ziekenhuis actief is. Verder waren 21 procent van de ondervraagden actief in een groepspraktijk en 11 procent in een solopraktijk. Tenslotte werden de ondervraagden nog gevraagd of zij artsen of mensen met een medisch beroep in hun familie hebben. Maar liefst 70 procent bekrachtigde deze vraag.

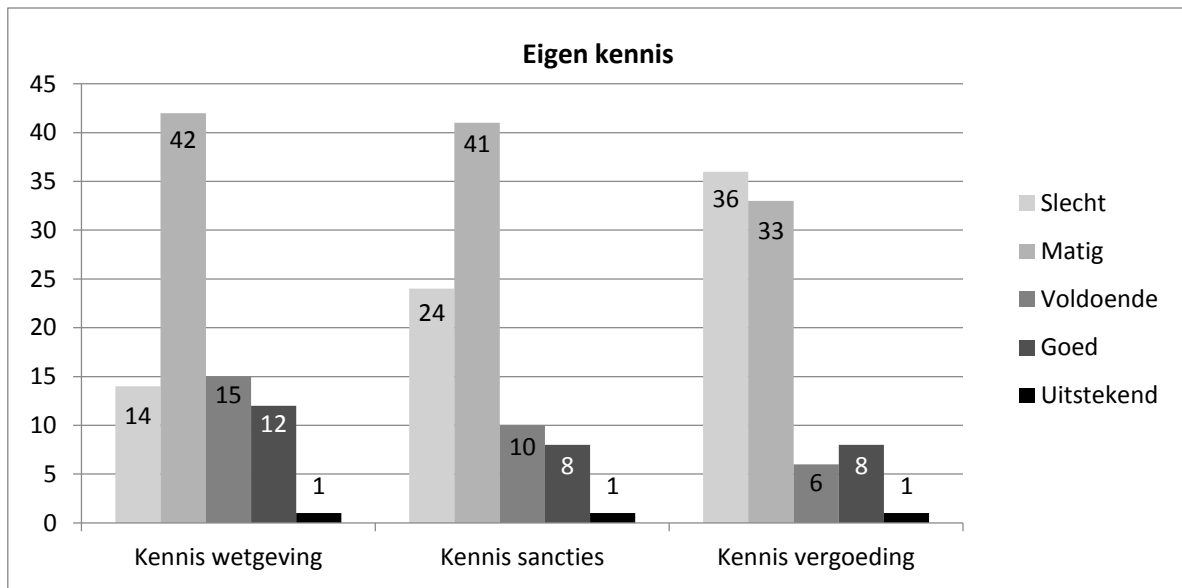
Persoonlijke kenmerken n=84					
Geslacht			Familie		
	%	n		%	n
Man	57%	48	Ja	70%	59
Vrouw	43%	36	Nee	30%	25
Totaal	100%	84	Totaal	100%	84
Leeftijd			Master opleiding		
	%	n		%	n
25-29	36%	30	KULeuven	82%	69
30-34	8%	7	Uantwerpen	7%	6
35-39	14%	12	VUB	4%	3
40-44	7%	6	Ugent	4%	3
44-54	18%	15	Andere	4%	3
>55	17%	14	Totaal	100%	84
Totaal	100%	84			
Gemiddelde Leeftijd			Specialisatie		
	38,8	Jaar		%	n
Soort arts			Huisarts		
	%	n		%	n
Arts in opleiding	36%	30	Interne geneeskunde	29%	24
Erkend arts <3 jaar ervaring	8%	7	Cardiologie	7%	6
Erkend arts >3 jaar ervaring	56%	47	Heelkunde	6%	5
Totaal	100%	84	Oftalmologie	6%	5
			Andere	46%	39
			Totaal	100%	84
Provincie			Werkplek		
	%	n		%	n
Limburg	69%	58	Solopraktijk	11%	9
Antwerpen	10%	8	Medisch centrum	2%	2
Vlaams brabant	12%	10	Ziekenhuis	61%	51
West-Vlaanderen	5%	4	Groepspraktijk	21%	18
Oost-Vlaanderen	4%	3	Andere	5%	4
Andere	1%	1	Totaal	100%	84
Totaal	100%	84			

Figuur 1 Persoonlijke kenmerken (B)

6.2.2 Deel 2: Kennis

In het tweede deel werden de Vlaamse respondenten bevraagd over hun kennis aangaande verschillende aspecten van medische aansprakelijkheid. De respondenten werden bevraagd over hun kennis betreffende de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid, de sancties bij een claim aangaande medische aansprakelijkheid en de vergoeding van een patiënt na een claim aangaande medische aansprakelijkheid.

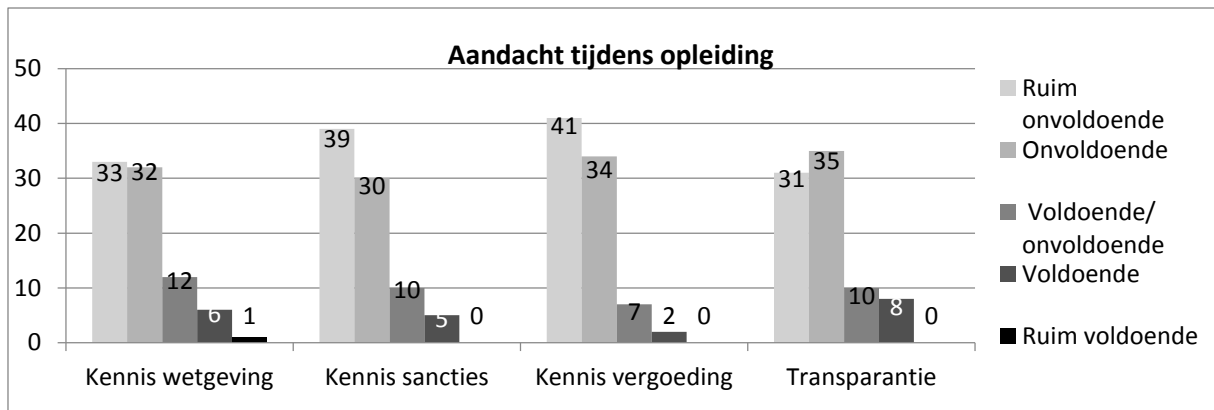
Opvallend is dat de eigen kennis aangaande verschillende aspecten van medische aansprakelijkheid voornamelijk als slecht tot matig ervaren wordt. Voor de kennis betreffende de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid geeft 67% aan dat hun kennis slecht tot matig is, voor de kennis betreffende sancties na een claim aangaande medische aansprakelijkheid is dat 78% en voor de kennis betreffende de vergoeding is dat maar liefst 82%. Dit duidt er duidelijk op dat de respondenten hun kennis niet hoog inschatten.



Eigen kennis	Slecht	matig	Voldoende	Goed	Uitstekend	Totaal
Kennis wetgeving	17%	50%	18%	14%	1%	100%
Kennis sancties	29%	49%	12%	10%	1%	100%
Kennis vergoeding	43%	39%	7%	10%	1%	100%

Figuur 2 Eigen kennis van de aspecten van aansprakelijkheid (B)

De antwoorden op de vorige vraag duiden duidelijk op een gebrek aan kennis en dus op een mogelijk gebrek aan aandacht voor het topic medische aansprakelijkheid tijdens de opleiding tot arts. Ook hier werden de respondenten over bevraagd. De eerste vraag luidde: "Is er voldoende aandacht besteed tijdens uw opleiding tot arts aan kennis betreffende de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid?". Maar liefst 77% van de respondenten vindt dat er onvoldoende tot ruim onvoldoende aandacht aan is besteed. Ook aan topics als sancties na een medische fout, vergoeding voor patiënten en transparantie werd hoofdzakelijk te weinig aandacht besteed tijdens de opleiding aldus de respondenten, zo blijkt uit de resultaten (zie figuur 3). Met transparantie werd bedoeld de mate en de manier waarop men open communiceert met patiënten, collega's en meerderen over een medisch incident.



Aandacht tijdens opleiding	Ruim onvoldoende	Onvoldoende	voldoende/ onvoldoende	Voldoende	Ruim voldoende	totaal
Kennis wetgeving	39%	38%	14%	7%	1%	100%
Kennis sancties	46%	36%	12%	6%	0%	100%
Kennis vergoeding	49%	40%	8%	2%	0%	100%
Transparantie	37%	42%	12%	10%	0%	100%

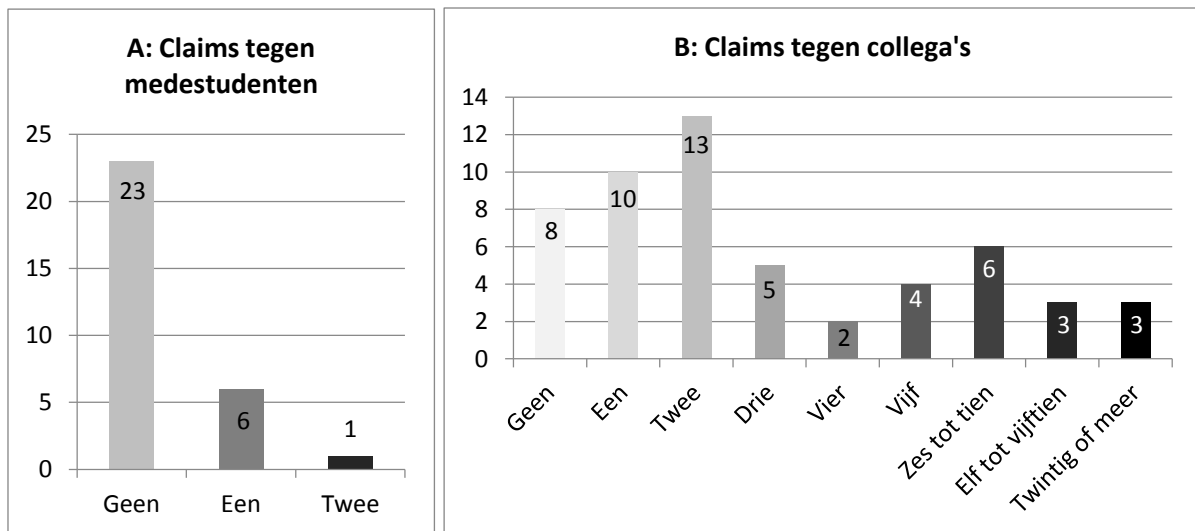
Figuur 3 Aandacht tijdens opleiding voor aspecten van aansprakelijkheid (B)

6.2.3 Ervaring met aansprakelijkheidsclaims

Aan de dertig kandidaat-artsen werd de vraag gesteld of ze medestudenten kennen tegen wie reeds een claim aangaande medische aansprakelijkheid was ingesteld. 23 artsen antwoordden dat dit niet het geval was, 6 van de ondervraagden kenden één persoon die reeds aansprakelijk gesteld werd en één kandidaat-arts kende twee medestudenten die reeds met een aansprakelijkheidsclaim te maken kregen (zie figuur 4A.)

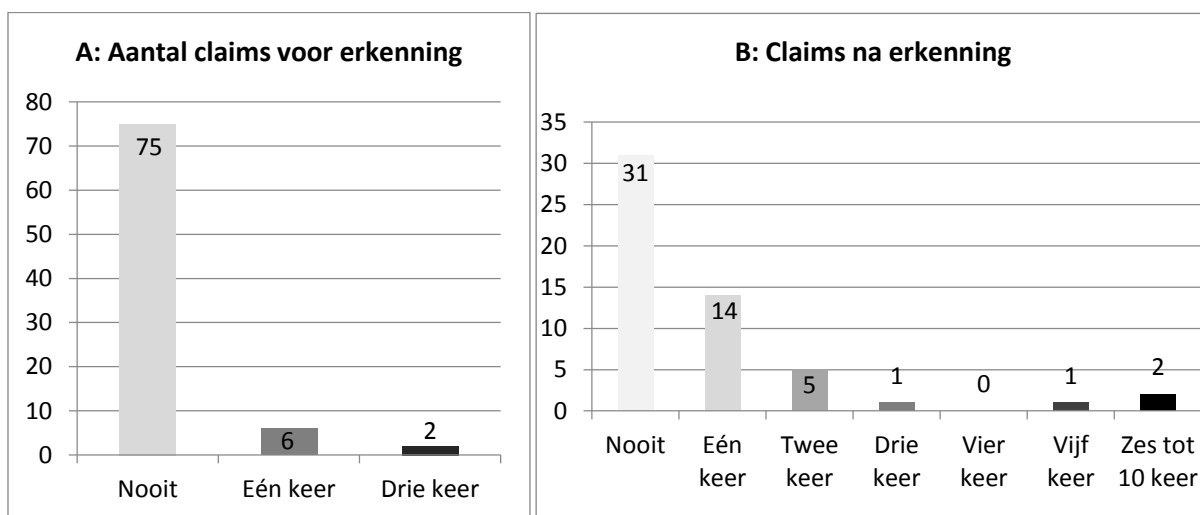
Aan de 54 erkende artsen werd gevraagd of zij collega's hebben die reeds in aanraking kwamen met medische aansprakelijkheid. De gegeven antwoorden varieerden zeer sterk van geen tot 20 of meer (zie Figuur 4B.). Opvallend is dat 3 van de 54 erkende artsen aangaven 20 of meer personen te kennen die ooit in aanraking kwamen met een claim aangaande medische aansprakelijkheid. Er kan worden geschat dat de 54 erkende artsen 216 personen¹ kennen die reeds in aanspraak kwamen met medische aansprakelijkheid. Dit betekent dat elk gemiddeld vier personen kent die ooit te maken kregen met een claim aangaande medische aansprakelijkheid.

¹ Berekening op basis van aantal vermenigvuldigt met het antwoord uit Figuur 5, voor intervallen werd het middelpunt genomen. $8 \times 0 + 10 \times 1 + 13 \times 2 + 5 \times 3 + 2 \times 4 + 4 \times 5 + 6 \times 8 + 3 \times 13 + 3 \times 20 = 216$



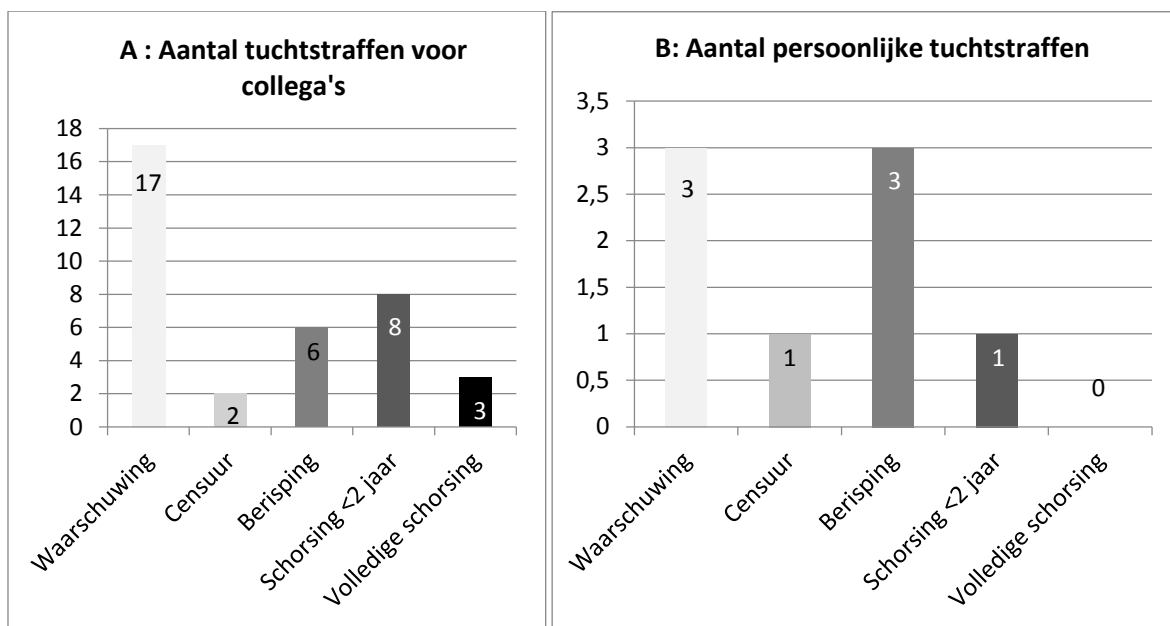
Figuur 4 Claims tegen medestudenten en collega artsen (B)

De respondenten werden vervolgens gevraagd naar hun persoonlijke ervaring met medische aansprakelijkheidsclaims. Van de 84 respondenten waren er 8 personen die voor hun erkenning reeds in aanraking kwamen met een claim aangaande medische aansprakelijkheid. Dit is maar liefst 10% van alle ondervraagden (zie figuur 5A.). 23 van de 54 erkende artsen werden na hun erkenning geconfronteerd met een claim aangaande aansprakelijkheid (zie Figuur 5B.). Dat is maar liefst 43% procent van de ondervraagden. Dit komt overeen met de studie van de American Medical Association (2008, in AHA news, 2010) waarin vermeld wordt dat tegen ruim 4 op de 10 artsen een claim inzake aansprakelijkheid wordt ingesteld.



Figuur 5 Claims voor en na erkenning (B)

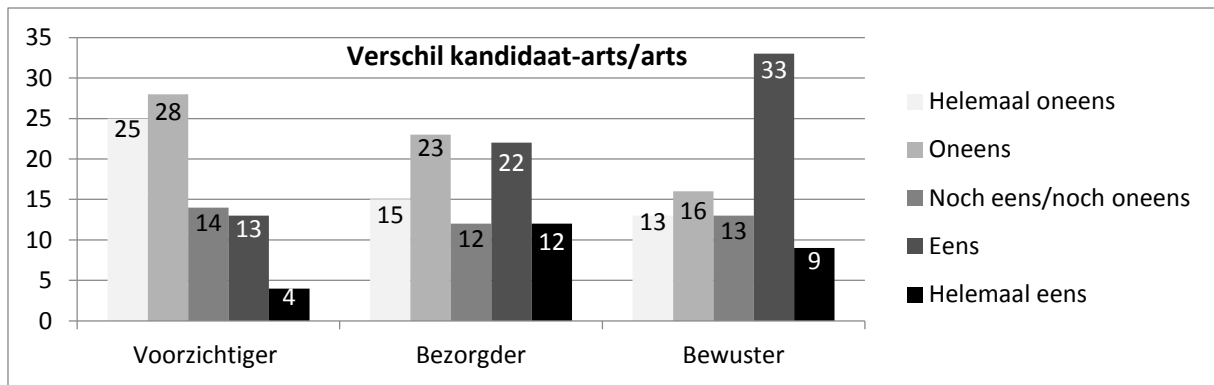
Naast de claims van patiënten is het ook mogelijk voor artsen in België tuchtrechtelijk vervolgd te worden door de Orde der Geneesheren na een medische fout. In totaal antwoordden 17 personen één of meer collega's te kennen die reeds een waarschuwing kregen, 2 personen kenden artsen die reeds te maken kregen met censuur, 6 personen kennen iemand die een berisping kreeg, 8 respondenten kennen iemand die tot maximum twee jaar geschorst is en zelfs 3 respondenten kennen artsen die reeds door de Orde der Geneesheren geschorst zijn. Het aantal persoonlijk opgelopen tuchtmaatregelen van de Orde der Geneesheren bleek veel lager te liggen (Zie Figuur 6B).



Figuur 6 Aantal tuchtstraffen voor collega's en persoonlijk (B)

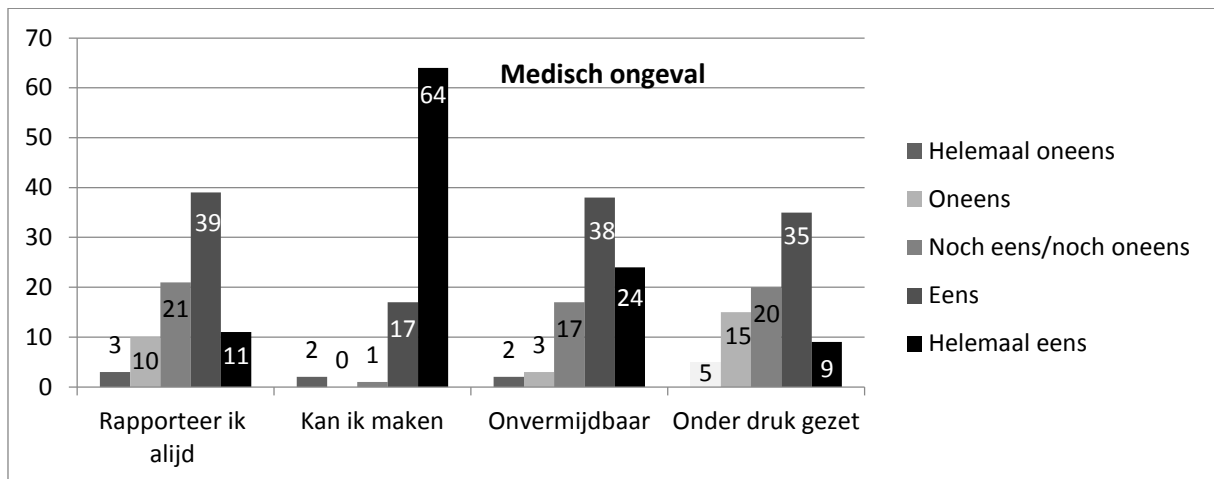
6.2.4 Perceptie t.a.v. medische aansprakelijkheid

In het vierde deel van de enquête werden de Vlaamse respondenten bevraagd naar hun perceptie ten aanzien van medische aansprakelijkheid. In een eerste reeks vragen werd de respondent getoetst naar zijn mening over het verschil tussen erkende artsen en kandidaat-artsen. Een meerderheid van 53 respondenten gaf aan het niet, tot helemaal niet eens te zijn met de stelling dat men als erkend arts voorzichtiger is dan als kandidaat-arts. Of erkende artsen al dan niet bezorgder zijn voor een aansprakelijkheidsclaim kan niet afgeleid worden uit deze beschrijvende statistieken aangezien de antwoorden zeer divers waren. 42 respondenten waren het ermee eens, tot helemaal mee eens dat erkende artsen zich bewuster zijn van het risico op een aansprakelijkheidsclaim. Ook hier valt moeilijk een conclusie uit te trekken.



