



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

***De perceptie van Vlaamse geneeskundestudenten over het medisch
aansprakelijkheidssysteem en defensieve geneeskunde***

Olivier Ilsen

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

PROMOTOR :

Prof. dr. dr. Samantha BIELEN

BEGELEIDER :

Mevrouw Lotte DANIELS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be
Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2019
2020



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

***De perceptie van Vlaamse geneeskundestudenten over het medisch
aansprakelijkheidssysteem en defensieve geneeskunde***

Olivier Ilsen

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

PROMOTOR :

Prof. dr. dr. Samantha BIELEN

BEGELEIDER :

Mevrouw Lotte DANIELS

COVID-19 DISCLAIMER

Deze masterproef werd geschreven tijdens de COVID-19 crisis in 2020. Deze wereldwijde gezondheids crisis heeft een impact gehad op het schrijf- en verwerkingsproces, de onderzoekshandelingen en de onderzoeksresultaten die aan de basis liggen van dit werkstuk.

Er was impact op:

- De onderzoeksvragen; De oorspronkelijke centrale onderzoeksvraag alsook de deelvragen met betrekking tot het empirisch onderzoek werden gewijzigd. De deelvragen met betrekking tot de literatuurstudie kende slechts een lichte wijziging.
- De literatuurstudie; Enkele tussentitels werden opgenomen in functie van het oorspronkelijk empirisch onderzoek. Verder werd er nog een tussentitel toegevoegd om het nieuw empirisch onderzoek in te leiden.
- Het empirisch onderzoek werd in zijn totaliteit vervangen door een nieuw onderzoek

Welke impact COVID-19 concreet met zich mee heeft gebracht wordt doorheen deze masterthesis duidelijk aangegeven in de betreffende hoofdstukken.

Voorwoord

Met deze masterthesis sluit ik mijn studentencarrière af met het oog op het behalen van de graad master in de Toegepaste Economische Wetenschappen, afstudeerrichting Beleidsmanagement aan de Universiteit Hasselt. De realisatie van dit sluitstuk was nooit mogelijk geweest zonder de steun en expertise van een aantal personen.

Vooreerst wil ik mijn promotor prof. dr. dr. Samantha Bielen en begeleidster mevrouw Lotte Daniels bedanken voor hun begeleiding en constructieve feedback gedurende het gehele proces. Dankzij hun kritische blik op mijn werk heb ik de kwaliteit ervan aanzienlijk kunnen verhogen.

Voorts wil ik de geïnterviewde huisartsen bedanken tijd te maken om mijn vragenlijst inhoudelijk kritisch te analyseren, voordat ik deze verzond.

Ook wil ik alle Vlaamse geneeskundestudenten bedanken die enkele minuten van hun tijd hebben gespendeerd aan het invullen van mijn vragenlijst. Zonder respondenten uiteraard geen empirisch onderzoek.

Tot slot wil ik nog enkele mensen in mijn persoonlijke omgeving bedanken. In het bijzonder wil ik mijn ouders bedanken om mij de kans te geven deze extra studie af te ronden en om steeds voor mij klaar te staan gedurende mijn gehele studentencarrière. Ten slotte wil ik mijn vrienden nog bedanken voor hun hulp en geduld, dit wordt enorm geapprecieerd.

Abstract

Medische incidenten dienen te allen tijde te worden vermeden, het medisch aansprakelijkheidssysteem helpt hierbij. Dit medisch aansprakelijkheidssysteem stuurt echter vaak dubieuze prikkels uit tijdens het streven naar een optimaal niveau van zorgverlening waardoor artsen bovenmatig zorgvuldig gaan handelen. Het bepalen van dit optimale niveau is in de praktijk enorm complex en standaardrichtlijnen inzake zorgverlening zijn haast niet voorhanden. Met als gevolg dat artsen defensief gedrag vertonen. Enerzijds gaan artsen defensieve geneeskunde stellen waarbij extra testen en procedures worden aangevraagd of risicovolle patiënten en procedures worden vermeden om hun medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren. Anderzijds vermijden artsen communicatie met patiënten over medische incidenten om alsnog hun medisch aansprakelijkheidsrisico te vermijden. Aan defensieve geneeskunde zijn heel wat, maar niet uitsluitend, negatieve gevolgen verbonden. Het is dan ook onduidelijk vanaf wanneer defensieve geneeskunde in de praktijk vermeden moet worden.