Figuur 7 Verschil kandidaat-arts/ erkend arts (B)

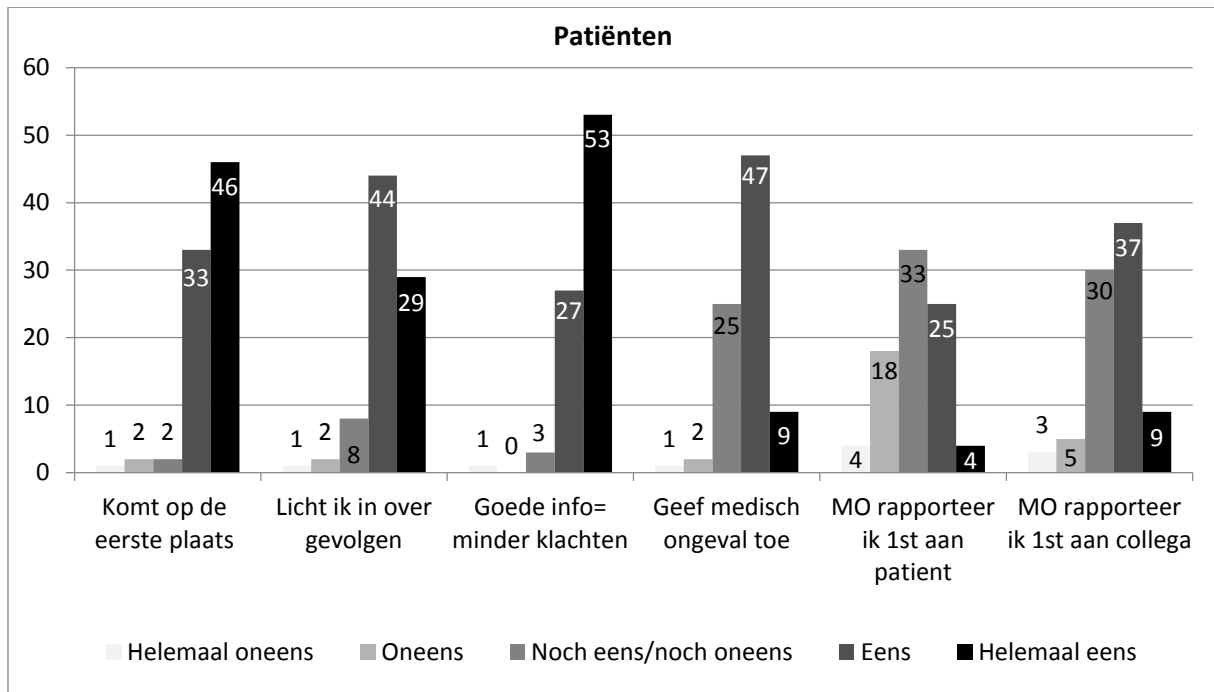
In een tweede reeks vragen werden de respondenten bevraagd over hun mening aangaande medische ongevallen. Een meerderheid van de ondervraagden gaf aan deze altijd te rapporteren (zie Figuur 8.). Dit in tegenstelling tot de studie van de Harvard School of Public Health waaruit blijkt dat van minder dan dertig procent van het totaal aantal gemaakte fouten een verslag wordt opgemaakt (2003, in Thomas, 2010). Verder gaven 81 van de 84 respondenten aan dat ook zij een medische fout kunnen maken, een meerderheid van 62 personen gaf zelfs te kennen dat een medisch ongeval soms onvermijdbaar is. Een kleine meerderheid van 44 respondenten op 84 voelt zich zelfs onder druk gezet in zijn dagelijkse handelingen door het risico op een medische aansprakelijkheidsclaim.



Figuur 8 Medisch ongeval (B)

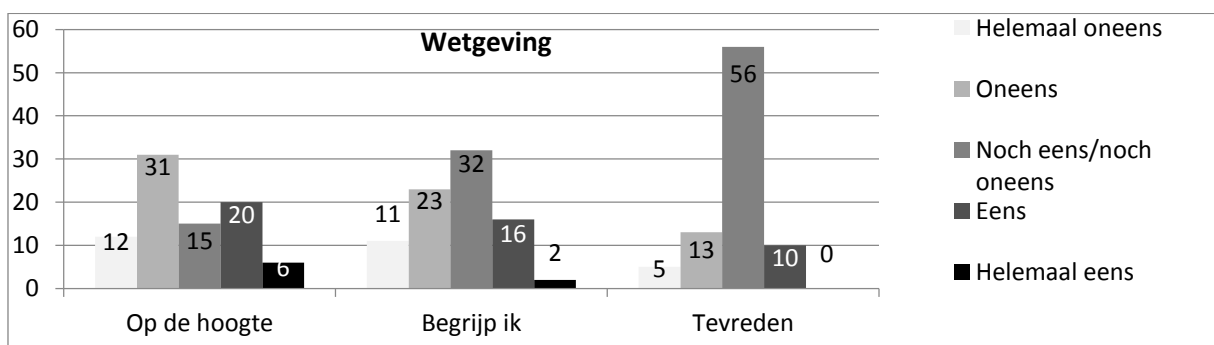
Het derde topic rond de perceptie ten aanzien van medische aansprakelijkheid handelde over de patiënt. Voor bijna alle respondenten kwam de patiënt op de eerste plaats (zie Figuur 9.). 73 van de 84 licht de patiënt zelf in over de gevolgen van een medische handeling. Bijgevolg was een ruime meerderheid van 80 respondenten ervan overtuigd dat goede informatie leidt tot minder klachten. De volgende vraag vroeg de respondenten of ze een medisch ongeval toegeven aan de patiënt of niet. Ondanks dat de meerderheid dit doet,

antwoordden toch 25 personen noch eens, noch oneens te zijn. Dit wil zeggen dat zo'n 30% van de ondervraagden niet meteen bereid zijn een medisch ongeval toe te geven aan een patiënt. Over aan wie een medisch ongeval het eerst toegegeven wordt was minder eensgezindheid onder de ondervraagden.



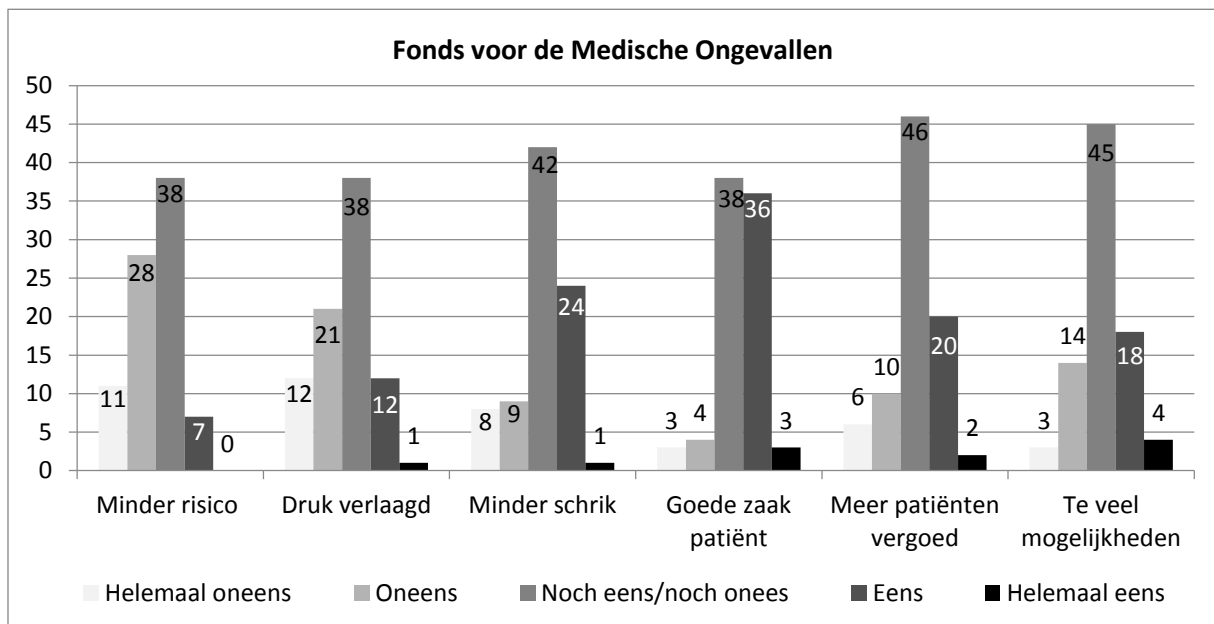
Figuur 9 De patiënt (B)

Een vierde reeks vragen bevroeg de respondenten over hun perceptie van de wetgeving rond medische aansprakelijkheid. De grootste groep respondenten vonden van zichzelf dat ze niet of onvoldoende op de hoogte waren van de wetgeving. Verder is de wetgeving niet heel duidelijk voor de artsen. Slechts 21% begrijpt de wetgeving voldoende. Vandaar dat in de laatste vraag bij dit topic naar voor komt dat men niet heel tevreden is over de wetgeving. De grootste groep antwoordde noch eens, noch oneens en is eigenlijk noch tevreden, noch ontevreden.



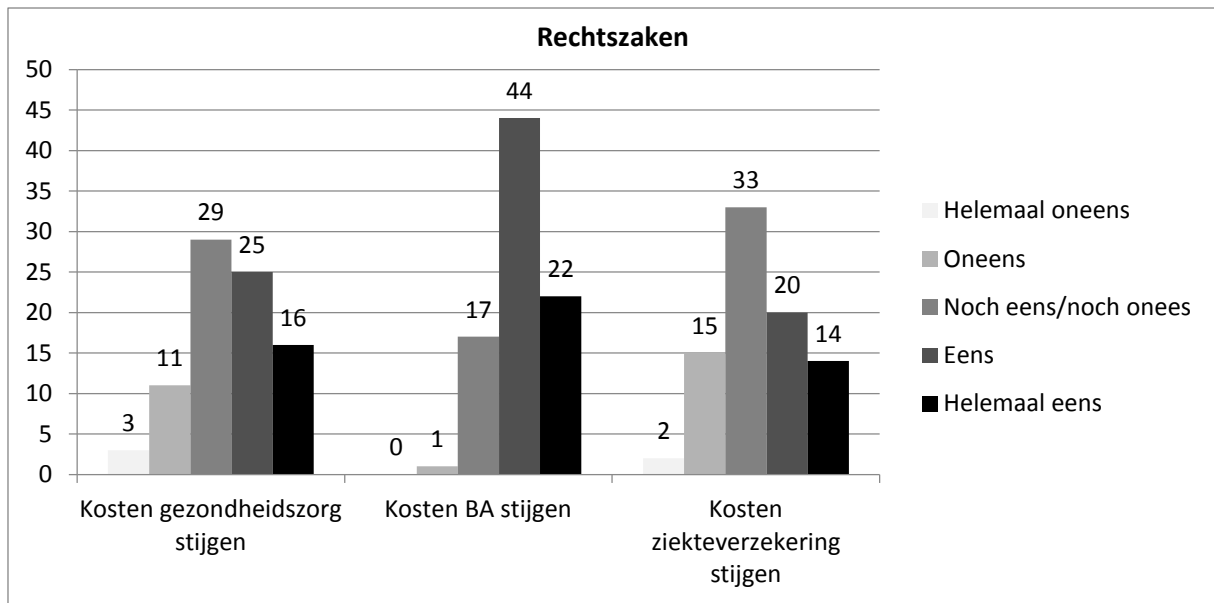
Figuur 10 Wetgeving (B)

Het vijfde topic handelde over het in 2010 bij wet opgerichte Fonds voor de Medische Ongevallen. Hierover werden zes vragen gesteld aan de respondenten (zie Figuur 11.). Opvallend is hoe vaak respondenten bij elk van deze zes vragen noch eens, noch oneens antwoordden. Dit kan duiden op een gebrek aan kennis over dit topic. Omdat het Fonds nog niet zolang actief is, is het mogelijk dat oudere artsen niet op de hoogte zijn van de nieuwste wetgeving betreffende het Fonds voor de Medische Ongevallen.



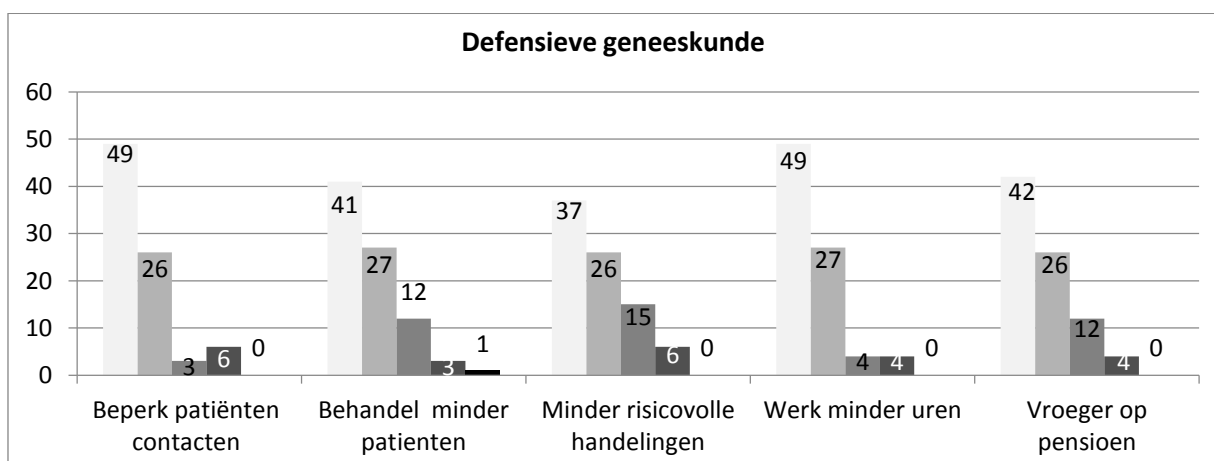
Figuur 11 Fonds voor de Medische Ongevallen (B)

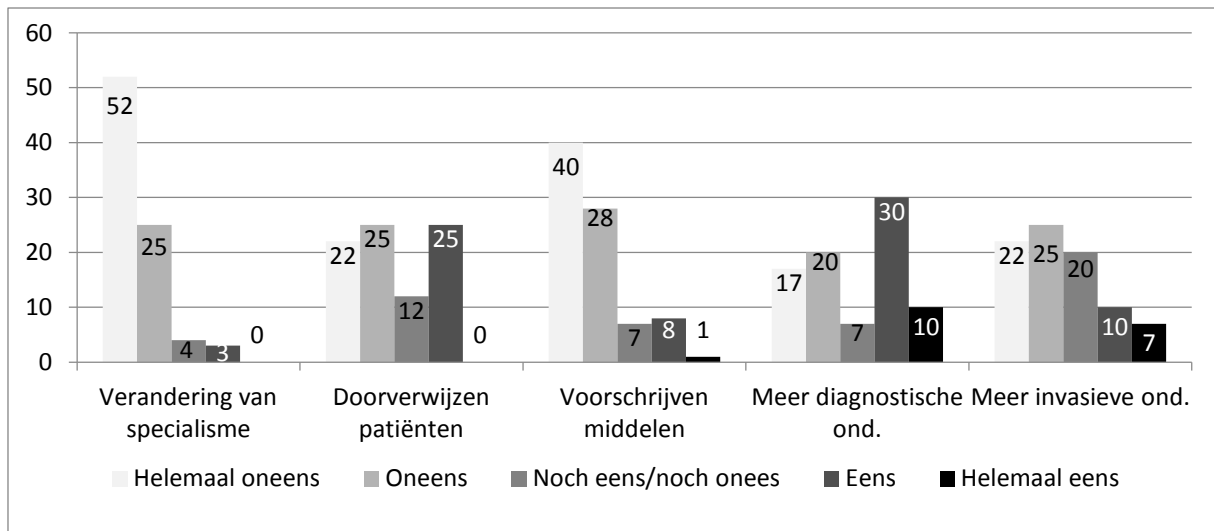
Een voorlaatste topic betreffende de perceptie ten aanzien van de medische aansprakelijkheid had rechtszaken als onderwerp naar aanleiding van de studie van Carpenter (2010). De respondenten werden bevraagd of rechtszaken aangaande medische aansprakelijkheid invloed hebben op de gezondheidszorg, de verzekering beroepsaansprakelijkheid en de ziektekosten. Over de invloed van rechtszaken en de bijhorende kosten op de gezondheidszorg en op de ziektekostenverzekering waren de respondenten het niet eens en verschilden de antwoorden. Wel vinden 66 of 79% van de respondenten dat de rechtszaken en de bijbehorende kosten een invloed uitoefenen op de verzekering beroepsaansprakelijkheid.



Figuur 12 Rechtszaken (B)

De laatste vragen in het vierde deel behandelden defensieve geneeskunde. De respondenten werden tien vragen voorgeschoteld, zes over negatieve defensieve geneeskunde en vier over positieve defensieve geneeskunde (zie Figuur 13.). Opvallend is dat zeker voor de eerste zes stellingen een ruime meerderheid van de respondenten helemaal oneens tot oneens antwoordt. Voor de laatste vier stellingen over positieve defensieve geneeskunde zijn de respondenten meer verdeeld. 30% van de ondervraagden verwijst patiënten vaker door uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims. Ook sturen 46% van de ondervraagde artsen vaker aan op diagnostisch onderzoek terwijl maar 19% vaker aanstuurt op invasieve onderzoeken uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims. Dit is minder Carrier et al. (2014) uitkwamen in hun studie waar meer dan zestig procent van de ondervraagde extra onderzoek en consultaties aanbeval om aansprakelijkheidsclaims te vermijden. Tenslotte blijkt nog dat er overwegend niet meer geneesmiddelen worden voorgeschreven uit schrik voor aansprakelijkheidsclaims.





Figuur 13 Defensieve geneeskunde (B)

6.2.5 Reflectie

In het laatste deel van de enquête konden de respondenten hun mening kwijt over de enquête en de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid in hun land. Op enkele technische problemen na werd de enquête goed ontvangen en als verrijkend ervaren. Veel respondenten hopen dat met de resultaten van deze enquête in werkelijkheid ook wat gedaan wordt.

In de meningen van de respondenten over de wetgeving kon één lijn getrokken worden. Vele gaven toe dat hun kennis betreffende het onderwerp onvoldoende was en stelden allen afzonderlijk verschillende mogelijkheden voor om dit op te lossen. Dit ging van een betere opleiding tot infosessies georganiseerd door de Orde der Geneesheren. Het is duidelijk dat er ook vanuit het werkveld interesse is in betere opleiding, ook voor de al wat oudere erkende artsen die vaak niet meer mee zijn met de laatste nieuwe wetgeving. Verder werd duidelijk dat de algemene perceptie inzake medische aansprakelijkheid eerder negatief is onder de Belgische respondenten.

7. Enquête Nederland

7.1 Methode

De enquête voor Nederland werd zo opgemaakt dat deze goed vergelijkbaar is met de enquête in België. De enquête kon na vier proefversies uiteindelijk voorgelegd worden aan het hoofd van de huisartsenafdeling binnen de universiteit van Maastricht. Enkele aanpassingen op basis van inzichten van het hoofd van de huisartsenafdeling zorgde voor de laatste versie van de enquête. Het hoofd van de huisartsenafdeling verspreidde de enquête onder 214 huisartsen in opleiding.

Binnen de universiteit Maastricht was het niet mogelijk erkende artsen te bereiken. Dit was wel mogelijk binnen het samenwerkingsverband van het AZM, het academisch ziekenhuis Maastricht en de universiteit Maastricht, het zogenoemde Maastricht UMC+. Hier werd onder de arts-assistenten en onder erkende artsen de enquête nogmaals verspreid. Zo vulden uiteindelijk 96 personen de enquête in.

7.2 Beschrijvende statistiek

7.2.1 Deel 1: Persoonlijk

Zoals eerder vermeld werd de enquête ingevuld door 96 personen, waarbij de mannen een kleine minderheid vormden met 45 door mannen ingevulde enquêtes en 51 ingevulde enquêtes door vrouwen. De tweede vraag van het eerste deel dat peilde naar enkele persoonlijke achtergrondgegevens van de geënquêteerden geeft aan dat de gemiddelde leeftijd van de personen die deze enquête invulde 35,6 jaar is. Dit gemiddelde is licht vertekend naar boven daar de grote meerderheid, 57 van de 74 respondenten, jonger zijn dan 35 jaar. Dit komt door enkele uitschieters in de oudere leeftijdscategorieën.

In de enquête werden de termen kandidaat-arts en erkend arts vervangen door respectievelijk medisch specialist in opleiding en erkend medisch specialist op aanraden van het hoofd van de afdeling huisartsgeneeskunde van de universiteit Maastricht. Onder de 96 ondervraagde artsen waren er 33 erkend medisch specialist met meer dan drie jaar ervaring als erkend arts. Zij die minder dan drie jaar erkend arts zijn waren met 10. De grootste groep van de ondervraagden in Nederland zijn medisch specialist in opleiding, hieronder vallen zowel huisartsen in opleiding als studenten in opleiding tot een ander medische specialisme.

Doordat nadrukkelijk voor de verspreiding van deze enquête de samenwerking is gezocht met verschillende instanties gevestigd in en rond Maastricht, is het evident dat de meeste geënquêteerden hun opleiding zowel bachelor als master behaalden aan de universiteit Maastricht.

Door de nauwe samenwerking met de afdeling huisartsengeneeskunde van de Universiteit Maastricht, zal het niet verbazen dat een ruime meerderheid van de ondervraagden huisarts als specialisatie aanduidden. 81 personen duiden Limburg aan als de provincie waarin men zijn vakgebied uitoefent, ook dit is een gevolg van de keuze de enquête te verspreiden in de regio Maastricht.