Aangezien defensief gedrag voortvloeit uit het medisch aansprakelijkheidssysteem, is het essentieel dat Belgische artsen op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in België. Uit onderzoek van Vandersteegen et al. (2015) bleek dit niet het geval te zijn wat betreft Belgische arts-specialisten. Uitgaande van de hypothese dat alles begint bij de educatie van artsen doelt deze masterthesis op het bieden van een antwoord op de vraag "In welke mate zijn Vlaamse studenten geneeskunde op de hoogte van het medisch aansprakelijkheidssysteem en in welke mate worden zij opgeleid om met medische incidenten om te gaan?".

Na het schetsen van het probleem (Hoofdstuk I) wordt er een literatuurstudie uitgevoerd om voorname begrippen toe te lichten (Hoofdstuk II). Er wordt van start gegaan met de aanleiding van defensief gedrag te formuleren. Hierbij wordt dieper ingegaan op het medisch aansprakelijkheidssysteem en het optimale niveau van zorgverlening. Voorts wordt toegelicht welke in welke vormen defensief gedrag zich kan uiten. Hierna worden de gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde toegelicht om dan over te gaan tot de drijvers van defensieve geneeskunde. Verder wordt toegelicht in welke mate Belgische arts-specialisten op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem en wordt de brug gebouwd naar het empirisch onderzoek. De literatuurstudie wordt afgesloten met een overzicht van de meest gebruikte empirische onderzoeksmethoden voor onderzoek naar de prevalentie van defensieve geneeskunde.

Het empirisch onderzoek (Hoofdstuk III) werd gevoerd aan de hand van enquêteonderzoek. Uit een beschrijvende analyse kan worden besloten dat de gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent niet voldoende op de hoogte is van het medisch aansprakelijkheidssysteem. Ze behartigen open communicatie met de patiënt inzake medische incidenten en ze leren dit ook, maar geven aan niet voldoende opgeleid te worden in hoe te moeten omgaan in ambigue situaties met betrekking tot medische incidenten. Deze masterthesis wordt beëindigd met een conclusie over de resultaten van het onderzoek, alsook de beperkingen en suggesties voor verder onderzoek die worden geformuleerd (Hoofdstuk IV).

Inhoudsopgave

Voorwoord	_____
Abstract	_____
Lijst van tabellen	_____
Lijst van figuren	_____
I. Inleiding	_____ 1
1.1 Probleemstelling	_____ 1
1.2 Onderzoeksvragen	_____ 5
1.2.1 Centrale onderzoeksvraag	_____ 5
1.2.2 Deelvragen	_____ 5
II. Literatuurstudie	_____ 7
2.1 Het medisch aansprakelijkheidssysteem	_____ 7
2.2 Het optimale zorgniveau	_____ 10
2.3 Defensief gedrag	_____ 13
2.3.1 Ex ante defensief gedrag: defensieve geneeskunde	_____ 13
2.3.2 Ex post defensief gedrag: defensieve communicatie	_____ 14
2.4 Gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde	_____ 15
2.4.1 Negatieve gevolgen	_____ 15
2.4.2 Positieve gevolgen	_____ 17
2.5 Doorslaggevende drijvers van defensieve geneeskunde	_____ 18
2.4.1 Specialismen opgedeeld in risicogroepen	_____ 18
2.4.1 De claimgeschiedenis van de arts	_____ 20
2.5 Belgische artsen en hun kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem	_____ 21
2.6 Bestaand onderzoek naar de perceptie van geneeskundestudenten inzake medische aansprakelijkheid en defensief gedrag	_____ 22
2.7 Een overzicht van toegepaste empirische onderzoeksmethoden	_____ 24
2.7.1 Enquêteonderzoek bij artsen	_____ 24
2.7.2 Enquêteonderzoek bij artsen op basis van klinische scenario's	_____ 25
2.7.3 De casestudiemethode	_____ 25

2.7.4 Statistische analyse van de impact van het medisch aansprakelijkheidsrisico op de klinische besluitvorming van artsen	26
III. Empirisch onderzoek	29
3.1 Onderzoeksmethode	29
3.1.1 Methodologie vragenlijst	29
3.1.2 Statistische analyse	33
3.2 Resultaten	33
3.2.1 Socio-demografische karakteristieken	33
3.2.2 Karakteristieken eigen aan de opleiding van respondenten	34
3.2.3 Kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem	36
3.2.4 Kennis over defensieve geneeskunde	38
3.2.5 Kennis over een meldpunt voor medische incidenten	39
3.2.6 De perceptie over het medisch aansprakelijkheidsrisico	39
3.2.6.1 Algemeen	39
3.2.6.2 Stellingen met betrekking tot de opleiding	41
3.2.6.3 Stellingen met betrekking tot praktijkervaring	43
3.2.7 De perceptie over defensieve geneeskunde	44
3.2.7.1 Algemeen	44
3.2.7.2 Stellingen met betrekking tot de opleiding	47
3.2.7.3 Stellingen met betrekking tot praktijkervaring	47
3.2.8 De perceptie over communicatie inzake medische incidenten	48
3.2.8.1 Algemeen	49
3.2.8.2 Stellingen met betrekking tot de opleiding	51
3.2.8.3 Stellingen met betrekking tot praktijkervaring	51
IV. Conclusie	53
4.1 Algemeen besluit	53
4.2 Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek	56
Geraadpleegde werken	57
Bijlagen	63

Lijst van tabellen

Tabel 1 - % defensieve geneeskunde per risicogroep	19
Tabel 2 - Socio-demografische karakteristieken respondenten.....	34
Tabel 3 - Karakteristieken eigen aan de opleiding van respondenten	35
Tabel 4 - Kennispeiling over het medisch aansprakelijkheidssysteem.....	37
Tabel 5 - Kennispeiling over defensieve geneeskunde	38
Tabel 6 - Perceptie over manieren om het medisch aansprakelijkheidsrisico te reduceren... 41	
Tabel 7 - De perceptie over het medisch aansprakelijkheidsrisico m.b.t. de opleiding	42
Tabel 8 - De perceptie over het medisch aansprakelijkheidsrisico m.b.t. praktijkervaring ...	43
Tabel 9 - De perceptie over de prevalentie van defensieve geneeskunde in de praktijk	45
Tabel 10 - Factoren die Vlaamse geneeskundestudenten aanzetten tot zorgvuldig handelen	46
Tabel 11 - De perceptie over defensieve geneeskunde m.b.t. de opleiding.....	47
Tabel 12 - De perceptie over defensieve geneeskunde m.b.t. praktijkervaring.....	48
Tabel 13 - Inleidende stellingen m.b.t. defensieve communicatie	49
Tabel 14 - De perceptie over defensieve communicatie	50
Tabel 15 - Het gebruik van een meldpunt voor medische incidenten.....	51
Tabel 16 - De perceptie over defensieve communicatie m.b.t. de opleiding.....	51
Tabel 17 - De perceptie over defensieve communicatie m.b.t. praktijkervaring.....	52

Lijst van figuren

Figuur 1 - Perceptie over de gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim van arts-specialisten (Vandersteegen et al., 2015)	10
Figuur 2 - Optimale niveau van zorgverlening (Vanvelthoven & van Wijck, 2012)	12
Figuur 3 - Trend van wetenschappelijke artikels met 'defensive medicine' in de titel (Garattini & Padula, 2020)	14
Figuur 4 - Uitgaven aan gezondheidszorg 2018 (in % BBP) (OECD, 2019)	16
Figuur 5 - C-section rate before/after claim (Shurtz, 2013)	20
Figuur 6 - Welk type medisch aansprakelijkheidssysteem is momenteel van kracht in België? (Vandersteegen et al., 2015)	21
Figuur 7 - Wanneer staat het FMO in voor de betaling van een claim? (Vandersteegen et al., 2015)	22
Figuur 8 - De perceptie over de gevolgen van een schadeclaim	40