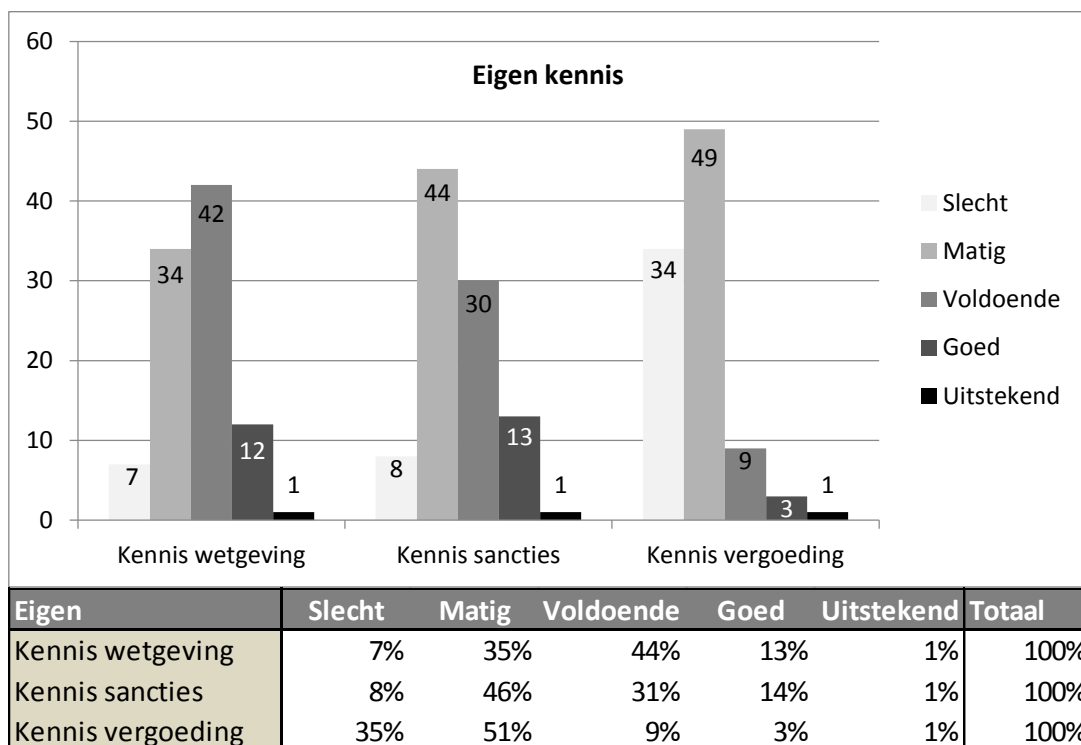
Opvallend is dat een meerderheid van 57 personen op 96 ondervraagden in de vragenlijst aanduiden familie of personen in hun directe omgeving te hebben die actief zijn in de medische sector. Net zoals in het onderzoek van Kelly & Miller (2009) kan later onderzocht worden of dit een invloed heeft op de perceptie aangaande medische aansprakelijkheid van de ondervraagden.

Persoonlijke kenmerken n=96					
Geslacht			Familie		
	%	n		%	n
Man	47%	45	Ja	59%	57
Vrouw	53%	51	Nee	41%	39
Totaal	100%	96	Totaal	100%	96
Leeftijd			Master opleiding		
	%	n		%	n
25-29	38%	36	Universiteit Maastricht	63%	60
30-34	22%	21	Radboud Universiteit Nijmegen	9%	9
35-39	13%	12	Rijksuniversiteit Groningen	3%	3
40-44	9%	9	Vrije Universiteit Amsterdam	2%	2
44-54	11%	11	Andere	23%	22
>55	7%	7	Totaal	100%	96
Totaal	100%	96			
Gemiddelde Leeftijd			Specialisatie		
	35,6	Jaar		%	n
Soort arts			Huisarts		
	%	n		%	n
Medisch specialist in opleiding	55%	53	Interne geneeskunde	43%	41
Erkend medisch specialist < dan 3 jaar ervaring	10%	10	Cardiologie	6%	6
Erkend medisch specialist > dan 3 jaar ervaring	34%	33	Reumatologie	4%	4
Totaal	100%	96	Anesthesiologie	7%	7
			Andere	35%	34
Provincie			Totaal		
	%	n		%	n
Limburg	84%	81		100%	96
Noord-Brabant	15%	14			
Noord-Holland	1%	1			
Totaal	100%	96			

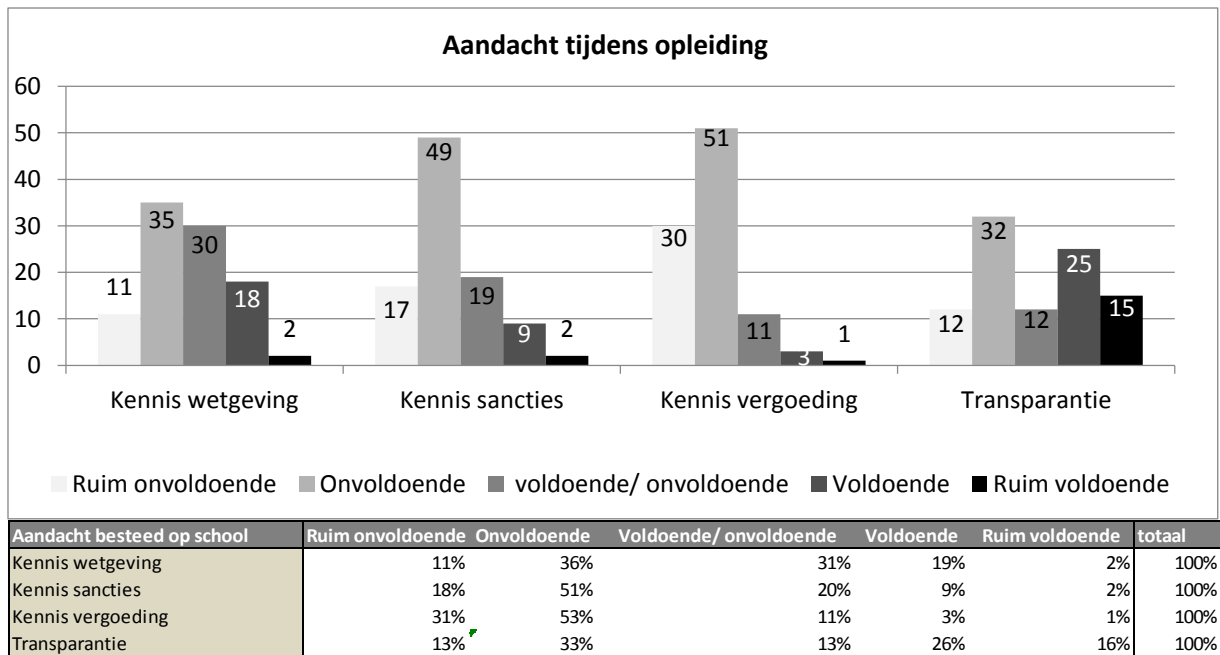
Figuur 14 Persoonlijke kenmerken (NL)

7.2.2 Deel 2: Kennis

In het tweede deel werd naar de kennis van de ondervraagden gevraagd. Opvallend is dat zowel voor de kennis aangaande de wetgeving rond medische aansprakelijkheid als de kennis aangaande de sancties gegeven na een medische fout en de kennis betreffende de vergoeding voor patiënten na een medische fout door de ondervraagden laag ingeschat worden (zie Figuur 15). Vooral de kennis betreffende de vergoeding voor patiënten na een medische fout wordt hoofdzakelijk slecht tot matig aangeduid. Dit duidt sterk op een probleem betreffende verschillende aspecten van de medische aansprakelijkheid. Het is dan ook logisch dat maar liefst 81 ondervraagden aandauiden dat tijdens hun opleiding de aandacht voor de vergoeding van patiënten onvoldoende tot ruim onvoldoende was. Over de transparantie na een medisch ongeval naar patiënten en collega's toe waren de meningen sterk verdeeld. Onvoldoende was het meest populaire antwoord. Deze grote verdeeldheid is mogelijk het gevolg van opleidingen in verschillende universiteiten.



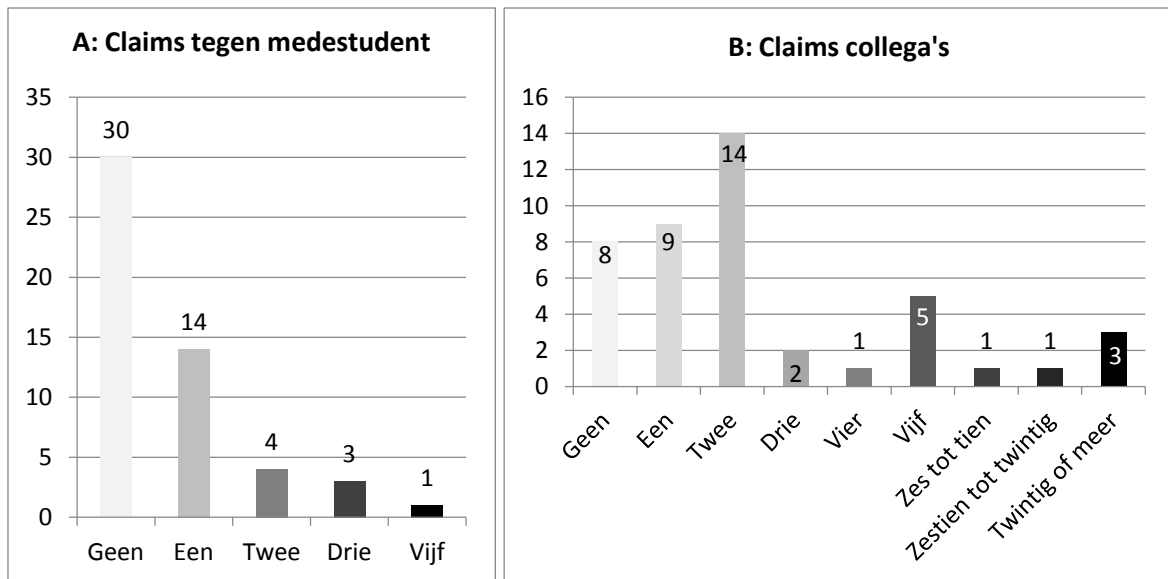
Figuur 15 Eigen kennis van de aspecten van aansprakelijkheid (NL)



Figuur 16 Aandacht tijdens opleiding voor aspecten van aansprakelijkheid (NL)

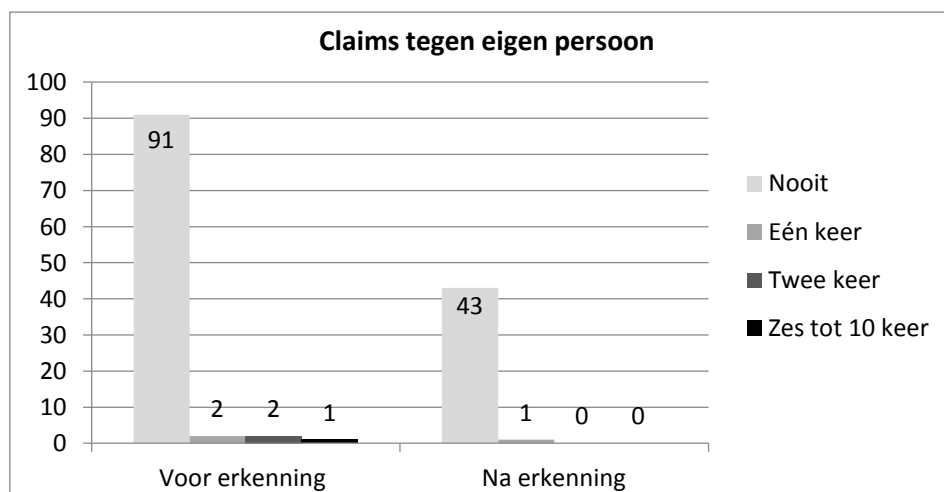
7.2.3 Deel 3: Ervaring met medische aansprakelijkheid

In het derde deel werd getoetst naar de frequentie waarmee erkende artsen en kandidaat-artsen reeds in aanraking gekomen zijn met claims aangaande medische aansprakelijkheid en tuchtmaatregelen bij zowel zichzelf als bij collega's. Voor de 52 Nederlandse artsen in opleiding waren er 22 die een medestudent of collega kennen tegen wie reeds een claim aangaande medische aansprakelijkheid was ingesteld. Bij de 44 erkende artsen kende een ruime meerderheid zelfs mensen tegen wie ooit een claim was ingesteld. Slechts 8 van de 44 kenden geen collega's tegen wie ooit een claim werd ingesteld.



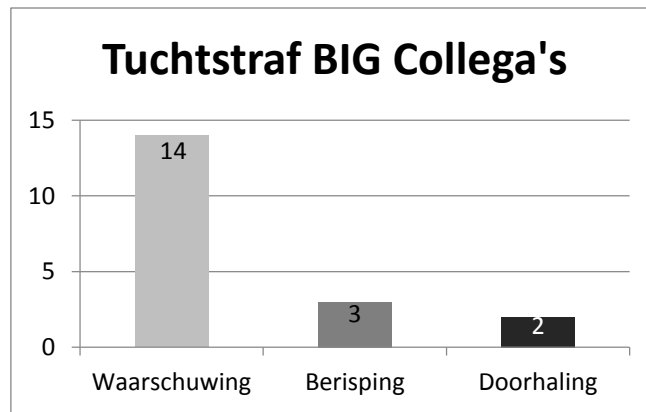
Figuur 17 Claims tegen medestudenten en collega artsen (NL)

In de daaropvolgende vraag werden ook de Nederlandse respondenten bevraagd of claims die tegen hun persoonlijk werden ingesteld. Deze lagen in tegenstelling tot België bijzonder laag. Opvallend is dat nadat men erkend arts werd van de 43 respondenten slechts één te maken kreeg met een claim aangaande medische aansprakelijkheid. Dit is anders dan wat Amerikaanse onderzoeken van onder andere AMA, (2008, in AHA news, 2010) waarbij 4 op 10 artsen zelf reeds aansprakelijk gesteld werden.



Figuur 18 Claims voor en na erkenning (NL)

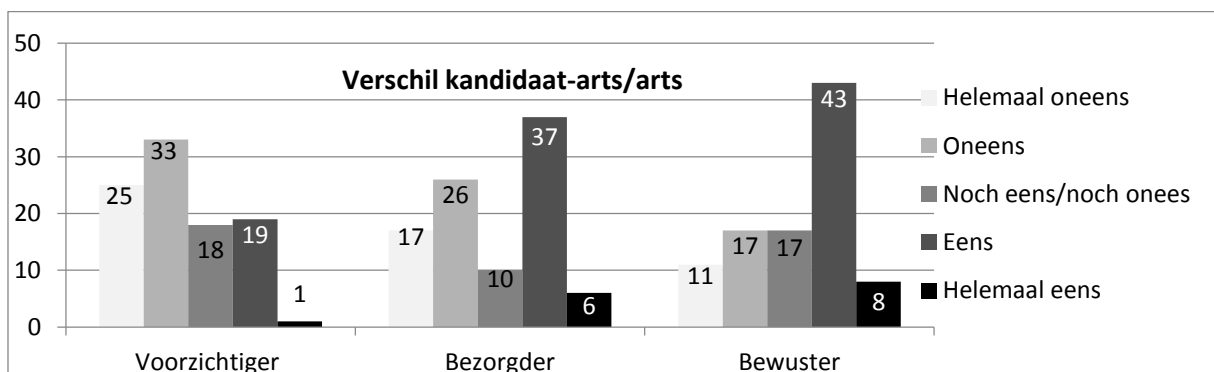
Ook in Nederland kunnen erkende artsen en artsen in opleiding tuchtrechtelijk vervolgd worden. Het is zeer opvallend dat slechts een zeer kleine groep, 19 van de 96 respondenten, een collega kent die reeds een tuchtstraf werd opgelegd. Nog opvallender was dat slechts één persoon toegaf zelf ooit tuchtrechtelijk vervolgd te zijn geweest. Dit lag in België toch wel anders.



Figuur 19 Aantal tuchtstraf voor collega's (NL)

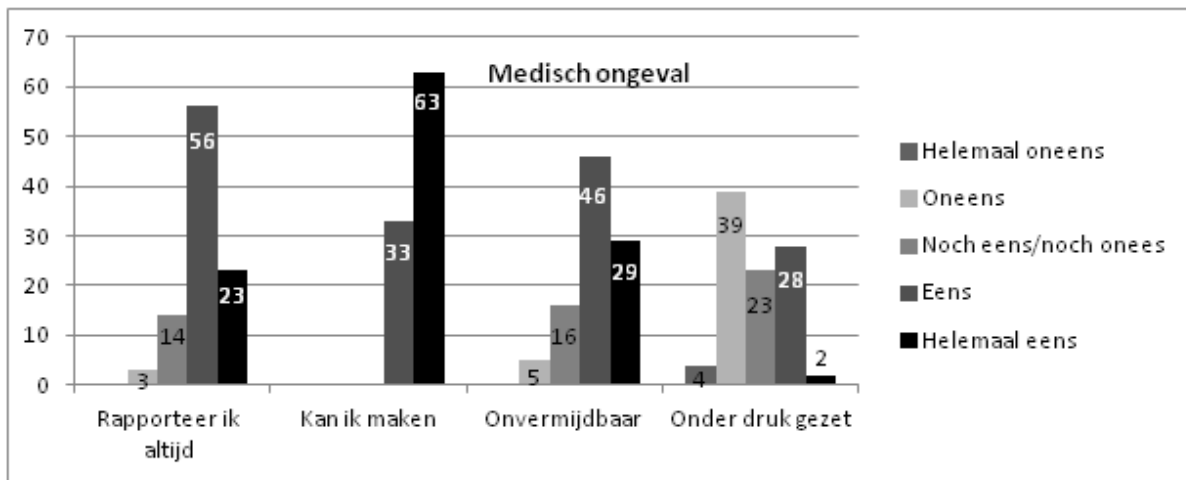
7.2.4 Deel 4: Perceptie aangaande medische aansprakelijkheid

In het vierde deel werd de perceptie aangaande medische aansprakelijkheid van de kandidaat-arts en erkende artsen bevestigd. Een eerste segment bevroeg de geënquêteerde over het verschil tussen kandidaat-artsen en erkende artsen. Opvallend is dat vooral bij de vraag "Ben ik als bewuster van het risico om medisch aansprakelijk gesteld te worden?" het meest frequente antwoord eens is. Mogelijk wordt dit vooral door erkende artsen zo gepercipieerd. Verder waren de meningen verdeeld over de vragen: "Zijn erkende artsen voorzichtiger dan kandidaat-artsen?" en "Zijn erkende artsen bezorgder om aansprakelijk gesteld te worden?". Ook dit duidt mogelijk op een verschil in perceptie.



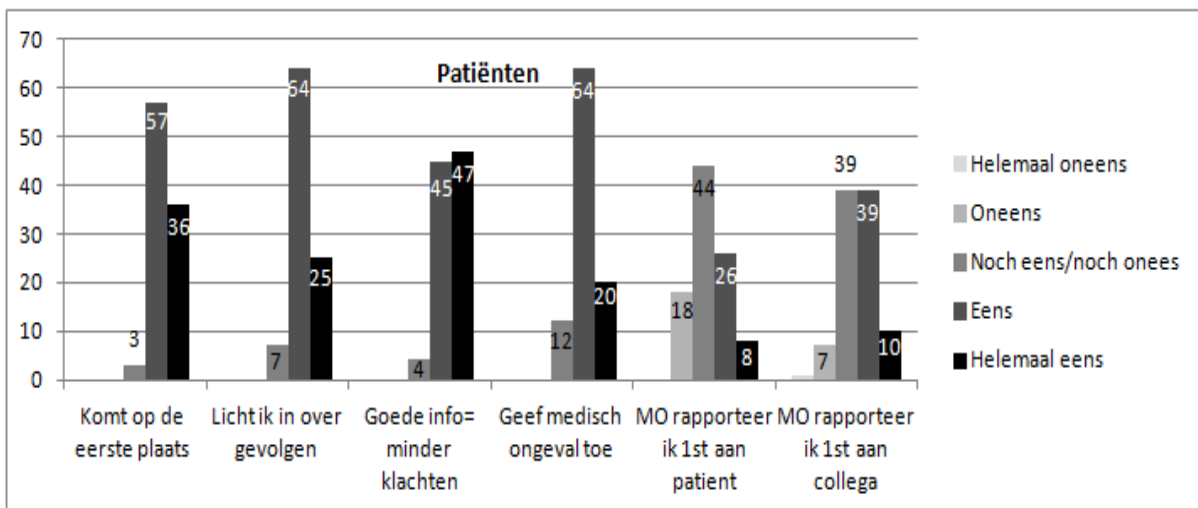
Figuur 20 Verschil kandidaat-arts/ erkend arts (NL)

In het tweede segment werden de respondenten bevestigd naar hun mening aangaande medische ongevallen. Een medisch ongeval wordt haast altijd door de respondenten gerapporteerd, dit in tegenstelling tot de Amerikaanse studie van Carrier et al. (2014). Daarnaast wordt een medisch ongeval geacht door iedereen zelf veroorzaakt te kunnen worden. Ook wordt een medisch ongeval over het algemeen als onvermijdbaar beschouwd. Enkel over de vraag of men zich onder druk gezet voelt zijn de antwoorden niet eenduidig.



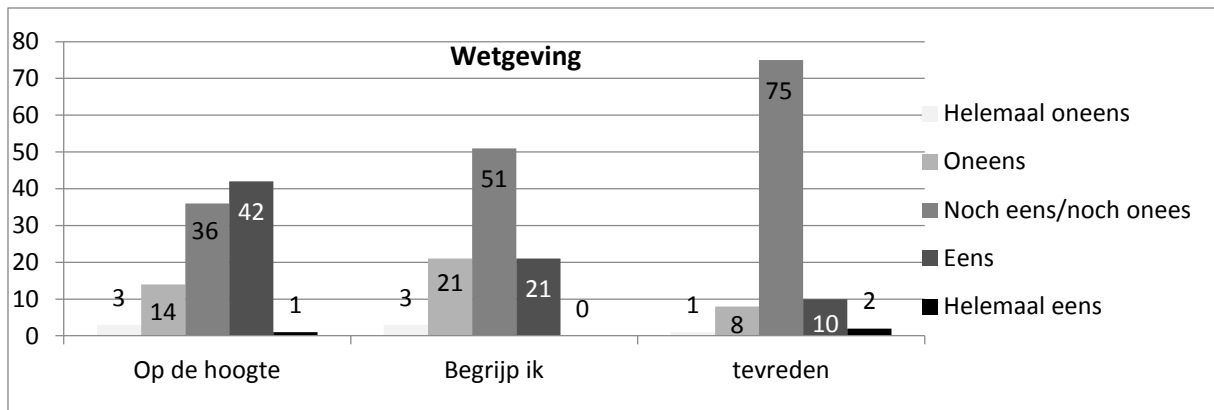
Figuur 21 Medisch ongeval (NL)

De patiënten stonden centraal in de vragen van het derde segment van het vierde deel. Zowel op de vraag of de patiënt voor hen op de eerste plaats komt als op de vraag of men de patiënt inlicht over de gevolgen van een ingreep antwoordde haast iedereen eens tot helemaal eens. 92 van de 96 respondenten zijn het er ook over eens dat indien er goede informatie wordt verstrekt aan de patiënten, dit leidt tot minder aansprakelijkheidsclaims. Tenslotte geven 84 van de 96 ondervraagden een medisch ongeval altijd toe. Over de vragen aan wie men eerst een medisch ongeval rapporteert lopen de meningen uiteen.



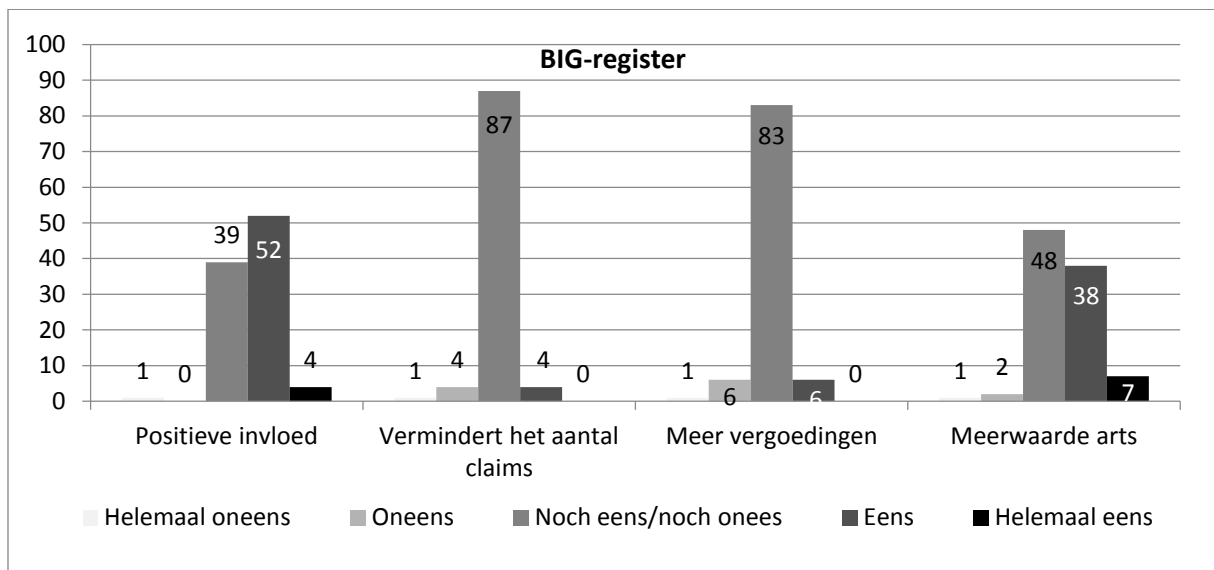
Figuur 22 De Patiënt (NL)

In het vijfde segment werd de perceptie ten opzichte van de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid onderzocht. Bijna de helft, 43 personen, vond dat men goed op de hoogte was van de wetgeving. Verder werd door de tweede vraag duidelijk dat de wetgeving helaas niet helemaal begrepen wordt. Dit is een indicatie dat de wetgeving transparanter en helderder moet, want men is er noch tevreden noch ontevreden over.



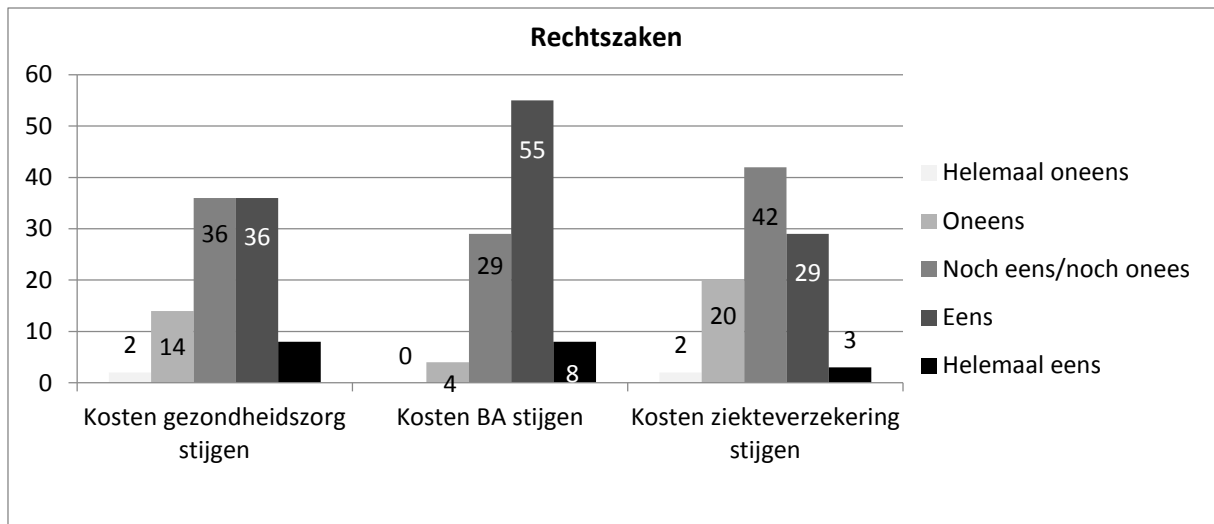
Figuur 23: Wetgeving (NL)

Het BIG-register was in het zesde segment betreffende de vragen rond perceptie het centrale onderwerp. Maar liefst 56 personen percipieerden dit register als positief voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Over de vragen of het BIG-register een verminderd aantal claims als gevolg heeft of tot meer vergoedingen leidt zijn de kandidaat-artsen en erkende artsen het voornamelijk noch eens, noch oneens. Wel is er een lichte overtuiging dat het BIG-register een meerwaarde voor de arts is daar 45% eens tot helemaal eens kozen als antwoord op vraag of het BIG-register een meerwaarde is voor de arts.



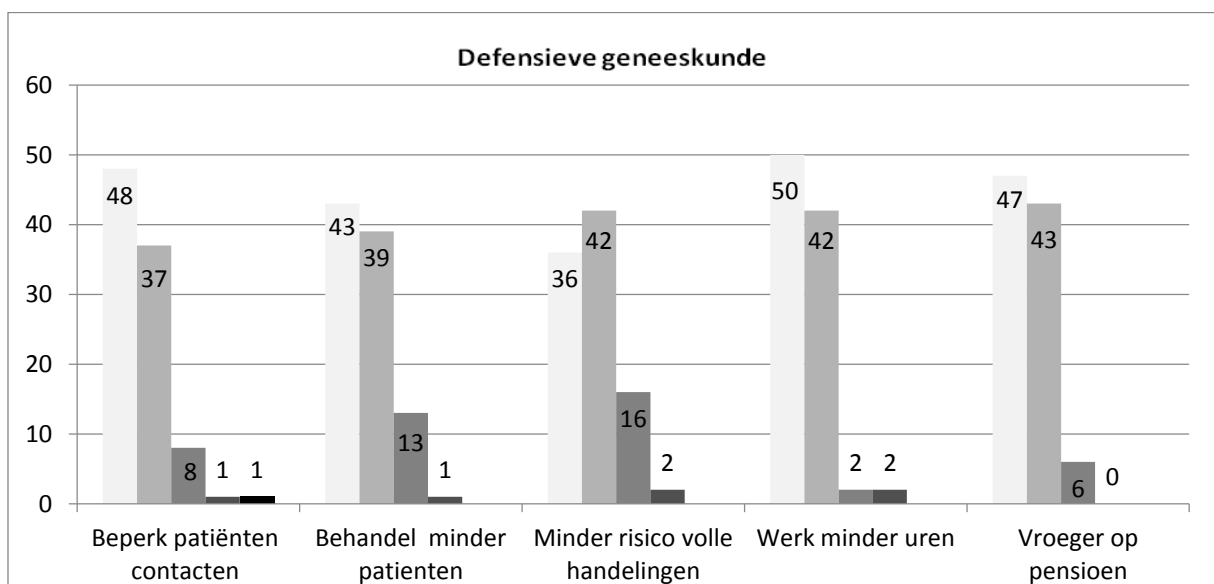
Figuur 24 BIG-Register (NL)

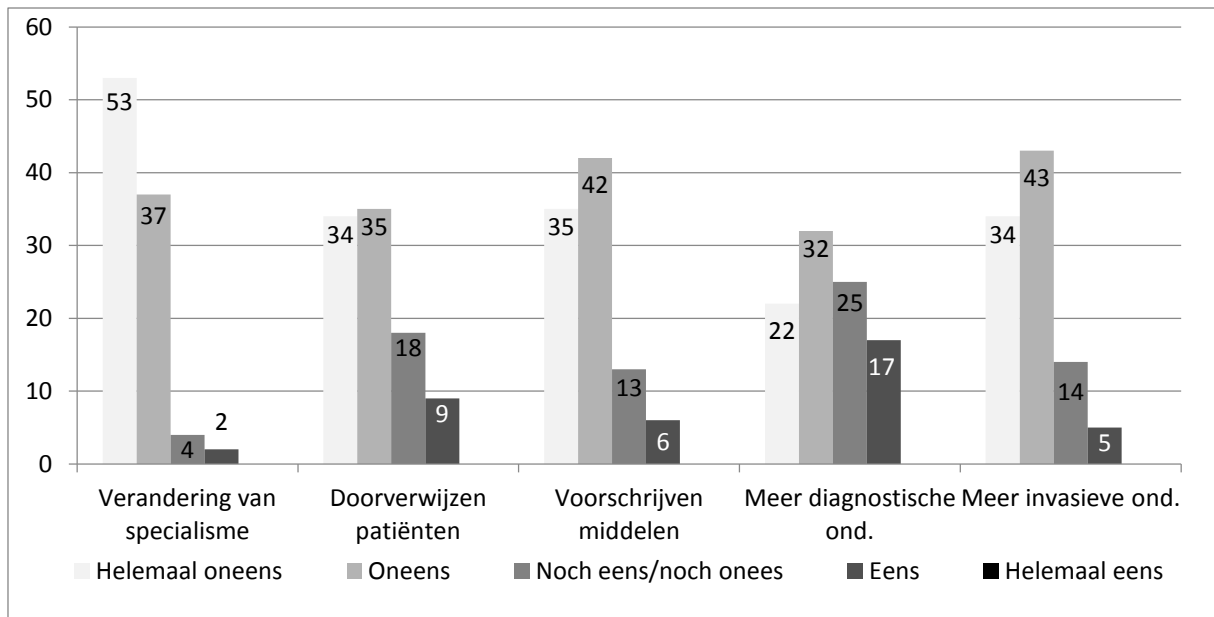
In het voorlaatste segment werd de perceptie ten aanzien van rechtszaken aangaande medische aansprakelijkheid getoetst zoals in de studie van Carpenter (2010). Het opvallendste resultaat is dat 63 van de 96 ondervraagden vinden dat de rechtszaken aangaande medische aansprakelijkheid de kosten voor de verzekering beroepsaansprakelijkheid doen stijgen.



Figuur 25 Rechtszaken (NL)

In het laatste segment worden stellingen rond defensieve geneeskunde getoetst. De stellingen werden over het algemeen negatief beantwoord. Voor elke vraag die gesteld werd aan de respondenten waren helemaal oneens en oneens de meest gegeven antwoorden. Enkel voor de laatste vier vragen die de respondenten bevroegen over hun perceptie ten aanzien van stellingen aangaande positieve defensieve geneeskunde zijn de meningen wat meer verdeeld.





Figuur 26 Defensieve geneeskunde (NL)

7.2.5 Reflectie

In het vijfde deel stond het de geënquêteerden vrij hun mening te geven over de enquête en over de Nederlandse wetgeving. Hierbij viel op dat verscheidene personen aangaven dat ze eigenlijk niets van het onderwerp weten en dus pleiten voor meer aandacht voor het topic medische aansprakelijkheid tijdens de opleiding. Verschillende artsen pleitten ook voor meer bijscholing tijdens hun loopbaan omdat er altijd regels zijn die wijzigen. Na het bestuderen van de antwoorden, gegeven tijdens reflectievragen, kan gesteld worden dat de algemene perceptie ten aanzien van de wetgeving inzake medische aansprakelijkheid eerder negatief is.

8. Analyse perceptieverschillen

Op basis van de resultaten van de enquête kan dieper ingegaan worden op de percepties van zowel erkende artsen als kandidaat-artsen. Daar de resultaten van de vragen aangaande perceptie van ordinale aard waren, dat wil zeggen dat er een rangorde bestaat tussen de antwoorden maar dat het onderlinge verschil niet in cijfers uit te drukken is, werd gepoogd ordinale regressies uit te voeren. Helaas vielen de resultaten van deze ordinale regressies voor zowel België, Nederland en de vergelijkende studie tussen België en Nederland tegen. De uitkomsten waren vaak niet significant en moeilijk te interpreteren. Mede hierdoor is gekozen voor het uitvoeren van logistische regressies.

Logistische regressies worden uitgevoerd wanneer er dichotome variabelen zijn. Dit zijn variabelen die ofwel 0 aannemen ofwel 1. In het geval van de verschillende variabelen die perceptie meten werden de groepen, helemaal oneens, oneens, noch eens/noch oneens, eens en helemaal eens gegroepeerd. Helemaal oneens en oneens werden omgevormd tot 0 en noch eens/noch oneens, eens en helemaal eens tot 1. De variabelen krijgen dan een + achter hun naam daar de antwoordcategorie noch eens/noch oneens bij de positieve antwoorden eens en helemaal eens gevoegd zijn. Andere variabelen kregen een - achter hun naam, bij deze variabelen werd de antwoordcategorie noch eens/noch oneens toegevoegd bij helemaal oneens en oneens. Deze verdeling werd gedaan op een manier die ervoor zorgde dat de groepen 0 en 1 zo evenwaardig mogelijk waren in aantal.

Ook de onafhankelijke variabelen werden gegroepeerd. In onderstaande analyses wordt steeds de invloed van dezelfde onafhankelijke variabelen getoetst op de verschillende afhankelijke variabelen om zo een goede regressievergelijking te kunnen weergeven. De onafhankelijke variabelen worden hieronder weergegeven. In de analyses zullen regressievergelijkingen worden opgesteld waarbij de onafhankelijke variabelen getoetst worden ten opzichte van een referentiecategorie. Bij bijvoorbeeld de onafhankelijke variabele geslacht wordt man (0) vergeleken met de referentiecategorie vrouw (1).

Onafhankelijke variabelen	Opdeling	Onafhankelijke variabelen	Opdeling
Geslacht	Man=0, Vrouw=1	Kennis sancties	Slecht & Matig = 0 Voldoende, goed, uitstekend = 1
Leeftijd	25 tem 62	Kennis vergoeding	Slecht & Matig = 0 Voldoende, goed, uitstekend = 1
Soort arts	Kandidaat-arts = 0 Erkend arts =1	Opleiding wetgeving	Ruim onvoldoende & Onvoldoende= 0 Noch eens/noch oneens &

			Eens & Helemaal eens =1
Universiteit Bachelor	<u>België</u> KULeuven = 0 Andere = 1 <u>Nederland</u> UMaastricht =0 Andere=1	Opleiding sancties	Ruim onvoldoende & Onvoldoende= 0 Noch eens/noch oneens & Eens & Helemaal eens =1
Universiteit Master	<u>België</u> KULeuven = 0 Andere = 1 <u>Nederland</u> UMaastricht =0 Andere=1	Opleiding vergoeding	Ruim onvoldoende & Onvoldoende= 0 Noch eens/noch oneens & Eens & Helemaal eens =1
Specialisatie	Huisarts = 0 Andere = 1	Opleiding transparantie	Ruim onvoldoende & Onvoldoende= 0 Noch eens/noch oneens & Eens & Helemaal eens =1
Provincie	Limburg = 0 Andere = 1	Claims Andere	Geen = 0 Andere = 1
Werkplek	Ziekenhuis = 0 Andere = 1	Eigen claims	Geen = 0 Andere = 1
Familie	Ja = 0 Nee = 1	Ander tucht	Nooit = 0 Andere = 1
Kennis wetgeving	Slecht & Matig = 0 Voldoende, goed, uitstekend = 1	Eigen tucht	Nooit = 0 Andere = 1

Tabel 1 Opdeling onafhankelijke variabelen

8.1 België

8.1.1 Analyse verschil in perceptie inzake het verschil tussen kandidaat-arts en erkende artsen

84 Vlaamse respondenten werden gevraagd of ze als erkend arts voorzichtiger zijn of zullen zijn dan als kandidaat-arts, of ze zich bewuster zijn van het risico op een medisch ongeval en of ze bezorgder zijn of zullen zijn als erkend arts dan als kandidaat-arts dat er tegen hen persoonlijk een claim aangaande medische aansprakelijkheid wordt ingesteld. Antwoordmogelijkheden op deze vraag gingen van helemaal oneens tot helemaal eens. Helemaal oneens en oneens werden samengevoegd tot 0, de overige antwoordmogelijkheden noch eens/noch oneens, eens en helemaal eens werden samengevoegd tot 1. Omdat noch eens/noch oneens werd toegevoegd bij de eerdere positieve antwoorden eens en helemaal eens werd een + toegevoegd aan de naam van de variabele. De afhankelijke variabele werden daarom voorzichtiger +, bezorgder + en bewuster + genoemd. In onderstaande tabel wordt de logistische regressievergelijking voor deze afhankelijke variabelen weergegeven. Ook wordt weergegeven of de afzonderlijke regressiecoëfficiënten significant zijn en op welk niveau. Verder wordt de chi-square per vergelijking weergegeven, als deze significant is dan is de regressievergelijking een goede schatting van de afhankelijke variabele. Tenslotte wordt de Nagelkerke R square weergegeven. Dit cijfer is een indicatie voor de kwaliteit van de

regressievergelijking. Deze kan echter niet gezien worden als het percentage verklaarde variantie. Hoe dichter de Nagelkerke R square bij 1 is, hoe sterker de samenhang tussen de afhankelijke variabelen en de onafhankelijke variabelen.

Bij een logistische regressie geven alle regressiecoëfficiënten samen de logit. Dit is het voorspellend natuurlijke logaritme uit de kansverhouding. Als de regressievergelijking voor voorzichtiger + wordt ingevuld voor een bepaalde respondent komt men een bepaalde logit uit.

Voorbeeld :

$$\text{LOGIT} = 0.170 + 0.658 * \text{Geslacht} - 0.047 * \text{Leeftijd} + 0.512 * \text{Soort arts} + 0.162 * \text{Bachelor diploma} + 0.923 * \text{Master diploma} + 0.695 * \text{Specialisatie} + 0.789 * \text{Werkplek} - 1,526 * \text{Provincie} - 0.864 * \text{Kennis wetgeving} - 1.016 * \text{Kennis sancties} - 2.289 * \text{Kennis vergoeding} - 2.122 * \text{Opleiding wetgeving} + 0.956 * \text{Opleiding sancties} - 0.176 * \text{Opleiding vergoeding} + 0.136 * \text{Opleiding transparantie} - 1.775 * \text{Andere claims} + 2.995 * \text{Eigen claims} + 1.416 * \text{Tucht ander} + 0.170 * \text{Tucht eigen}$$

Als voor een bepaalde respondent gegevens worden ingevuld in deze formule kan de logit berekend worden. Deze kan dan omgerekend worden in een kans door onderstaande formule. Deze uitkomst geeft dan de kans weer dat deze persoon aangeeft voorzichtiger te zijn als erkend arts dan als kandidaat-arts.

$$P_{\text{voorzichtiger}} = \frac{1}{1 + e^{-\text{logit}}}$$

In onderstaande tabel is weergegeven dat voor de afhankelijke variabele voorzichtiger enkel de coëfficiënten *kennis wetgeving*, *kennis vergoeding* en *eigen claims* een significante invloed hebben. Voor eigen claims is de regressiecoëfficiënt +2.997, dit betekent dat er een positief verband bestaat tussen de kans dat een respondent inschat voorzichtiger te zijn als kandidaat-arts dan als erkend arts en het aantal claims aangaande medische aansprakelijkheid dat reeds tegen deze persoon is ingesteld. Alle regressies in deze studie zijn op deze wijze opgebouwd. De verbanden kunnen op een dergelijke manier geïnterpreteerd worden en de logit kan zoals voorgaand aangetoond omgezet worden in een kans voor een specifiek individu.