I. Inleiding

1.1 Probleemstelling

Artsen worden geacht te handelen als een goede huisvader, hoogkwalitatieve zorg te verstrekken en dit door middel van het stellen van medische handelingen. Zij kunnen aansprakelijk gesteld worden voor incidenten die optreden door hun nalatigheid (Dudeja & Dhirar, 2018). Dit gebeurt via een medisch aansprakelijkheidssysteem dat twee hoofddoelen heeft. Enerzijds wil het een vergoedingssysteem vormen voor slachtoffers van een medisch incident. Anderzijds wil het prikkels creëren voor artsen om zorgvuldig te handelen waardoor het bijkomstig een preventief karakter heeft (Bell, 1984). Met andere woorden heeft het medisch aansprakelijkheidssysteem als doel het nastreven van een optimaal zorgniveau en het reduceren van medische incidenten (Vandersteegen et al., 2016). Een voorbeeld ter illustratie: in de London Evening Standard viel te lezen hoe een zevenjarige jongen bij zijn geboorte permanente hersenschade op liep. In deze kwestie werd het nalatig handelen van de artsen niet erkend door het ziekenhuis. De jongen vertoonde immers gedragsproblemen waarvoor de ouders schuldig waren volgens de school. Gedurende vijf jaar werd er gesproken van slecht ouderschap. Na deze periode zijn de ouders naar de rechtbank gestapt. De advocaten hebben de rechtszaak gewonnen in hun voordeel en er werd een schadevergoeding van €34 miljoen toegekend (Lydall, 2019). Juist omdat artsen deze schadeclaims willen vermijden gaan ze defensief gedrag vertonen (OTA, 1994).

Defensief gedrag kan zich vertalen in ex ante en ex post defensief gedrag. Ex ante defensief gedrag wordt opgedeeld in twee aspecten, namelijk (1) positieve defensieve geneeskunde (assurance behavior) en (2) negatieve defensieve geneeskunde (avoidance behavior) (Vandersteegen et al., 2016; Studdert et al., 2005; Assing Hvidt et al., 2017). Positieve defensieve geneeskunde heeft betrekking tot de toename van behandelingen, testen en procedures. Deze toename verklaart de schrik van artsen om een schadeclaim tegen zich ingesteld te krijgen. Met andere woorden, artsen zijn bang dat ze een onvolledige diagnose stellen of dat een aandoening erger wordt met als mogelijk gevolg een verhoogd gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico. Daar tegenover staat negatieve defensieve geneeskunde, waar artsen risicopatiënten en -procedures vermijden om zichzelf te distantiëren van de mogelijkheid dat een schadeclaim tegen hen wordt ingesteld (Dudeja & Dhirar, 2018; Hermer & Brody, 2010; OTA, 1994; Summerton, 1995; Vandersteegen et al., 2016). Ex post defensief gedrag kan zich uiten in defensieve communicatie. Hierbij gaan artsen communicatie met patiënten over medische incidenten vermijden om alsnog hun medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren (Southwick, Cranley, & Hallisy, 2015).

Studdert et al. (2005) wijst erop dat defensieve geneeskunde kan zorgen voor een toename in gezondheidszorgkosten en in sommige gevallen zelfs kan leiden tot een lager niveau van zorgverstrekking. Een toename in gezondheidszorgkosten is een logisch gevolg wanneer de eenheidskost verbonden wordt aan de extra handelingen met een defensief karakter (Studdert,

et al., 2005). In legislaturen waar besparingen centraal staan is het dan ook van cruciaal belang dat toegewezen middelen efficiënt gealloceerd worden (VL-Regering, 2019). Echter moet genuanceerd worden dat er ook wel degelijk positieve gevolgen verbonden zijn aan defensieve geneeskunde. Zo kunnen aandoeningen eerder toevallig en tijdig opgespoord en behandeld worden (OTA, 1994).

Al sinds de jaren zeventig wordt naar defensieve geneeskunde onderzoek gevoerd en wordt het prominent gerapporteerd in het medische landschap. Een Amerikaanse studie toont aan dat in 1978 zeventig procent van de bevroegde artsen defensieve handelingen stelt (Tancredi & Barondess, 1978). Ook in Europa is defensieve geneeskunde aanwezig. Zo toont Summerton (1995) aan dat 98 procent van de Britse respondenten, huisartsen in deze studie, toegeeft defensief te handelen. Zowel Tancredi & Barondess (1978) als Summerton (1995) voerden hun studie aan de hand van direct enquêteonderzoek dat werd afgenomen bij een pool van respectievelijk arts-specialisten en huisartsen. De artsen worden dan ook gedreven defensief te handelen door karkarakteristieken als de confrontatie met schadeclaims of het uitoefenen van een meer risicovol specialisme (Baicker, Wright, & Olson, 2015).