Variabelen	Voorzigtiger B	Bezorgder B	Bewuster B	Variabelen	Voorzigtiger B	Bezorgder B	Bewuster B
Geslacht	,658	,672	-,244	Kennis Vergoeding	-2,289 *	-1,360	-2,164 *
Leeftijd	-,047	-,030	,028	Opleiding Wetgeving	-2,112	-1,048	-3,029 **
Soort arts	,512	-,554	-,671	Opleiding Sancties	,956	-,963	,366
Bachelor Diploma	,162	-,045	,288	Opleiding Vergoeding	-,176	2,450 *	2,919 *
Master Diploma	,923	,152	-,897	Opleiding Transparantie	,136	,014	-,528
Specialisatie	,695	,398	,564	Andere Claims	-1,775 *	-,781	-,273
Werkplek	,789	,313	,356	Eigen Claims	2,997 ***	1,730 **	1,355
Provincie	-1,526	-1,672	-,218	Tucht ander	1,416	,968	,437
Familie	-,864	-,238	,172	Tucht eigen	1,405	,784	-1,220
Kennis Wetgeving	2,118 *	1,895	3,648 **	Constant	,170	1,481	-,227
Kennis Sancties	-1,016	-1,503	-2,975	Chi-square Model	26.0	19.7	22.4
				Nagelkerke R Square	0.364	0.280	0.323
* significant op <0.10		Voorzigtiger +					
** significant op <0.05		Bezorgder +					
*** significant op <0.01		Bewuster +					

Tabel 2 Regressie verschil kandidaat-arts/ erkend arts (B)

8.1.2 Analyse verschil in perceptie van een medisch ongeval

Aan de respondenten werden ook vragen gesteld over hun perceptie ten aanzien van medische ongevallen, dit zijn zowel medische fouten als onvoorziene complicaties. Vier vragen werden de respondenten gesteld over dit thema. Aangeduid moest worden of medische ongevallen gerapporteerd worden, of men zelf inschatte deze te kunnen veroorzaken, of medische ongevallen onvermijdbaar zijn en of men zich onder druk gezet voelt om geen medische ongevallen te veroorzaken.

Dat de chi-square statistisch significant is voor het regressiemodel met afhankelijke variabele *rapporteur ik* en *onvermijdbaar* betekent dat op een significante manier via de regressievergelijking de logit en vervolgens ook de kans berekend kan worden dat een bepaald individu een bepaald antwoord geeft. Geslacht is een onafhankelijke variabele die statistisch significant is voor de afhankelijke variabele *rapporteur ik* samen met, het bachelordiploma, de kennis van de wetgeving, de opleiding van de wetgeving, de claims

ingesteld tegen de eigen persoon, de tuchtklachten die een ander reeds ontving en de tuchtklachten ingesteld tegen de eigen persoon. Omdat *geslacht* een waarde heeft van -2.119 kan hieruit geconcludeerd worden dat mannen minder snel een medisch ongeval rapporteren dan vrouwen. Verder kan geconcludeerd worden dat mensen tegen wie reeds een claim werd ingesteld sneller een medisch ongeval zullen rapporteren. Verder zien we dat voor de onafhankelijke variabele *specialisatie* met als categorie huisarts en andere artsen als referentiecategorie, de coëfficiënt negatief is. Als de coëfficiënt negatief is neemt de logit af en dus ook de kans dat een huisarts inschat dat medische ongevallen onvermijdbaar zijn.

Variabele n	Rapporteur ik B	Kan ik maken B	Onvermijdbaar B	Onderdruk B	Variabelen	Rapporteur ik B	Kan ik maken B	Onvermijdbaar B	Onderdruk B
Geslacht	-2,119 **	14,170	,031	,802	Kennis Vergoeding	-,986	14,742	-,155	-,261
Leeftijd	,042	,770	-,081	-,056	Opleiding wetgeving	4,817 **	-6,745	-,814	1,204
Soortarts	,161	-27,491	1,926	1,217	Opleiding sancties	1,557	14,612	-1,418	1,421
Bachelor Diploma	-1,951 **	9,788	-,096	-2,166	Opleiding Vergoeding	-3,742 **	31,799	-1,167	,618
Master Diploma	,474	-15,583	-2,535 **	2,177 *	Opleiding Transparantie	-1,183	22,322	1,278	-1,553
Specialisatie	,320	1,585	-4,901 **	-,565	Andere claims	-,836	13,404	,362	,201
Werkplek	1,427	38,427	-1,840 *	1,521	Eigen claims	2,358 *	,745	1,078	1,689
Provincie	-3,037 *	-35,677	-3,033	-1,607	Tucht ander	3,072 **	-2,210	,928	,467
Familie	-,613	-31,329	,811	-2,239 *	Tucht eigen	-5,661 **	-36,812	4,495 *	-2,900
Kennis Wetgeving	-2,779 **	-25,964	1,416	2,315	Constant	1,182	19,979	8,257 **	3,293
Kennis Sancties	-,704	10,028	-2,559	-1,202	Chi-square Model	49.1 ***	25.8	34.2 **	26.7
					Nagelkerke R Square	0.598	1.0	0.49	0.409
* significant op <0.10 ** significant op <0.05 *** significant op <0.01 Rapporteur ik - Kan ik maken - Onvermijdbaar - Onderdruk -									

Tabel 3 Regressie verschil perceptie medisch ongeval (B)

8.1.3 Analyse verschil in perceptie van de patiënt

Een volgende analyse onderzoekt het verschil in perceptie aangaande de patiënt. Er zijn geen statistisch significante verschillen voor de afhankelijke variabele die toetst of de patiënt op de eerste plaats komt daar dit voor alle respondenten het geval is. Een volgende vraag bevroeg de respondenten over hoezeer ze van zichzelf vinden dat ze de patiënten inlichten over de gevolgen van een medische ingreep. Hier kon statistisch aangetoond worden dat mannen vaker denken dat ze de patiënten goed inlichten over de gevolgen van een medische ingreep. Dit geldt ook voor kandidaat-artsen, zij denken patiënten meer in te lichten dan de referentiecategorie, dit zijn de erkende artsen.

Hoe ouder men wordt hoe meer men geneigd is een medische fout toe te geven. Ook de kennis van de sancties hangt positief samen met de logit van de afhankelijke variabele *ik geef een medische fout toe* en dus stijgt ook de kans dat men een medische fout toegeeft als men beter op de hoogte is van de sancties na een medische fout. Ook als tegen de eigen persoon reeds een claim aangaande medische aansprakelijkheid werd ingesteld is men sneller geneigd een medische fout toe te geven, mogelijk omdat men dan reeds bekend is met de gevolgen.

Variabelen	Komt op de eerste plaats B	Licht ik in B	Goede info = minder klachten B	Ik geef een medische fout toe B	MO geef ik eerst toe aan patiënt B	MO geef ik eerst te aan collega B
Geslacht	1,369	2,695**	12,309	-,692	-1,100	,317
Leeftijd	,117	,009	4,782	,107**	,116***	-,044
Soortarts	-1,495	3,013*	-85,561	,777	-,273	-,584
Bachelor Diploma	-,995	-,129	42,079	-1,235	-,210	-1,329**
Master Diploma	,474	-1,496	-10,306	-1,395	-,683	,404
Specialisatie	-,008	,235	40,904	-1,883	-1,888	,132
Werkplek	1,526	,995	-56,199	-,888	-,792	-1,071
Provincie	-1,931	1,442	-24,602	,673	,955	-,577
Familie	-2,239	-1,879	-39,071	-,400	1,273	,830
Kennis Wetgeving	18,954	-,761	48,796	,771	-,897	2,222**
Kennis Sancties	-2,500	-1,094	-30,501	2,665**	-,667	-2,296*
Kennis Vergoeding	,353	21,652	,676	1,598	1,998	,076
Opleiding Wetgeving	16,837	1,779	69,992	-1,013	-,291	-1,802*

Opleiding Sancties	15,948	,940	-65,629	1,325	-,379	-,914
Opleiding Vergoeding	17,471	20,392	-9,620	1,332	-1,206	1,803
Opleiding Transparantie	-,125	-,747	85,572	,422	,439 **	,229
Andere Claims	,547	2,976 **	-28,457	,775	1,246	-1,852 *
Eigen Claims	-,771	-,890	-54,929	1,754 *	-,133	1,033
Tucht ander	18,368	-2,659 *	61,784	-,202	-1,444	-,442
Tucht eigen	-2,043	-2,961	-12,260	-1,058	-21,256	4,093 **
Constant	-,575	-1,703	-64,375	-,910	-3,574 *	3,926 **
Chi-square Model	16.5	25.2	32.1 **	284 *	36.1**	27.5
Nagelkerke R Square	0.492	0.481	1.0	0.399	0.483	0.374

* significant op <0.10
** significant op <0.05
*** significant op <0.01

Komt op de eerste plaats -
Goede info = minder klachten -
MO geef ik eerst toe aan patiënt -

Licht ik in -
Ik geef een medische fout toe -
MO geef ik eerst toe aan collega -

Tabel 4 Regressie verschil perceptie van de patiënt (B)

8.1.4 Analyse verschil in perceptie van de wetgeving

De perceptie van de wetgeving ten aanzien van medische aansprakelijkheid werd in een volgend deel van de enquête bevraagd. Uit de regressie analyse blijkt dat men als huisarts denkt beter op de hoogte te zijn dan artsen die een andere specialisatie hebben. Opvallend genoeg blijkt het hebben van familieleden met een medische achtergrond geen reden te zijn om als arts te vinden dat men beter op de hoogte is van de wetgeving. Zowel de logistische regressie analyse voor de afhankelijke variabelen *op de hoogte* en *begrijp ik* zijn statistisch significant, de Nagelkerke R square duidt op een relatief sterke samenhang tussen deze afhankelijke variabelen en hun onafhankelijke variabelen.

Variabelen	Op de hoogte B	Begrijp ik B	Tevreden B	Variabelen	Op de hoogte B	Begrijp ik B	Tevreden B
Geslacht	,509	1,152	1,482 *	Kennis Vergoeding	21,429	3,491 **	1,327
Leeftijd	,050	,093 **	-,020	Opleiding Wetgeving	1,108	-,729	,243
Soort arts	,899	,582	-,569	Opleiding Sancties	4,447 **	3,712 **	,794
Bachelor Diploma	,282	,714	-,237	Opleiding Vergoeding	,221	1,168	-,330
Master Diploma	,639	-,133	-1,573	Opleiding Transparantie	-4,470 **	,136	-,485
Specialisatie	2,725 **	2,451	,098	Andere Claims	,646	1,496	,248

Werkplek	1,156	,458	-2,227 **	Eigen Claims	-,962	-,681	-1,963 *
Provincie	1,112	3,378 **	,213	Tucht ander	,981	-1,379	-,377
Familie	-2,248 *	-,815	,595	Tucht eigen	-3,470	-2,266	-,362
Kennis wetgeving	3,682 **	2,313 *	1,464	Constant	-6,695	-8,491 ***	3,455 *
Kennis Sancties	-2,363	-1,366	-1,445	Chi-square Model	58.6 ***	43.7 ***	21.4
				Nagelkerke R Square	0.670	0.548	0.348
* significant op <0.10 ** significant op <0.05 *** significant op <0.01							
Op de hoogte + Begrijp ik + Tevreden +							

Tabel 5 Regressie verschil perceptie wetgeving (B)

8.1.5 Analyse verschil in perceptie van het Fonds voor de Medische ongevallen

Het Fonds voor de Medische Ongevallen werd onder andere opgericht om patiënten te kunnen vergoeden zonder hiervoor een arts aansprakelijk te moeten stellen. In de enquête werd nagegaan welke perceptie de artsen omtrent het Fonds hebben. Enkel voor de afhankelijke variabele "*Meer patiënten vergoed*" werd geen statistisch significant model gevonden, voor de overige afhankelijke variabelen wel. Bij vrouwen (referentiecategorie) is de kans groter dat ze denken dat het Fonds goed is voor de patiënt en dat ze minder risico lopen op een aansprakelijkheidsclaim. Ook de mate waarin men denkt goed opgeleid te zijn heeft een invloed op verschillende afhankelijke variabelen waaronder *goede zaak voor de patiënt*, *meer patiënten vergoed* en *teveel mogelijkheden*.

Variabelen	Minder Risico B	Druk verlagend B	Minder schrik B	Goede zaak voor de patiënt B	Meer patiënten vergoed B	Teveel mogelijkheden B
Geslacht	-1,433 **	-,270	-1,397	-1,287 **	3,545	,825
Leeftijd	,033	,014	,158 *	,037	,024	,153 **
Soortarts	-1,769	,618	-4,215 **	1,090	,176	-2,863
Bachelor Diploma	-1,254*	-,965	-1,786 **	-1,838 **	-,638	1,002
Master Diploma	-,045	-3,210	-2,227	-,407	-1,856	3,851
Specialisatie	-4,444 **	-2,411	-3,777	-1,948	-3,441	5,111 **
Werkplek	-1,654	-1,186	-1,367	3,073 *	,681	-7,469 **
Provincie	-2,278	1,167	-1,518	-,545	-2,725	7,291 **
Familie	,061	,311	3,312 **	-1,270	,243	,606
Kennis wetgeving	1,131	1,491	3,590	-3,328	-3,491 *	11,868 **
Kennis Sancties	-2,547 *	-2,716	-6,010 **	1,658	,968	-13,188 **
Kennis vergoeding	-2,735 **	-2,197	-,270	1,740	-1,384	5,226

Opleiding wetgeving	-,213	,879	-3,273	5,054 **	-6,092 *	-11,110 **
Opleiding Sancties	-,351	-,765	-,657	2,103	3,653	,140
Opleiding vergoeding	-,519	,318	23,001	-5,735 **	16,826	21,335 **
Opleiding Transparantie	1,142	1,753	,946	1,355	25,870	-6,958
Andere Claims	1,241	-2,326	,803	-1,993 *	-,831	-,708
Eigen Claims	-2,100 **	-1,015	-1,945	1,761	-,864	3,921 *
Tucht ander	2,879 **	1,999	,635	-,443	1,691	-4,876 *
Tucht eigen	-2,632	-2,389	,216	1,273	,341	-2,615
Constant	5,564 **	4,361 **	4,371	,249	5,797 *	-12,874 ***
Chi-square Model	38.5 ***	51.1 ***	41.3 ***	49.7	45.3 ***	36.7 **
Nagelkerke R Square	0.495	0.618	0.613	0.597	0.670	0.559
* significant op <0.10 ** significant op <0.05 *** significant op <0.01						
Minder risico - Minder schrik - Meer patiënten vergoed +						
Druk verlagend - Goede zaak voor de patiënt + Te veel mogelijkheden +						

Tabel 6 Regressie verschil perceptie Fonds voor de Medische Ongevallen (B)

8.1.6 Analyse verschil in perceptie van rechtszaken

Een voorlaatste reeks vragen bevroeg de respondenten over hun perceptie over rechtszaken die het gevolg zijn van een claim aangaande medische aansprakelijkheid. Er werd getoetst of ze dachten dat deze rechtszaken de kosten van de gezondheidszorg, de kosten van de verzekering beroepsaansprakelijkheid en de kosten van de ziekteverzekering doen stijgen. De uitgevoerde regressie analyses bleken allemaal een statistisch significant model op te leveren waarbij de Nagelkerke R Square steeds een relatief sterke samenhang vertoont. De opvallendste resultaten waren dat mannen en vrouwen duidelijk een ander idee hebben over welke kosten stijgen. Hiernaast tonen de regressies dat vooral jongere mensen denken dat de kosten stijgen, daar de logit afneemt en dus ook de kans dat men denkt dat de kosten stijgen als men een jaartje ouder wordt.

Variabelen	Kosten gezondheidszorg stijgen B	Kosten BA Stijgen B	Kosten ziekteverzekering stijgen B	Variabelen	Kosten gezondheidszorg stijgen B	Kosten BA Stijgen B	Kosten ziekteverzekering stijgen B
Geslacht	-1,468 **	5,212 **	-,850	Kennis Vergoeding	24,260	11,526 **	3,558 **
Leeftijd	-,129 **	-,171 **	-,159 **	Opleiding Wetgeving	1,949 *	-,938	,903
Soortarts	1,458	-,699	1,176	Opleiding Sancties	-2,173 *	5,330	-1,151

Bachelor Diploma	-,914	,456	-,024	Opleiding Vergoeding	2,510	-5,853 *	-2,797
Master Diploma	1,287	9,023 **	,407	Opleiding Transparantie	-,437	2,603	,949
Specialisatie	1,666	-7,800 **	,677	Andere Claims	1,969 **	15,166 **	2,179 **
Werkplek	-,144	-2,883	-1,793 *	Eigen Claims	-2,018 **	-7,213 **	-1,753 *
Provincie	-,246	-,704	,910	Tucht ander	1,876 *	-,271	,423
Familie	-,732	-1,995	-,047	Tucht eigen	-2,772	,137	,493
Kennis Wetgeving	-,317	-1,561	-1,307	Constant	2,911 *	8,804 **	3,918 **
Kennis Sancties	-23,130	-7,299 **	-,073	Chi-square Model	40.4 ***	49.3 ***	36.5**
				Nagelkerke R Square	0.509	0.688	0.476
* significant op <0.10				Kosten gezondheidszorg stijgen -			
** significant op <0.05				Kosten BA stijgen -			
*** significant po <0.01				Kosten ziekteverzekering stijgen -			

Tabel 7 Regressie verschil perceptie wetgeving (B)

8.1.7 Analyse verschil in perceptie van defensieve geneeskunde

Voor de analyse van de perceptie ten aanzien van defensieve geneeskunde werden de respondenten 10 vragen voorgelegd. Vier vragen behandelden positieve defensieve geneeskunde, zes vragen negatieve defensieve geneeskunde, onderstaande tabel toont de statistische analyse van de vier vragen aangaande positieve defensieve geneeskunde.

De respondenten werden gevraagd of ze patiënten uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims zouden doorverwijzen naar een andere arts, of deze vrees resulteerde in het frequenter voorschrijven van geneesmiddelen, extra diagnostisch onderzoek of extra invasieve onderzoeken. Behalve voor de afhankelijke variabele *doorverwijzen patiënten* konden er significante regressievergelijkingen worden gevonden. Uit de analyses blijkt dat de kans dat mannen meer geneesmiddelen voorschrijven uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims kleiner is dan vrouwen (referentiecategorie). Ook voor kandidaat-artsen geldt dit ten opzichte van erkende artsen. Het uitvoeren van extra diagnostisch en invasief onderzoek blijkt negatief gerelateerd aan leeftijd, voor oudere artsen wordt de kans kleiner dat zij deze extra onderzoeken aanbevelen uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims. Tenslotte is het ook opvallend dat voor mensen uit Limburg de kans groter is dat zij extra onderzoeken aanbevelen, dit ten opzichte van artsen uit andere provincies in België.

Variabele n	Door verwijzen patiënten B	Meer Genees. B	Diagn. Onder. B	Invas. Onder. B	Variabelen	Door verwijzen patiënten B	Meer Genees. B	Diagn. Onder. B	Invas. Onder. B
Geslacht	-,225	-2,747 *	-1,37 **	-0,70	Kennis Vergoeding	-1,309	0,13	0,99	-0,56
Leeftijd	-,018	0,07	-0,16 **	-0,18 **	Opleiding Wetgeving	,366	-3,32	-0,96	0,80
Soortarts	-2,026 *	-5,60 **	-2,15	-1,79	Opleiding Sancties	-,639	-3,77	-2,70	-4,27 **
Bachelor Diploma	,913	2,48	0,12	0,30	Opleiding Vergoeding	-,436	4,71	2,59	4,36 **
Master Diploma	-,598	3,31 **	-0,28	0,55	Opleiding Transparantie	-1,141	-1,45	-1,55	-1,24
Specialisatie	-,299	3,46	6,17 **	6,34 **	Andere Claims	1,004	1,38	1,60	3,46 ***
Werkplek	,132	0,44	-1,38	-0,07	Eigen Claims	-,909	-1,27	-1,99 ***	-0,03
Provincie	-,612	0,00	4,62 **	5,18 **	Tucht ander	,296	3,62	-2,11 **	-1,28
Familie	1,241 *	0,26	1,99 **	1,24	Tucht eigen	1,251	-1,82	-0,09	-1,87
Kennis Wetgeving	1,101	1,76	-1,23	-1,41	Constant	1,238	-8,13 **	2,15	-1,61
Kennis Sancties	-,721	-3,45	4,05 **	3,68 **	Chi-square Model	26.1	23.5 *	41.1***	37.7***
					Nagelkerke R Square	0.358	0.495	0.519	0.485
* significant op <0.10		Doorverwijzen patiënten +			Voorschrijven meer geneesmiddelen -				
** significant op <0.05		Meer diagnostisch onderzoek +			Meer invasief onderzoek				
*** significant op <0.01									

Tabel 8 Regressie verschil perceptie positieve defensieve geneeskunde (B)

Zes stellingen werden de respondenten voorgelegd aangaande negatieve defensieve geneeskundige handelingen waaronder het beperken van de patiëntencontacten, het behandelen van minder patiënten, het stellen van minder risicovolle handelingen en het werken van minder uren uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims. Daarnaast werd de respondenten nog gevraagd of ze vroeger op pensioen zouden gaan uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims en of deze vrees hen zou doen overstappen naar een ander specialisme.

Op het eerste zicht lijken de regressies zeer geslaagd te zijn daar de chi-square's voor verschillende van de afhankelijke variabelen aangaande negatieve defensieve geneeskunde significant zijn en de Nagelkerke R Square's dicht bij 1 aanleunen. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit veroorzaakt wordt doordat bijna alle respondenten hetzelfde antwoord gaven en dat de coëfficiënten in de regressie dus geen meerwaarde geven aan het model, dit is duidelijk te zien aan het lage aantal significante coëfficiënten.

De afhankelijke variabele *minder risicovolle handelingen* kan goed geïnterpreteerd worden. De Nagelkerke R Square geeft een matig tot sterke samenhang van de coëfficiënten met de afhankelijke variabele weer en ook het model in zijn geheel is significant. Hieruit blijkt dat specialisatie een belangrijke factor is om minder risicovolle handelingen te stellen. Huisartsen zijn sneller geneigd minder risicovolle handelingen te stellen dan de referentiecategorie, dit zijn artsen met een ander specialisme. Verder hebben het geslacht, de specialisatie, het hebben van familie met een geneeskundige achtergrond en de provincie waarin men leeft een significante invloed op het vroeger op pensioen gaan van een arts uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.

Variabelen	Beperken patiënten contacten B	Behandel minder patiënten B	Minder risico volle handelingen B	Werken minder uren B	Vroeger op pensioen B	Overstappen ander specialisme B
Geslacht	-1,586	,025	-,863	9,793	-2,114 **	-34,474
Leeftijd	-1,357	-,018	-,070	22,823	-,022	-,040
Soortarts	-89,956	-1,465*	-2,382	-554,286	,997	-99,390
Bachelor Diploma	-27,380	-,807	-,007	164,578	-,333	-79,855
Master Diploma	53,867	,636	-,403	292,705	-,449	47,610
Specialisatie	62,286	2,824 *	3,064 **	-421,297	4,624 **	-5,821
Werkplek	38,795	1,492	,996	135,018	-,868	4,151
Provincie	-7,798	,042	2,518 *	202,324	5,412 **	55,196
Familie	13,487	1,154	,068	-438,471	1,892 **	2,484
Kennis Wetgeving	22,418	-,179	1,152	-208,925	-,003	-1,729
Kennis Sancties	-12,343	-1,730	-2,685	-127,665	1,919	1,219
Kennis Vergoeding	46,840	2,421	5,407 **	296,499	1,174	78,591
Opleiding Wetgeving	-44,930	-,419	-1,541	-333,936	,761	-49,782
Opleiding Sancties	-33,491	-2,691	-3,201	168,202	1,046	-39,671
Opleiding Vergoeding	36,079	,536	3,087	304,308	-1,462	142,555
Opleiding Transparantie	102,892	2,388 **	1,364	837,999	,641	58,544
Andere Claims	-48,052	1,211	1,524	459,022	-,203	-26,878
Eigen Claims	80,813	-1,195	-2,060	467,472	-,608	124,672
Tucht ander	-12,742	-1,917	-3,564 **	-68,638	-1,264	-80,258
Tucht eigen	146,828	1,529	3,653	202,089	-2,680	142,585
Constant	-21,893	-3,261	-,722	-1386,398	-6,325 **	-10,058
Chi-square Model	50.9 ***	23.9	33.9 **	52.8 ***	28.1	48.1 ***

Nagelkerke R Square	0.92	0.398	0.491	1.00	0.458	1.00
* significant op <0.10		Beperken patiënten contacten +		Behandelen minder patiënten +		
** significant op <0.05		Minder risico volle handelingen +		Werken minder uren +		
*** significant op <0.01		Vroeger op pensioen +		Overstappen ander specialisme +		

Tabel 9 Regressie verschil perceptie negatieve defensieve geneeskunde (B)

8.1.8 Conclusie analyse verschil kandidaat-artsen en erkende artsen in België

Op basis van bovenstaande regressievergelijkingen kan geconcludeerd worden dat de onafhankelijke variabele *soort arts* die het verschil meet tussen kandidaat-artsen en erkende artsen haast nooit een invloed had op de afhankelijke variabelen waarnaar de enquête de respondenten bevroeg. Deze onafhankelijke variabele had enkel een invloed op de kans dat men de patiënt zelf inlicht, de kans dat men minder schrik heeft voor een aansprakelijkheidsclaim na het invoeren van het Fonds voor de Medische Ongevallen, de kans dat men extra diagnostisch onderzoek uitvoert uit schrik voor aansprakelijkheidsclaims en de kans dat men minder patiënten behandelt uit schrik voor aansprakelijkheidsclaims.

De onafhankelijke variabele die het meest invloed had op de verschillende afhankelijke variabelen waarnaar de vragen in de enquête toetste was *geslacht*. Dit had een invloed op de kans dat men tevreden is over de wetgeving, de kans dat men denkt dat rechtszaken aangaande medische aansprakelijkheid extra kosten met zich meebrengen en de kans dat men een ongeval rapporteert. Waarom het geslacht zo'n grote invloed heeft op de perceptie ten aanzien van medische aansprakelijkheid is niet meteen duidelijk.

8.2 Nederland

8.2.1 Analyse verschil in perceptie inzake het verschil tussen kandidaat-arts en erkende artsen

Ook in Nederland werden de percepties aangaande medische aansprakelijkheid onderzocht. In Nederland namen 96 erkende artsen en kandidaat-artsen deel aan de enquête. De eerste drie vragen in het vierde deel van de enquête bevroeg de respondenten over hun perceptie inzake het verschil tussen erkende artsen en kandidaat-artsen. Enkel voor de variabele *bewuster* kon een significant model opgesteld worden. Nagelkerke R Square geeft weer dat er een matige verhouding is tussen de coëfficiënten en de afhankelijke variabele *bewuster*. Veel conclusies kunnen hier helaas niet uit getrokken worden.

Variabelen	Voorzichtig er B	Bezorgd er B	Bewuster B	Variabelen	Voorzichtige r B	Bezorgd er B	Bewuste r B
------------	------------------------	--------------------	---------------	------------	------------------------	--------------------	-------------------

Geslacht	-1,025 **	-,576	-,309	Opleiding Wetgeving	,532	,068	,258
Leeftijd	,030	-,073	-,017	Opleiding Sancties	,264	-,135	-,661
Soortarts	-,967	-,345	,301	Opleiding Vergoeding	-1,058	-,820	-,337
Bachelor Diploma	,314	,416	-,249	Opleiding Transparan tie	-,018	,717	-,725
Master Diploma	-21,755	-23,620	-19,338	Andere Claims	,296	,221	,337
Specialisati e	21,101	23,289	19,554	Eigen Claims	,331	-1,629	21,197
Provincie	1,121	,223	1,819	Tucht ander	-,171	-,176	,956
Familie	,371	-1,833 **	-1,021 *	Tucht eigen	-20,359	-20,795	-23,057
Kennis wetgeving	-,521	-,578	-1,204	Constant	-,977	3,690 **	2,540
Kennis Sancties	,206	-,735	1,325	Chi-square Model	19.6	17.7	28.0 *
Kennis vergoeding	-,305	-,129	-2,566 **	Nagelkerke R Square	0.251	0.226	0.361

* significant op <0.10

** significant op <0.05

*** significant op <0.01

Voorzichtiger +

Bezorgder +

Bewuster +

Tabel 10 Regressie verschil kandidaat-arts/ erkend arts (NL)

8.2.2 Analyse verschil in perceptie van een medisch ongeval

Ook in Nederland werden de respondenten bevraagd naar hun perceptie ten aanzien van medische ongevallen. Er konden weinig statistisch significante regressievergelijkingen opgesteld worden daar bijna alle respondenten in Nederland een gelijkaardig antwoord gaven. Voor de vraag, ook ik kan een medische fout maken antwoordden zelfs 100% van de respondenten eens of helemaal eens waardoor het uitvoeren van een regressie analyse onmogelijk bleek. Enkel voor de afhankelijke variabele *onder druk* kon een significant model worden opgesteld met enkele significante onafhankelijke variabelen die de mate waarin een respondent zich onder druk gezet voelt kan verklaren. Vooral kennis en opleiding heeft een invloed op deze perceptie.

Variabele n	Rappor teer ik B	Kan ik maken B	Onver mijdba ar B	Onder druk B	Variabelen	Rappor teer ik B	Kan ik maken B	Onver mijdba ar B	Onder druk B
Geslacht	,807	/	,219	-,030	Opleiding Wetgeving	-,198	/	-,363	-2,252 *
Leeftijd	-,087	/	-,054	,073	Opleiding Sancties	,433	/	,952	1,727 *
Soortarts	4,048	/	-,574	-1,440	Opleiding Vergoeding	,774	/	-1,545	1,614

Bachelor Diploma	-,106	/	,855	-,436	Opleiding Transparantie	,161	/	,093	-,981
Master Diploma	-1,258	/	,822	-3,273	Andere Claims	,009	/	,648	,218
Specialisatie	1,185	/	-1,345	1,327	Eigen Claims	19,031	/	20,699	1,093
Provincie	-,514	/	,059	1,361	Tucht ander	1,467	/	1,507	1,817 *
Familie	,422	/	,801	,694	Tucht eigen	15,135	/	17,327	- 20,651
Kennis Wetgeving	,376	/	-,217	3,156 ***	Constant	2,131	/	1,907	-2,620
Kennis Sancties	,520	/	1,052	-2,719 ***	Chi-square Model	21.2	/	20.0	38.3 ***
Kennis Vergoeding	-,342	/	1,056	-1,273	Nagelkerke R Square	0.326	/	0.290	0.463

* significant op <0.10 Rapporteer ik - Kan ik maken -
 ** significant op <0.05 Onvermijdbaar - Onder druk +
 *** significant op <0.01

Tabel 11 Regressie verschil perceptie medisch ongeval (NL)

8.2.3 Analyse verschil in perceptie van de patiënt

Net zoals bij voorgaande analyses zien we voor onder andere de afhankelijke variabele *komt op de eerste plaats* dat de Nagelkerke R Square 1 is wat wil zeggen dat er een perfecte verhouding is tussen de afhankelijke variabelen en de regressiecoëfficiënten in het model. Hier moet echter een kanttekening bij gemaakt worden daar er geen enkele regressiecoëfficiënt statistisch significant is. Dit komt omdat haast alle respondenten de vraag: 'Komt voor u de patiënt op de eerste plaats?' beantwoord hebben met eens of helemaal eens. Er zijn dus eigenlijk geen coëfficiënten of onafhankelijke variabelen die de kans kunnen voorspellen dat voor een respondent de patiënt op de eerste plaats komt.

Toch kunnen er enkele significante verbanden gelegd worden. Voor zij die een medisch ongeval toegeven kan geconcludeerd worden dat de kennis van de sancties ten gevolge van een medische fout hier een invloed op heeft. Daarnaast geven kandidaat-artsen een medisch ongeval vaker eerst toe aan de patiënt dan erkende artsen (referentiecategorie). Ook mensen die hun masterdiploma in Maastricht behaalden geven dit sneller aan de patiënt toe dan zij die ergens anders hun masterdiploma behaalden. Verder heeft ook het hebben van familie met een medische achtergrond en de kennis van de sancties na een medische fout hier een invloed op.

Variabelen	Komt op de eerste plaats B	Licht ik in B	Goede info = minder klachten B	Ik geef een medische fout toe B	MO geef ik eerst toe aan patiënt B	MO geef ik eerst toe aan collega B
Geslacht	-53,412	3,609	35,620	-1,131	-,517	,304
Leeftijd	13,703	,077	-,094	,132	-,033	-,091 **
Soortarts	-198,169	-18,868	3,079	,557	2,951 **	1,487
Bachelor Diploma	140,739	19,807	-79,293	-1,023	-3,089	,668
Master Diploma	-76,193	-5,379	104,426	-4,503	2,552**	-1,053
Specialisatie	16,885	,831	-56,463	1,176	-2,021	1,886
Provincie	24,767	1,107	-12,114	2,007	-1,148	-,033
Familie	-39,856	-2,067	-34,298	1,439	1,402 **	-,468
Kennis wetgeving	-6,750	21,078	-52,563	,809	-,017	,013
Kennis Sancties	5,400	-17,721	1,284	4,328 **	1,717 **	-,985
Kennis vergoeding	2,270	16,381	34,915	16,258	-1,298	1,164
Opleiding wetgeving	-17,359	-3,245	-26,676	-,171	-,428	-,123
Opleiding Sancties	-96,430	34,115	-33,394	-1,741	-,252	,700
Opleiding vergoeding	32,500	19,519	-23,996	1,165	1,111	-,361
Opleiding Transparantie	-32,934	,026	19,347	-,151	-,697	,111
Andere Claims	-3,902	,627	61,655	-1,443	-,145	-,123
Eigen Claims	-79,550	18,430	66,962	19,084	2,068	-2,458**
Tucht ander	47,145	27,342	-31,592	1,362	,472	,130
Tucht eigen	-105,539	-47,761	-29,250	15,404	-20,146	-21,939
Constant	-219,410	-,959	114,437	-,998	,310	2,288
Chi-square Model	26.1	28.6 *	33.2 **	31.0 **	26.0	20.5
Nagelkerke R Square	1.00	0.635	1.00	0.522	0.326	0.256
* significant op <0.10	Komt op de eerste plaats -		Licht ik in -			
** significant op <0.05	Goede info= minder klachten -		Ik geef een medische fout toe -			
*** significant op <0.01	MO geef ik eerst toe aan patiënt -		MO geef ik eerst toe aan collega -			

Tabel 12 Regressie verschil perceptie van de patiënt (NL)

8.2.4 Analyse verschil in perceptie van de wetgeving

De perceptie van de respondenten ten aanzien van de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid werd in Nederland op dezelfde manier getoetst als in België. Er werd onderzocht of men op de hoogte is van de wetgeving, of men deze begrijpt en of men er

tevreden over is. Er konden voor de afhankelijke variabelen *op de hoogte* en *begrijp ik* significante regressiemodellen opgesteld worden. De belangrijkste conclusies die hieruit getrokken kunnen worden is dat vrouwen eerder aangeven op de hoogte te zijn dan mannen want de coëfficiënt voor geslacht is bij deze onafhankelijke variabele -1.273 wat een negatieve invloed heeft op de logit en dus ook op de kans dat een respondent aangeeft op de hoogte te zijn van de wetgeving. Ook geven kandidaat-artsen significant vaker aan op de hoogte te zijn dan de referentiegroep erkende artsen.

Variabelen	Op de hoogte B	Begrijp ik B	Tevreden B	Variabele	Op de hoogte B	Begrijp ik B	Tevreden B
Geslacht	-1,273 **	1,398	,762	Opleiding wetgeving	,357	,202	,395
Leeftijd	-,019	,041	,056	Opleiding sancties	,422	1,153	-,737
Soortarts	2,723 **	3,223	-18,311	Opleiding vergoeding	-,298	,878	-3,373
Bachelor Diploma	-2,028	-3,828	21,895	Opleiding Transparantie	,538	-,294	5,585 **
Master Diploma	,688	6,118 **	2,339	Andere Claims	-,326	1,722 **	,368
Specialisatie	-,562	-6,016 **	-5,969 **	Eigen Claims	,332	,275	1,020
Provincie	,191	,628	2,876	Tucht ander	-,348	-2,194 **	-3,537 **
Familie	,336	-,697	-1,059	Tucht eigen	-21,489	13,916	14,214
Kennis Wetgeving	2,593 ***	2,242 **	-1,950	Constant	-,927	-2,294	,431
Kennis Sancties	-,646	4,289 *	-,210	Chi-square Model	42.2 ***	51.0 ***	26.0
Kennis Vergoeding	1,361	-4,520 *	2,920	Nagelkerke R Square	0.476	0.610	0.514

* significant op <0.10
 ** significant op <0.05
 *** significant op <0.01

Op de hoogte -
 Begrijp ik +
 Tevreden

Tabel 13 Regressie verschil perceptie wetgeving (NL)

8.2.5 Analyse verschil in perceptie van het BIG-register

In Nederland werd uiteraard niets aan de patiënten gevraagd omtrent het Fonds voor de Medische Ongevallen. Zij werden in plaats hiervan bevraagd over hun perceptie ten aanzien van het BIG-register. Artsen werd gevraagd of dit een positieve invloed heeft, of het aantal claims aangaande medische aansprakelijkheid vermindert, of er daardoor meer vergoedingen komen voor patiënten en of het een goede zaak is voor de arts.

Er konden weinig significante onafhankelijke variabelen ontdekt worden die een invloed hebben op de afhankelijke variabelen waarnaar hier getoetst werd. Voor de variabele *verminderd het aantal claims* was de Nagelkerke R Square zelfs 1, dit zou een zeer sterk verband moeten aantonen tussen alle onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabelen, maar omdat er geen enkele onafhankelijke variabele significant is moet hier een serieus vraagteken bij gesteld worden.

Variabelen	Positieve invloed B	Verminderd het aantal claims B	Meer vergoedingen B	Goede zaak voor de arts B
Geslacht	-,682	-93,375	2,358	-1,480 ***
Leeftijd	,014	3,519	1,463	-,016
Soortarts	-,367	-157,608	-26,861	-1,079
Bachelor Diploma	-,348	-57,949	-10,083	,495
Master Diploma	-1,095	67,296	-26,677	-21,764
Specialisatie	1,644	-8,858	10,149	22,684
Provincie	-1,371	-160,692	-2,589	,211
Familie	,377	47,198	6,504	-,775
Kennis wetgeving	-,031	-58,770	-9,130	-,446
Kennis sancties	,042	20,446	13,156	,048
Kennis vergoeding	,307	48,503	-23,205	1,037
Opleiding wetgeving	,839	-34,647	-3,542	,451
Opleiding sancties	-,246	53,826	-4,693	1,066
Opleiding vergoeding	1,080	5,132	31,336	-,809
Opleiding Transparantie	,817	67,039	-19,180	,189
Andere Claims	-,039	63,349	,337	,824
Eigen Claims	,506	-66,366	-14,190	-1,477
Tucht ander	,561	-84,978	11,671	,871
Tucht eigen	-21,726	281,432	11,524	-21,781
Constant	-,598	-164,240	-46,725	,314
Chi-square Model	17.5	33.2 **	27.2 *	30.9**
Nagelkerke R Square	0.224	1.00	0.662	0.368
* significant op <0.10 ** significant op <0.05 *** significant op <0.01				
Positieve invloed - Verminderd aantal claims - Meer vergoedingen - Goede zaak voor de arts -				

Tabel 14 Regressie verschil perceptie BIG-register (NL)

8.2.6 Analyse verschil in perceptie van rechtszaken

De voorlaatste reeks vragen aangaande de perceptie inzake medische aansprakelijkheid handelde ook voor de Nederlandse respondenten over rechtszaken aangaande medische aansprakelijkheid en de extra kosten die deze met zich meebrengen. Alleen voor de kans dat iemand aangeeft te denken dat de kosten van de ziekteverzekering stijgt kon een significant model opgesteld worden, waarbij *leeftijd* de belangrijkste significante variabele is. De kans is groter bij jongere artsen dat zij denken dat rechtszaken aangaande medische aansprakelijkheid de kosten voor de ziekteverzekering doen stijgen.

Variabelen	Kosten gezondheidszorg stijgen B	Kosten BA stijgen B	Kosten ziekteverzekering stijgen B	Variabelen	Kosten gezondheidszorg stijgen B	Kosten BA stijgen B	Kosten ziekteverzekering stijgen B
Geslacht	,573	-,608	-,578	Opleiding wetgeving	-,505	,680	-,145
Leeftijd	-,013	-,026	-,119 **	Opleiding Sancties	1,948 *	-,766	,440
Soortarts	-19,983	,229	-,039	Opleiding vergoeding	,735	1,010	1,239
Bachelor Diploma	20,621	-,019	1,413	Opleiding Transparantie	-,009	-,581	-1,220 *
Master Diploma	19,213	-,432	-,556	Andere claims	,654	,327	1,710 **
Specialisatie	-19,430	,517	,778	Eigen claims	37,086	20,060	1,213
Provincie	,812	,464	,640	Tucht ander	-,710	,242	,283
Familie	,725	-,171	,273	Tucht eigen	19,268	-21,732	-20,473
Kennis wetgeving	1,481	-,241	,147	Constant	,426	1,523	1,709
Kennis Sancties	-2,030 **	,820	,431	Chi-square Model	22.0	15.7	2,78 *
Kennis vergoeding	1,432	-,965	-1,028	Nagelkerke R Square	0.345	0.209	0.349

* significant op <0.10

** significant op <0.05

*** significant op <0.01

Kosten gezondheidszorg stijgen +

Kosten BA stijgen -

Kosten ziekteverzekering stijgen

Tabel 15 Regressie verschil perceptie wetgeving (NL)

8.2.7 Analyse verschil in perceptie van defensieve geneeskunde

Voor de analyse van de perceptie ten aanzien van defensieve geneeskunde werden de respondenten 10 vragen voorgelegd net als in België. Vier vragen behandelden positieve defensieve geneeskunde, zes vragen negatieve defensieve geneeskunde. Voor deze vier eerste vragen konden er drie omgezet worden in een statistisch significante regressievergelijking waarbij de Nagelkerke R Square duidelijk liet zien dat de afhankelijke variabelen relatief sterk

beïnvloed worden door de onafhankelijke variabelen in de vergelijking. Opvallend is dat de kennis over de sancties na een medische fout altijd een invloed blijken te hebben op het stellen van defensieve geneeskundige handelingen.