Vandersteegen et al. (2016) merkte dat ook bij Belgische arts-specialisten defensieve geneeskunde aanwezig is. En vermits dit defensief gedrag duidelijk voortvloeit uit het medisch aansprakelijkheidssysteem is het van belang dat artsen de werking hiervan kennen. In hun onderzoek concludeerden Vandersteegen et al. (2015) dat 8,27% van de ondervraagde arts-specialisten geen idee had welk medisch aansprakelijkheidssysteem van kracht is in België. Daarenboven gaf 6,49% van de respondenten een foutief antwoord op diezelfde vraag. Vrij opmerkelijk dat 75 van de 508 respondenten geen correct beeld heeft van het huidige medisch aansprakelijkheidssysteem in België. De vraag of onze artsen voldoende worden opgeleid over het medisch aansprakelijkheidssysteem kan dus zeker in twijfel worden getrokken. Het is daarom interessant om Vlaamse geneeskundestudenten te bevragen in welke mate zij tijdens hun opleiding tot arts worden gedoopt over het medisch aansprakelijkheidssysteem en hoe om te gaan met medische incidenten.

Europees onderzoek naar de kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem bij studenten geneeskunde en in welke mate deze worden opgeleid om met medische incidenten om te gaan ontbreekt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat onderzoek naar de prevalentie van defensieve geneeskunde enorm complex is (Vandersteegen et al., 2016; Garattini & Padula, 2020). Met als gevolg dat de focus van onderzoekers nog ligt op het identificeren van de prevalentie van defensieve geneeskunde. Er zijn wel twee Amerikaanse studies die studenten geneeskunde bevragen over hun kennis en ervaring met medische aansprakelijkheid (O'Leary et al., 2012; Johnston et al., 2014). Echter dienen de Amerikaanse studies met enige voorzichtigheid vergeleken te worden met de resultaten van de, in deze masterthesis, uitgevoerde studie. Het medisch aansprakelijkheidssysteem verschilt namelijk per land (OTA, 1994). Hoe dan ook wil deze masterthesis een eerste aanzet geven om de perceptie van geneeskundestudenten over hun opleiding over het medisch aansprakelijkheidssysteem en

hoe om te gaan met medische incidenten in kaart te brengen. Hiermee wil deze masterthesis een signaal uit sturen naar beleidsmakers die het curriculum van de opleiding geneeskunde optimaliseren, indien uit de resultaten blijkt dat dit nodig wordt geacht. Hierna wordt toegelicht aan de hand van welke empirische onderzoeksmethode dit onderzoek werd gevoerd.

Hoewel de volgende onderzoeksmethoden niet meer relevant zijn, door de impact van COVID-19, voor het huidige empirisch onderzoek worden deze alsnog voorgesteld. Om de prevalentie van defensieve geneeskunde te meten maakt bestaande literatuur gebruik van verschillende onderzoeksmethoden. Volgens OTA (1994) zijn vier empirische onderzoeksmethoden prominent aanwezig. Enerzijds wordt een substantieel deel van studies gevoerd aan de hand van direct enquêteonderzoek bij artsen (self-reports). Daarnaast wordt de klinische besluitvorming van artsen bevraagd door enquêteonderzoek met specifiek opgestelde klinische scenario's. In mindere mate wordt de casestudiemethode toegepast. Een laatste techniek is het uitvoeren van statistische analyses om de impact van het medisch aansprakelijkheidsrisico te meten op de klinische besluitvorming van artsen (OTA, 1994). Deze onderzoeksmethoden worden nader toegelicht in 2.6 Een overzicht van toegepaste empirische onderzoeksmethoden. Het empirisch onderzoek dat nagaat in welke mate Vlaamse geneeskundestudenten worden opgeleid over het medisch aansprakelijkheidssysteem en hoe om te gaan met medische incidenten werd gevoerd door middel van een direct enquêteonderzoek bij deze Vlaamse geneeskundestudenten.

1.2 Onderzoeksvragen

Deze masterthesis dient te besluiten met een antwoord op onderstaande centrale onderzoeksvraag. Om tot een goed onderbouwd antwoord te komen zijn er vier deelvragen opgesteld die beantwoord worden aan de hand van een literatuurstudie. Daarnaast zijn drie deelvragen opgesteld die opgelost worden aan de hand van een empirisch onderzoek.