Variabelen	Doorverwijz. patiënt B	Meer genees B	Diagn. onder B	Invas. onder. B	Variabelen	Doorverwijz. patiënt B	Meer genees B	Diagn. onder B	Invas. onder B
Geslacht	1,406 **	,246	,739	1,008	Opleiding wetgeving	-,787	-1,559 *	-,509	-1,183
Leeftijd	-,073	-,148 *	-,119**	,048	Opleiding Sancties	1,635 **	2,970 **	,733	1,659 *
Soort arts	-,131	1,552	,986	-,100	Opleiding vergoeding	-2,550 **	-,461	-,541	-1,893
Bachelor Diploma	-2,609 **	-1,729	-2,535 **	-2,303 *	Opleiding Transparantie	-,627	-,060	,204	,793
Master Diploma	3,572	2,902	1,516	,378	Andere Claims	-,119	,003	,941	,580
Specialisatie	-3,157	-2,762	-,390	-1,449	Eigen Claims	2,066	-21,351	4,171	1,352
Provincie	-,145	-1,377	-,725	-,715	Tucht ander	1,300	1,834	1,624	,308
Familie	,624	,468	-,586	,606	Tucht eigen	-19,563	-20,470	-20,94	-19,66
Kennis wetgeving	1,385	,946	,357	1,078	Constant	1,730	3,494	4,425	-2,887
Kennis Sancties	-1,849 *	-2,360 **	-2,329 ***	-2,469 **	Chi-square Model	43.1 ***	27.4 *	42.7 ***	22.6
Kennis vergoeding	1,070	1,037	-1,074	2,130 *	Nagelkerke R Square	0.512	0.395	0.482	0.333

* significant op <0.10
 ** significant op <0.05
 *** significant op <0.01

Doorverwijzen patiënten + Voorschrijven meer geneesmiddelen +
 Meer diagnostisch onderzoek + Meer invasieve onderzoek +

Tabel 16 Regressie verschil perceptie positieve defensieve geneeskunde (NL)

Tenslotte kunnen in onderstaande tabel de regressievergelijkingen gevonden worden die opgesteld werden om te bepalen welke factoren een invloed hebben op de afhankelijke variabelen die de perceptie van erkende artsen en assistent-artsen meten ten aanzien van negatieve defensieve geneeskundige handelingen. Hieruit kunnen weinig tot geen conclusies getrokken worden daar ook al uit de beschrijvende statistiek duidelijk bleek dat de respondenten gelijk gezind waren en relatief gelijklopende antwoorden gaven op de laatste reeks vragen aangaande perceptie ten aanzien van defensieve geneeskundige handelingen.

Variabelen	Beperken patiëntcontacten B	Behandel minder patiënten B	Minder risicovolle handelingen B	Werken minder uren B	Vroeger op pensioen B	Overstappen ander specialisme B
Geslacht	-,484	-,832	,166	24,602	-1,371	-,001

Leeftijd	-,034	-,099	,052	,228	-,025	-,165
Soort arts	-,345	19,851	-,158	-6,133	16,306	1,265
Bachelor diploma	,582	-19,518	-,609	-43,676	-18,258	-,651
Master diploma	-,476	1,926	-3,944 *	7,769	13,948	17,839
Specialisatie	,445	-2,671	3,839 *	7,330	-13,933	-16,591
Provincie	-1,455	1,372	,257	13,458	1,084	-23,942
Familie	,622	,854	-,026	25,184	,545	,581
Kennis wetgeving	,349	1,222	1,633 **	10,012	-,961	-1,492
Kennis sancties	-1,985	-1,956	-3,214 ***	-11,723	-,624	-1,291
Kennis vergoeding	3,043 *	-1,133 *	,181	11,444	3,187	-18,001
Opleiding wetgeving	-,105	-2,016 *	-,227	-46,573	-,101	-3,072
Opleiding sancties	,480	2,310	1,962 *	41,356	1,236	4,380
Opleiding vergoeding	,855	-,176	-,470	-6,551	-26,991	-29,047
Opleiding Transparantie	,564	-,296	-,265	-1,042	-,991	-,330
Andere Claims	,100	,681	-,018	59,905	2,396	3,398
Eigen Claims	-21,084	1,170	-1,272	15,663	-16,949	-18,792
Tucht ander	-20,148	-3,029	-,028	-93,514	-21,109	,462
Tucht eigen	2,344	-15,429	-19,440	120,838	4,460	-18,431
Constant	-1,143	1,874	-3,132	-84,589	-1,156	1,331
Chi-square Model	15.7	24.5	19.1	26.7	15.6	15.4
Nagelkerke R Square	0.297	0.400	0.292	0.832	0.404	0.399
* significant op <0.10 ** significant op <0.05 *** significant op <0.01						
Beperken patiënten contacten + Minder risicovolle handelingen + Vroeger op pensioen +						
Behandel minder patiënten - Werken minder uren + Overstappen ander specialisme +						

Tabel 17 Regressie verschil perceptie negatieve defensieve geneeskunde (NL)

8.2.8 Conclusie analyse verschil kandidaat-artsen en erkende artsen in Nederland

Ook in Nederland bleek het verschil in perceptie tussen erkende artsen en kandidaat-artsen inzake medische aansprakelijkheid niet groot te zijn. Enkel op de afhankelijke variabelen die de perceptie van de respondenten mat over of ze op de hoogte zijn van de wetgeving en aan wie ze eerst een medisch ongeval rapporteren was de onafhankelijke variabele *soort arts* significant.

Net zoals in België was de onafhankelijke variabele die het meest invloed had op de afhankelijke variabelen die de perceptie van de respondenten maten, het *geslacht*. Deze variabele had een invloed op de kans dat de respondenten voorzichtiger zijn, dat ze zich onder druk gezet voelen, dat ze op de hoogte zijn van de wetgeving, dat ze denken dat het BIG-register een goede zaak is voor de arts en dat ze patiënten extra doorverwijzen. Ook voor Nederland is het niet duidelijk waarom er precies zo'n perceptieverschillen zijn tussen man en vrouw.

8.3 Analyse België-Nederland

Het doel van een enquête gevoerd bij zowel Belgische als Nederlandse respondenten is natuurlijk om de vergelijking te maken tussen de twee landen en te zien of er significante verschillen zijn. Natuurlijk is het ook interessant naast het verschil tussen respondenten in België en Nederland te onderzoeken welke verschillen er specifiek zijn in perceptie tussen kandidaat-artsen in België en Nederland en tussen erkende artsen in België en Nederland.

Om deze analyses te kunnen uitvoeren werd zoals in voorgaande analyses voor België en Nederland individueel gebruik gemaakt van regressie analyses op basis van een dataset waarbij alle overeenkomstige afhankelijke en onafhankelijke variabelen tussen België en Nederland werden samengevoegd. Voor de analyse om het verschil tussen België en Nederland te kunnen weergeven werd een extra onafhankelijke variabele aangemaakt waarbij respondenten uit België de waarde nul kregen en hun Nederlandse collega's waarde één (referentiecategorie).

Om de vergelijking te kunnen maken tussen Belgische kandidaat-artsen en Nederlandse kandidaat-artsen enerzijds en Belgische erkende artsen en Nederlandse erkende artsen anderzijds moest gebruik gemaakt worden van dummy variabelen. Helaas bleek dergelijke analyse haast nooit tot nooit significant en had het ook een invloed op de significantie van het model in zijn geheel waardoor het model nooit significant was.

Omwille van deze redenen wordt onderstaand simpelweg aangegeven op welke afhankelijke variabelen het land waarin de respondent zijn beroep uitoefent een invloed heeft en in welke mate. Er moet rekening mee gehouden worden dat bij een positieve coëfficiënt een Belgische respondent sneller geneigd zal zijn het eens te zijn met een bepaalde stelling die getoetst wordt door de onafhankelijke variabele. Bij een positieve coëfficiënt zal de Belgische respondent (0) dus vergeleken worden met een Nederlandse respondent (1,

referentiecategorie). Voor negatieve coëfficiënten geldt uiteraard het omgekeerde effect, de negatieve coëfficiënt zal een negatief effect hebben op de logit en dus ook op de kans dat een respondent het eens is met een bepaalde stelling die door een bepaalde afhankelijke variabele wordt getoetst.

De onafhankelijke variabele *land* had een significante invloed op verschillende afhankelijke variabelen. Het werd getoetst voor significantie in een logistische regressie samen met de volgende onafhankelijke variabelen: *geslacht, leeftijd, soort arts, bachelordiploma, masterdiploma, specialisatie, provincie, familie, kennis wetgeving, kennis sancties, kennis vergoeding, opleiding wetgeving, opleiding sancties, opleiding vergoeding, opleiding transparantie, claims voor andere, eigen claims, tucht voor andere, eigen tucht*.

Voor de reeks vragen die de respondenten werden gesteld aangaande het verschil tussen kandidaat-artsen en erkende artsen was *land* een bepalende factor, dit in tegenstelling tot de vragen met als centraal thema het medisch ongeval. Zowel de afhankelijke variabele *rapporteur ik* als de afhankelijke variabele *onder druk*, die toetst of kandidaat-artsen en erkende artsen zich onder druk gezet voelen om een medisch ongeval te veroorzaken, worden beïnvloed door de onafhankelijke variabele *land*.

Daarnaast heeft het land waarin men woont een invloed op de kans dat men een medische fout toegeeft en dat men dit eerst rapporteert aan de patiënt. Ook is er een verschil in perceptie aangaande de wetgeving inzake medische aansprakelijkheid. Het land waarin men woont heeft een significante invloed op de tevredenheid van de respondenten en de mate waarin men inschat op de hoogte te zijn van de wetgeving.

Tenslotte heeft het land waarin men actief is een grote invloed in de mate waarin men defensieve handelingen stelt, dit voor zowel negatieve als positieve defensieve geneeskunde. Voor de negatieve defensieve handelingen heeft de onafhankelijke variabele *land* een invloed op de mate waarin men aanduidde in de enquête minder uren te werken uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims en de mate waarin men aanduidde vroeger op pensioen te gaan uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims. Voor de afhankelijke variabelen die toetsten naar de perceptie ten aanzien van positieve defensieve geneeskunde was de onafhankelijke variabele *land* steeds significant, wat wil zeggen dat er een verschil is in de mate waarin Belgische en Nederlandse kandidaat-artsen en erkende artsen percipiëren positieve defensieve handelingen te stellen.

Centraal thema	Afhankelijke variabelen	Land (B)
Verschil kandidaat-arts / erkend arts	Voorzichtiger -	0.515
	Bezorgder -	1.22
	Bewuster -	0.327
Medisch ongeval	Rapporteer ik -	2.227***
	Kan ik maken -	30.277
	Onvermijdbaar -	0.358
	Onder druk -	0.890*
De patiënt	Op de eerste plaats -	0.810
	Licht ik in -	1.228
	Goede informatie = minder klachten +	0.964
	Geef medisch ongeval toe -	1.489**
	Medisch ongeval rapporteer ik eerst aan de patiënt +	1109**
	Medisch ongeval rapporteer ik eerst aan een collega +	0.385
De wetgeving	Op de hoogte +	2.036***
	Begrijp ik +	0.710
	Tevreden +	1.164 *
Rechtszaken aangaande medische aansprakelijkheid zorgen voor ..	Kosten gezondheidszorg stijgen +	0.373
	Kosten BA stijgen +	-0.953**
	Kosten verzekering stijgen +	0.614
Negatieve defensieve geneeskunde	Beperken patiënten contacten +	0.315
	Behandel minder patiënten +	-0.491
	Minder risicovolle handelingen +	-0.202
	Werk minder uren +	-2.117 *
	Vroeger op pensioen +	-1.297 *
	Overstap ander specialisme +	-1.037
Positieve defensieve geneeskunde	Doorverwijzen patiënten -	-2.138 ***
	Voorschrijven meer geneesmiddelen -	-2.011 **
	Meer diagnostisch onderzoek -	-2.385 ***
	Meer invasief onderzoek -	-2.708***

Tabel 18 Verschil België-Nederland

9. Discussie

Door middel van een enquête aan 84 Belgische en 96 Nederlandse respondenten werd onderzocht welke gevolgen de overgang van kandidaat-arts naar erkend arts heeft op een persoon en hoe diens handelingen hierdoor beïnvloed worden. Aanvankelijk kon gedacht worden dat dit mogelijk economische gevolgen zou hebben voor de instelling waarin de kandidaat-arts of erkend arts tewerk gesteld is.

Het opstellen van de enquête ging relatief vlot maar de verspreiding ervan kostte veel moeite en heel erg veel tijd. Opvallend was dat de incentive om mee te werken in Nederland veel groter was dan in België. In Nederland werd gestreefd naar een samenwerking met het UZ Maastricht daar de voorkeur uitging naar een samenwerking met academische ziekenhuizen. In België werden alle academische ziekenhuizen aangeschreven maar geen enkel ziekenhuis vond zich bereid mee te werken aan dit onderzoek. Verder werden nog enkele andere ziekenhuizen aangeschreven waaronder het Jessa ziekenhuis in Hasselt en de Orde der Geneesheren Limburg, waar dat er zelfs een consultatie geweest is voor het verspreiden van de enquête, helaas telkens zonder resultaat. Uiteindelijk gaf het Ziekenhuis Oost-Limburg toestemming om de enquête via hun e-mailsysteem te verspreiden.

In eerste instantie was het de bedoeling specifiek erkende artsen te ondervragen die minder dan drie jaar erkend arts waren omdat in België de wetgeving recent gewijzigd is met de invoering van het tweesporensysteem en omdat deze mensen dichterbij de kandidaat-artsen staan omdat hun eigen studie pas recent afgelopen is. Dit bleek helaas niet mogelijk in de Belgische en Nederlandse ziekenhuizen en kan als een eventueel nadeel van dit onderzoek beschouwd worden.

Door middel van regressievergelijkingen kon niet altijd een significant model opgesteld worden. Dit komt omdat de eensgezindheid bij de respondenten zeer groot was en omdat het moeilijk was een opdeling te maken tussen personen die overwegend eens antwoordden op een vraag en zij die het overwegend oneens waren met een stelling.

Dat perceptie aangaande medische aansprakelijkheid tussen erkende artsen en kandidaat-artsen niet fundamenteel verschilt, kan gesteld worden na dit onderzoek in België en Nederland. Dit komt waarschijnlijk, zoals aangegeven werd door Dr. Griet Vander Velpen, medisch directeur van het Ziekenhuis Oost-Limburg, omdat kandidaat-artsen en erkende artsen niet bezig zijn met de thematiek van medische aansprakelijkheid en hun kennis beperkt is daar er in ziekenhuizen haast altijd ook juristen werken. Slechts enkele significante

verschillen konden genoteerd worden tussen de kandidaat-artsen en de erkende artsen. Wel zijn er andere variabelen die een invloed hebben op de perceptie van een kandidaat-arts of erkende arts. De belangrijkste hiervan is het geslacht. Dergelijke bevindingen werd niet eerder gevonden in andere studies daar er weinig tot geen voorgaande studies waren die eenzelfde doel hadden als dit onderzoek. De opvallendste conclusie kan getrokken worden uit de antwoorden gegeven door de respondenten op de reflectievragen die de afsluiter vormden van de enquête, zowel in België als in Nederland.

Respondenten in beide landen stellen frequent spontaan voor om meer scholing te organiseren over het topic medische aansprakelijkheid omdat velen er zich van bewust zijn dat hun kennis aangaande medische aansprakelijkheid eigenlijk te wensen overlaat, ook al blijkt dat niet direct uit de statistische gegevens die eerder besproken werden. In de reflectie kan duidelijk de angst voor medische aansprakelijkheidsclaims bij verschillende artsen gevoeld worden. Een uitspraak van een Nederlandse respondent beschrijft dit gevoel uitstekend.

De werksfeer op de huisartsenposten moet aangepakt worden, daar heerst een fobie voor klachten en meldingen. Echter juist daar is het risico op missers groter door de onbekende patiënten die af en aan komen, de toename van second opinions, de afname van echte spoedconsulten (waardoor knowhow verloren gaat) en workload aan telefonische consulten. Patiënten moeten inzien dat artsen vanuit de eed van Hippocrates handelen, maar dat elk werk helaas gepaard gaat met ook zo nu en dan een fout.

Hierbij moet opgemerkt worden dat men specifiek spreekt over huisartsenposten. Ook in België leeft dit gevoel meer in huisartsenposten dan in bijvoorbeeld ziekenhuizen. Dit blijkt ook uit onderstaande uitspraak.

Wetgeving rond medische aansprakelijkheid is eigenlijk al heel goed geregeld. In een ziekenhuis heb je als arts het gevoel dat men je belangen zal behartigen. Daarnaast is er veel aandacht voor klachten van patiënten en hun belangen. In Nederland heeft de patiënt daardoor meer kans voor het toepassen van zijn/haar rechten.

In ziekenhuizen leeft de vrees voor claims aangaande medische aansprakelijkheid minder omdat men in elk groot ziekenhuis juristen in dienst heeft die gespecialiseerd zijn in deze materie. Artsen vertrouwen hierop en vinden hun eigen gebrek aan kennis daardoor minder erg omdat er iemand binnen de organisatie zich met deze materie bezighoudt. Deze juristen waren dan ook vaak het aanspreekpunt van de ziekenhuizen die gevraagd werden mee te werken met de enquête over medische aansprakelijkheid.

Een laatste punt dat zeker het vermelden waard is, is het standpunt dat artsen zelf soms machteloos staan tegen onterechte claims of patiënten die te hoge of onrealistische verwachtingen hebben van hen. Van de 80 respondenten die hun reflectie op de wetgeving gaven, waren er vijf die dit spontaan vermeldden. Voor een eventueel vervolgonderzoek kan het dan ook interessant zijn na te gaan hoe artsen staan ten opzichte van de patiënt zelf.

10. Conclusie

Zowel in België als in Nederland zijn er verschillende manieren om een arts aansprakelijk te stellen of tuchtrechtelijk te vervolgen na het begaan van een medische fout. In beide landen kunnen erkende artsen rechtstreeks in juridische zin aansprakelijk gesteld worden. Beide landen voorzien ook tuchtrecht.

Ook kandidaat-artsen kunnen rechtstreeks aansprakelijk gesteld worden maar vallen over het algemeen onder de aansprakelijkheid van hun aanstellende arts die een erkend arts is. Slechts in uitzonderlijke gevallen, bij het maken van zeer zware fouten, zullen ze hier zelf voor moeten instaan.

Deze verschillen in aansprakelijkheid leiden tot kleine verschillen in de handelingen die gesteld worden door erkende artsen en kandidaat-artsen. In België kon onder andere aangetoond worden dat er een verschil is in het aantal extra diagnostische onderzoeken dat aanbevolen werd uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims tussen erkende artsen en kandidaat-artsen. In Nederland konden minder verschillen aangeduid worden tussen kandidaat-artsen en erkende artsen. Het belangrijkste verschil was de mate waarin men op de hoogte denkt te zijn van de wetgeving. Voor beide landen was het opvallend dat de het geslacht zeker en vast een rol speelt in de perceptie inzake medische aansprakelijkheid. Hier zou verder onderzoek naar gevoerd kunnen worden. Tussen België en Nederland konden wel verschillen opgetekend worden, onder andere in de mate waarin men zich onder druk gezet voelt om geen medisch ongeval te veroorzaken en de mate waarin men denkt op de hoogte te zijn van de wetgeving. Het grootste verschil dat echter opgetekend kon worden tussen beide landen is de kans dat men positieve defensieve handelingen uitvoert.

De beschrijvende statistische analyse bracht aan het licht dat de Nederlandse respondenten persoonlijk, maar ook hun collega's, veel minder in aanraking komen met aansprakelijkheidsclaims of tuchtstraffen. Dit kan mogelijk te verklaren zijn doordat in Nederland de verhouding tussen patiënten en artsen anders ligt dan in België. Verder bleek wat erkende artsen en kandidaat-artsen vinden van het aansprakelijkheidssysteem. Zowel voor kandidaat-artsen als erkende artsen in beide landen is men noch tevreden, noch ontevreden over de wetgeving. Dit komt waarschijnlijk omdat de mate waarin men de wetgeving begrijpt en de mate waarin men op de hoogte is van de wetgeving, te wensen over laat.

Algemeen kan geconcludeerd dat de 180 ondervraagden een eerder negatieve perceptie hebben ten aanzien van medische aansprakelijkheid. Verder kan worden

aangenomen dat er slechts op bepaalde vlakken een perceptieverschil is tussen kandidaat-artsen en erkende artsen. Dit heeft niet al te grote gevolgen voor de handelingen die gesteld worden door de kandidaat-artsen en de erkende artsen. Dit perceptieverschil heeft dus eveneens geen invloed op de patiënten of op de economische situatie van het ziekenhuis. Wel is er een duidelijk verschil tussen kandidaat-artsen en erkende artsen die werkzaam zijn in België en in Nederland. Er is een significant verschil in de kans waarin zij defensieve geneeskundige handelingen kunnen stellen.

11. Bijlage

11.1 Vragenlijst enquêtes

Enquête België & Nederland

Deze enquête wordt gehouden in functie van de masterproef "Wijzigingen in percepties inzake medische beroepsaansprakelijkheid gedurende de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts".

Het doel van deze enquête is nagaan of er een verandering is in perceptie aangaande medische aansprakelijkheid bij de overgang van kandidaat-arts naar erkend arts en of dit een invloed heeft op de handelingen die de arts stelt. Deze enquête wordt gehouden in België en Nederland. De resultaten van deze enquête zullen een eerste aanzet zijn om de invloed van aansprakelijkheidsclaims op kandidaat-artsen en artsen beter te begrijpen. Om een zo goed mogelijk beeld hiervan te krijgen is het belangrijk dat ook u deze enquête invult.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 tot 10 minuten. Ik dank u vooraf voor uw medewerking en garandeer uw absolute confidentialiteit.

Lino Awouters, masterstudent Universiteit Hasselt

Deel 1: Persoonlijk

In dit deel wordt u gevraagd naar uw persoonlijke achtergrond. Bij deze garandeer ik nogmaals uw absolute confidentialiteit.

Vraag 1:

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

Vraag 2:

Wat is uw leeftijd?

Vraag 3:

Bent u ... ?

- Kandidaat-arts (AIOS en ANIOS kandidaat-artsen)
- Erkend arts
- Andere...

Vraag 4: (België)

Aan welke universiteit heeft u uw bachelordiploma geneeskunde behaald?

- KULAK
- KULeuven
- UAntwerpen
- UHasselt
- UGent
- VUB
- UCL
- ULB
- ULG
- UMons
- Universit  de Namur
- Andere ...

.....

Vraag 4: (Nederland)

Aan welke universiteit heeft u uw bachelordiploma geneeskunde behaald?

- Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)
- Universiteit Leiden (LEI)
- Universiteit Maastricht (UM)
- Radboud Universiteit Nijmegen (Radboud)
- Tilburg University
- Universiteit van Amsterdam (UvA)
- Rijksuniversiteit Groningen (RUG)
- Universiteit Utrecht (UU)
- Vrije Universiteit Amsterdam (VU)
- Andere ...

.....

Vraag 5: (België)

Aan welke universiteit heeft u uw masterdiploma geneeskunde behaald?

- UAntwerpen
- KULeuven
- UGent
- VUB
- UCL
- ULB
- ULG
- UMons
- Universit  de Namur
- Andere ...

.....

Vraag 5: (Nederland)

Aan welke universiteit heeft u uw masterdiploma geneeskunde behaald?

- Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)
- Universiteit Leiden (LEI)
- Universiteit Maastricht (UM)
- Radboud Universiteit Nijmegen (Radboud)
- Tilburg University

- Universiteit van Amsterdam (UvA)
- Rijksuniversiteit Groningen (RUG)
- Universiteit Utrecht (UU)
- Vrije Universiteit Amsterdam (VU)
- Andere ...

Vraag 6: (België)

Welke specialisatie heeft u gevolgd/volgt u?

<input type="radio"/> Acute geneeskunde	<input type="radio"/> Algemene Geneeskunde	<input type="radio"/> Anesthesie-Reanimatie
<input type="radio"/> Arbeidsgeneeskunde	<input type="radio"/> Cardiologie	<input type="radio"/> Dermato-venereologie
<input type="radio"/> Fysische geneeskunde	<input type="radio"/> Gastro-enterologie	<input type="radio"/> Geriatrie
<input type="radio"/> Gerechtelijke geneeskunde	<input type="radio"/> Gynaecologie en verloskunde	<input type="radio"/> Heelkunde
<input type="radio"/> Inwendige geneeskunde		<input type="radio"/> Huisartsgeneeskunde
<input type="radio"/> Kindergeneeskunde	<input type="radio"/> Klinische biologie	<input type="radio"/> Neurochirurgie
<input type="radio"/> Neurochirurgie en neuropsychiatrie		<input type="radio"/> Neurologie
<input type="radio"/> Neuropsychiatrie	<input type="radio"/> Nucleaire geneeskunde	<input type="radio"/> Oftalmologie
<input type="radio"/> Orthopedische heelkunde	<input type="radio"/> Otorinolaryngologie	<input type="radio"/> Pathologische anatomie
<input type="radio"/> Plastische heelkunde		
<input type="radio"/> Pneumologie	<input type="radio"/> Psychiatrie	<input type="radio"/> Radiotherapie
<input type="radio"/> Reumatologie	<input type="radio"/> Röntgendiagnose	
<input type="radio"/> Stomatologie	<input type="radio"/> Urgentiegeneeskunde	<input type="radio"/> Urologie
<input type="radio"/> Verzekeringsgeneeskunde	<input type="radio"/> Andere ...	

Vraag 6: (Nederland)

Welke specialisatie heeft u gevolgd/volgt u?

<input type="radio"/> Anesthesiologie	<input type="radio"/> Arts voor Verstandelijk Gehandicapten	<input type="radio"/> Cardiologie
<input type="radio"/> Cardio-thoracale chirurgie	<input type="radio"/> Dermatologie en venerologie	<input type="radio"/> Heelkunde (Chirurgie)
<input type="radio"/> Interne geneeskunde	<input type="radio"/> Huisarts	<input type="radio"/> Keel- neus- oorheelkunde
<input type="radio"/> Kindergeneeskunde	<input type="radio"/> Klinische biologie	<input type="radio"/> Klinische genetica
<input type="radio"/> Klinische geriatrie	<input type="radio"/> Longziekten en tuberculose	<input type="radio"/> Maag- darm- leverziekten
<input type="radio"/> Medische microbiologie	<input type="radio"/> Neurochirurgie	<input type="radio"/> Neurologie
<input type="radio"/> Nucleaire geneeskunde	<input type="radio"/> Obstetrie en gynaecologie	<input type="radio"/> Oogheelkunde
<input type="radio"/> Orthopedie	<input type="radio"/> Pathologie	<input type="radio"/> Plastische chirurgie
<input type="radio"/> Psychiatrie	<input type="radio"/> Radiologie	<input type="radio"/> Radiotherapie
<input type="radio"/> Reumatologie	<input type="radio"/> Revalidatiegeneeskunde	<input type="radio"/> Specialist ouderengeneeskunde
<input type="radio"/> Spoedeisende geneeskunde	<input type="radio"/> Stralingsarts	<input type="radio"/> Urologie
<input type="radio"/> Andere ...		

Vraag 7:

In welke soort organisatievorm oefent u (voornamelijk) uw beroep uit?

- Solopraktijk
- Groepspraktijk
- Medisch centrum

Ziekenhuis

Andere ...

.....

Vraag 8: (België)

In welke provincie oefent u uw beroep (hoofdzakelijk) uit ?

Antwerpen

Limburg

Oost-Vlaanderen

Vlaams Brabant

West-Vlaanderen

Andere ...

.....

Vraag 8: (Nederland)

In welke provincie oefent u uw beroep (hoofdzakelijk) uit ?

Drenthe

Flevoland

Friesland

Gelderland

Groningen

Limburg

Noord-Brabant

Noord-Holland

Overijssel

Utrecht

Zeeland

Zuid-Holland

Andere

.....

Vraag 9:

Heeft u artsen of verpleegkundigen in uw familie of directe omgeving?

Ja

Nee

Deel 2: Kennis

In dit deel wordt u bevraagd over uw kennis aangaande medische aansprakelijkheid.

Vraag 10: Kennis

Geef aan hoe u uw kennis rond onderstaande onderwerpen inschat.

	Slecht	Matig	Voldoende	Goed	Uitstekend
De wetgeving rond medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sancties en gevolgen voor de arts na een medische fout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vergoeding van een patiënt na een medische fout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 11: Opleiding

Geef aan in welke mate er aandacht besteed wordt/werd aan volgende onderwerpen tijdens uw

opleiding.

	Ruim on- voldoende	On- voldoende	Noch voldoende/Noch On-voldoende	Voldoende	Ruim voldoende
De wetgeving rond medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sancties en gevolgen voor de arts na een medische fout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vergoeding van een patiënt na een medische fout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transparantie naar patiënt en collega's na een medische fout.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Deel 3: Ervaring met medische aansprakelijkheid

Dit deel bevroegt u over de frequentie en de manier waarop u reeds in aanraking kwam met medische aansprakelijkheidsclaims en/of tuchtstraffen.

Vraag 12:

Hoeveel medestudenten/collega-artsen, waren reeds betrokken bij een claim aangaande medische aansprakelijkheid?

- Geen
- Eén
- Twee
- Drie
- Vier
- Vijf
- Zes tot tien
- Elf tot vijftien
- Zestien tot twintig
- Twintig of meer

Vraag 13:

Hoeveel keer was u betrokken bij een claim aangaande medische aansprakelijkheid voordat uw erkend werd als arts?

- Geen
- Eén
- Twee
- Drie
- Vier
- Vijf
- Zes tot tien
- Elf tot vijftien
- Zestien tot twintig
- Twintig of meer

Vraag 14: (Enkel als men al arts is)

Hoeveel keer was u betrokken bij een claim aangaande medische aansprakelijkheid nadat u erkend werd als arts?

- Geen
- Eén
- Twee
- Drie
- Vier
- Vijf
- Zes tot tien
- Elf tot vijftien
- Zestien tot twintig
- Twintig of meer

Vraag 15: (België)

Werd er reeds aan een collega-arts of aan uw aanstellende arts een tuchtrechtelijke straf opgelegd door de Orde der geneesheren? Indien ja, welke en hoe vaak?

	Eén keer	Twee keer	Drie Keer	Vier	Vijf keer of meer
<input type="radio"/> Geen straf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Waarschuwing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Censuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Berisping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schorsing tot uitoefenen geneeskunde (< 2jaar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schraping van de lijst der Orde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 15: (Nederland)

Kent u artsen of kandidaat-artsen die reeds een tuchtstraf opgelegd kregen in het BIG-register? Indien ja, welke en hoe vaak?

	Eén keer	Twee keer	Drie Keer	Vier Keer	Vijf keer of meer
<input type="radio"/> Waarschuwing: geen verwijtende en veroordelende strekking.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Berisping: wel een verwijtende en veroordelende strekking.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Geldboete.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> (Voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving: voor ten hoogste 1 jaar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Doorhaling van inschrijving in het register: in beginsel voor het hele leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 16: (Enkel als men al arts is) (België)

Werd u reeds door de Orde der Geneesheren een tuchtrechtelijke straf opgelegd? Indien ja, welke en hoe vaak?

	Eén keer	Twee keer	Drie Keer	Vier	Vijf keer of meer
<input type="radio"/> Geen straf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Waarschuwing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Censuur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Berisping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schorsing tot uitoefenen geneeskunde (< 2jaar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Schraping van de lijst der Orde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 16: (Nederland)

Werd u reeds een tuchtstraf opgelegd in het BIG-register? Indien ja, welke en hoe vaak?

	Eén keer	Twee keer	Drie Keer	Vier	Vijf keer of meer
<input type="radio"/> Waarschuwing: geen verwijtende en veroordelende strekking.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Berisping: wel een verwijtende en veroordelende strekking.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Geldboete.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> (Voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving: voor ten hoogste 1 jaar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Doorhaling van inschrijving in het register: in beginsel voor het hele leven.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Deel 4: Perceptie

In dit deel wordt getoetst naar uw mening betreffende verschillende onderwerpen en de manier waarop u in verschillende situaties handelt.

Vraag 17:

Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

Verschil arts/kandidaat-arts:	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Als erkend arts ben/zal ik voorzichtiger (zijn) dan als	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

kandidaat-arts.					
Als erkend arts ben/zal ik bezorgder (zijn) om medisch aansprakelijk gesteld te worden dan als kandidaat-arts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben/zal als erkend arts bewuster (zijn) van het risico om medisch aansprakelijk gesteld te worden dan als kandidaat-arts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 18:

Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

Medische fout:	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Een medische fout rapporteer ik altijd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ook ik kan een medische fout maken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medische fouten zijn soms onvermijdbaar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me als arts onder druk gezet in mijn dagelijkse handelingen uit vrees voor een aansprakelijkheidsclaim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 19:

Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

Patiënt:	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Voor mij komt de patiënt op de eerste plaats.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik licht de patiënt op voorhand in over de gevaren van de behandeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Goede informatie en een goed contact met de patiënt verminderen de kans op een aansprakelijkheidsclaim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik geeft een medische fout toe aan de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een medische fout rapporteer ik eerst aan de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Een medische fout rapporteer ik eerst aan een collega of meerdere.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 20:

Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

Wetgeving:	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Ik probeer op de hoogte te blijven van de wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik begrijp de wetgeving betreffende medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben tevreden over de huidige wetgeving aangaande medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 21: (België)

Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

Oprichting fonds:	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Door de oprichting van het Fonds voor de Medische Ongevallen loopt een arts minder risico op een medische aansprakelijkheidsclaim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De oprichting van het Fonds voor Medische Ongevallen heeft de druk aangaande medische aansprakelijkheidsclaims verlaagd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als arts heb ik minder schrik voor een procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen dan voor een gerechtelijke procedure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De oprichting van het Fonds voor de Medische Ongevallen vind ik een goede zaak voor de patiënt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dankzij de oprichting van het Fonds voor de Medische Ongevallen worden er meer patiënten vergoed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dankzij de oprichting van het Fonds voor de Medische Ongevallen zijn er te veel mogelijkheden voor patiënten om een arts aansprakelijk te stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 21: (Nederland)

Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

BIG-Register:	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Het BIG-Register heeft een positieve invloed van de kwaliteit van de gezondheidszorg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dankzij het BIG-Register zijn de claims aangaande medische aansprakelijkheid verminderd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dankzij het BIG-Register worden er meer patiënten vergoed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het BIG-Register is een meerwaarde voor de arts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 22: Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

Rechtszaken rond medische aansprakelijkheid	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Doen de kosten van de gezondheidszorg stijgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doen de kosten van beroepsaansprakelijkheid verzekeringen stijgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doen de kosten van de ziekteverzekering stijgen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 23:

Duid aan of u het met de volgende stellingen eens of oneens bent.

Gedrag: Defensieve geneeskunde	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens/ Noch oneens	Eens	Helemaal eens
Ik beperk het aantal patiëntencontacten uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik behandel minder patiënten met een hoog risicoprofiel uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik stel minder risicovolle medische handelingen uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik werk minder uren uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik wil vroeger op pensioen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

gaan uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims					
Ik ben overgestapt naar een minder risicovol specialisme uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik verwijs meer patiënten door om een diagnose te bevestigen uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik schrijf meer geneesmiddelen voor uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik stel meer diagnostische onderzoeken voor om een diagnose te bevestigen uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik stel meer invasieve onderzoeken voor om een diagnose te bevestigen uit vrees voor aansprakelijkheidsclaims.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Deel 5: Reflectie

In dit deel kan u uw opmerkingen kwijt aangaande medische aansprakelijkheid en deze enquête.

Vraag 24:

Wat zou er volgens u verbeterd kunnen worden aangaande medische aansprakelijkheid in Nederland?

.....
.....
.....
.....

Vraag 25:

Heeft u nog opmerkingen over deze enquête?

.....
.....
.....
.....

Bedankt voor het invullen van deze enquête. Voor verdere opmerkingen of informatie kan u contact opnemen via volgend e-mail adres: lino.awouters@student.uhasselt.be.

12. Literatuurlijst

- 6. *Verbintenissenrecht*. (z.d.). Opgevraagd op 3 januari, 2015, via <http://www.mensenrecht.be/sites/default/files/chapters/6-Verbintenissenrecht.pdf>.
- Aerssens, E. (2011). *Medische aansprakelijkheid en verzekeringen*. Opgevraagd op 14 oktober, 2014, via <http://buck.ugent.be/fulltxt/>.
- AMA: 4 in 10 docs have been sued for medical liability. (2010). Opgevraagd op 5 januari 2015, via http://www.ahanews.com/ahanews/jsp/display.jsp?dcrpath=AHANEWS/AHANewsArticle/data/AHA_News_080910_MedicalLiability&domain=AHANEWS.
- *Arts-en-co-assistenten*. (z.d.). Opgevraagd op 4 januari, 2015 via <https://www.cwz.nl/specialismen/chirurgie-heelkunde/wie-zijn-wij/arts-en-co-assistenten.html>.
- *Arts en dan?*. (z.d.). Opgevraagd op 4 januari, 2015 via <http://www.ikwildokterworden.nl/arts-en-dan>.
- Carpenter, C.E. (2006). The Malpractice Crisis impact on Quality, Cost, and Access. *Journal of financial service professionals*, 60, 26.
- Carrier, E.R., Reschovsky, J.D., Mello, M.M., Mayrell, R.C. & Katz, D. (2010). Physicians Fears of Malpractice Lawsuits are not assuaged by tort reforms. *Health Affairs*, 29, 1585-1582.
- Chandra, A., Durand, R., Dickens, K. (2009). Healthcare consumers' beliefs about medical malpractice lawsuits. *Hosp top*, 8, 25-32.
- Danni, R.. (z.d.). *Importance of Professional Liability and Malpractice Insurance!*. Opgevraagd op 7 januari 2015, via http://www.streetdirectory.com/travel_guide/8437/self_improvement_and_motivation/importance_of_professional_liability_and_malpractice_insurance.html.
- Decock, G., D'Hanis. H., Janssens, V., Nys, H., Peeters, E., Vancorenland, K., Vande Moortel. (2009). *Recht voor verpleegkundige en voedvrouwen*. Mechelen: Kluwer.
- Dewallens, F. (2010). *De Wet Medische Ongevallen*. Opgevraagd op 14 oktober, 2014, via <http://www.legalworld.be/legalworld/wet-medische-ongevallen.html>.

- De Bruijne, M.C., Zegers, M., Hoonhout, L.H.F, Wagner, C. (2004). *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen*. Opgevraagd op 5 januari, 2015 via <http://www.sin-nl.org/pdfs/nivel.pdf>.
- De Neve, E. (2009). *Grondregels aansprakelijkheidsrecht*. Opgevraagd op 3 januari, 2015, via <http://elfri.be/grondregels-aansprakelijkheidsrecht>.
- *De wet No Fault eindelijk een feit*. (z.d.). Opgevraagd op 9 januari, via <http://www.amma.be/nl/e-news/hist/newsletter201006.htm>.
- *Disciplinaire bevoegdheid*. (z.d.). Opgevraagd op 12 januari, 2015 via <https://ordomedic.be/nl/orde/disciplinaire-bevoegdheid/>.
- *Fout aansprakelijkheid*. (2009). Opgevraagd op 9 januari 2015, via <http://www.elfri.be/foutaansprakelijkheid>.
- *Geneeskunde studeren*. (z.d.). Opgevraagd op 12 januari, 2015 via http://www.geneeskundestuderen.info/faq_geneeskunde_studeren.php.
- Jena, A.B., Seabury, S., Lakdwalla, D., & Chandra, A. (2011). *The New England Journal of Medicine*, 365, 629-636.
- Kelly, E.T. & Miller, E.A. (2009). Perceptions of medical malpractice and medical malpractice reform among first- and fourth-year medical students. *Health Policy*, 91, 71-78.
- Kessler, D.P. & McClellan, M.B. (1997). The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians perceptions of medical care. *Law & Contemporary Problems*, 60, 81-106.
- *Koninklijk besluit nr. 79 betreffende de Orde der geneesheren*. (2014). Opgevraagd op 21 januari 2015, via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1967111031&table_name=wet.
- *Kosten van de vergrijzing: nu de tekorten terugdringen en de pensioenen hervormen om morgen een houdbare situatie na te laten voor onze kinderen*, (2006). Opgevraagd op 26 januari, 2015, via http://europa.eu/rapid/press-release_IP-06-1356_nl.htm.
- Kuks, J., (2009). *Medische misdrijven*. Opgevraagd op 12 januari, 2012 via <http://www.drkuks.com/medische-misdrijven/>.

- K.L.D. (2014). *1 op 7 artsen vreest schadeclaim*. Opgevraagd op 23 oktober, 2014, via http://www.standaard.be/cnt/dmf20141022_01335092.
- Lawthers, A.G., Russzll Localio, A., Laird, N.M, Lipsitz, S., Hebert, L., Brennan, T.A. (1992). Physicians' Perceptions of the Risk of Being Sued. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17, 463-482.
- Manner, P.A. (2007). *Practicing defensive medicine: Not good for patients or physicians*. Opgevraagd op 14 oktober, 2014, via <http://www.aaos.org/news/bulletin/janfeb7/clinical2.asp>.
- *Medische fouten en aansprakelijkheid*. (z.d.). Opgevraagd op 2 januari, 2015, via <http://www.aansprakelijkheid.nl/nl/beroepsaansprakelijkheid/medische-aansprakelijkheid/>.
- *Ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeeesters en stagediensten*. (2014). Opgevraagd op 23 januari 2015, via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2014042302.
- Mooibroek, M. Uhlenbroek, H., (2013). *De invloed van tuchtrecht op aansprakelijkheid*. *Medisch contact*, 21, 1119-1121.
- Price, K. (2010). The art of medicine: Towards a history of medical negligence. *The Lancet*, 375, 192-193.
- *Registratie in BIG-register van beroepen*. (2012). Opgevraagd op 6 januari, 2015, via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/personeel-in-de-zorg/registratie-in-big-register-van-beroepen>.
- *Studie opbouw*. (2014). Opgevraagd op 5 januari, 2015 via <http://www.ikwildokterworden.nl/studie-opbouw>.
- Timmermans, A., Lafaut, L. (z.d.). *De Wet Medische Ongevallen en uw polis beroepsaansprakelijkheid*. Opgevraagd op 10 januari, 2015 via <http://www.monard-dhulst.be/-/de-wet-medische-ongevallen-en-uw-polis-beroepsaansprakelijkheid>.
- Thomas, C. (2010). *Why doctors get sued*. Opgevraagd op 14 oktober, 2014, via <http://ethicalnag.org/2010/10/15/why-doctors-get-sued/>.

- Vansweevelt, T., (1997). *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*. Antwerpen; Maklu-uitgevers.
- Van Tuyl, A., (2008). *Omdat artsen mensen zijn*. Opgevraagd op 5 januari, 2015, via <http://artsinspe.artsennet.nl/tijdschriftartikel/Omdat-artsen-mensen-zijn.htm>.
- Vansweevelt, T. (1997). *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*. Opgevraagd op 26 januari 2015, via http://books.google.be/books/about/De_civielrechtelijke_aansprakelijkheid_v.html?id=hSb18zU34qAC.
- *Verbintenissenrecht*. (z.d.). Opgevraagd op 3 januari, 2015, via http://wetten.overheid.nl/BWBR0005289/Boek6/geldigheidsdatum_03-01-2015.
- *Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*. (2013). Opgevraagd op 21 januari 2015, via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2010033102&table_name=wet.
- *Wettelijk kader van je beroep*. (2013). Opgevraagd op 14 oktober, 2014, via <https://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/infobox/specialist/pdf/part1.pdf>.
- *Wetten* (z.d.). Opgevraagd op 6 januari 2015 via http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/wetten/wet_big/.
- *Wie zijn we?*. (z.d.). Opgevraagd op 9 januari 2015, via <https://ordomedic.be/nl/orde/wie-zijn-we/>.
- Weycker, D.A., & Jensen, G.A. (1999). Medical malpractice among physicians: Who will be sued and who will pay?. *Health Care Management Science*, 3, 269-277.

Auteursrechtelijke overeenkomst

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

Wijzigingen in percepties inzake medische beroepsaansprakelijkheid gedurende de evolutie van kandidaat-arts tot erkend arts

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

Jaar: **2015**

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,

Awouters, Lino

Datum: **1/06/2015**