COVID-19 DISCLAIMER: Aangezien de doelgroep van deze masterthesis Vlaamse huisartsen betrof werd er gekozen om het empirisch onderzoek te wijzigen naar aanleiding van COVID-19. Het was niet aan de orde om tijdens COVID-19 de kostbare tijd van de Vlaamse huisartsen in te vullen met het afnemen van een vragenlijst voor deze masterthesis. Er is daarom ook gekozen om de centrale onderzoeksvraag te wijzigen. Het grootste deel van de literatuurstudie bleef behouden, echter werden enkele aanpassingen doorgevoerd om het nieuw empirisch onderzoek in te leiden. Een overzicht van de wijzigingen wordt hieronder toegelicht.

1.2.1 Centrale onderzoeksvraag

Oorspronkelijke centrale onderzoeksvraag: In welke mate handelen Vlaamse huisartsen defensief?

Huidige centrale onderzoeksvraag: In welke mate zijn Vlaamse studenten geneeskunde op de hoogte van het medisch aansprakelijkheidssysteem en in welke mate worden zij opgeleid om met medische incidenten om te gaan?

1.2.2 Deelvragen

Onderstaande deelvragen worden uitgewerkt a.d.h.v. een literatuurstudie.

(A) Hoe wordt het begrip defensieve geneeskunde gedefinieerd in de literatuur?

- Wat is de algemene definitie van defensieve geneeskunde?
- Welke vormen van defensieve geneeskunde worden in de literatuur omschreven?
- Welke positieve en negatieve gevolgen worden geassocieerd met defensieve geneeskunde?

Volgende vragen werden geëxcludeerd uit deelvraag (A):

- Welke defensieve handelingen worden geassocieerd met arts-specialisten?
- Welke defensieve handelingen worden geassocieerd met huisartsen?

(B) Wat zijn drijvers (bv. arts-karakteristieken) van defensieve geneeskunde?

(D) Deze deelvraag werd behouden in het kader van de oorspronkelijke centrale onderzoeksvraag: Welke empirische onderzoeksmethoden worden in de literatuur gebruikt om de prevalentie van defensieve geneeskunde te meten?

- Wat zijn de voor- en nadelen van deze methoden?

(C) Deze deelvraag werd toegevoegd om het nieuw empirisch onderzoek in te leiden:

Zijn Belgische artsen voldoende op de hoogte van het medisch aansprakelijkheidssysteem?

Onderstaande deelvragen worden uitgewerkt a.d.h.v. een empirisch onderzoek.

Oorspronkelijke deelvragen:

(A) Welke handelingen kunnen bij huisartsen geclassificeerd worden als defensief?

- Welke defensieve handelingen voeren huisartsen het meest frequent uit?
- Zijn er overeenkomsten/verschillen met bevindingen uit bestaand empirisch onderzoek (zowel m.b.t. arts-specialisten als huisartsen)?

(B) Wat zijn beslissende drijfveren voor huisartsen om defensief te handelen?

- Welke arts-karakteristieken zijn bepalend voor de mate waarin huisartsen defensief handelen?
- Zijn er overeenkomsten/verschillen met de bevindingen uit bestaand empirisch onderzoek (zowel m.b.t. arts-specialisten als huisartsen)?

(C) Welke kosten zijn geassocieerd met defensieve geneeskunde bij huisartsen?

- Welke kosten zijn verbonden aan de defensieve handelingen?
- Zijn er overeenkomsten/verschillen met de bevindingen uit bestaand empirisch onderzoek (zowel m.b.t. arts-specialisten als huisartsen)?

Huidige deelvragen:

(A) In welke mate zijn studenten geneeskunde op de hoogte van de werking van het huidige medisch aansprakelijkheidssysteem?

(B) Welke visie hebben studenten geneeskunde omtrent communicatie over medische incidenten?

(C) In welke mate worden studenten geneeskunde tijdens hun opleiding aangezet tot defensief gedrag?

(D) In welke mate zijn studenten geneeskunde tijdens hun praktijkstages in aanraking gekomen met defensieve communicatie/geneeskunde?

II. Literatuurstudie

COVID-19 DISCLAIMER: Om het oorspronkelijk empirisch onderzoek in te leiden en de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden werd in de literatuurstudie onderzocht welke defensieve handelingen een hoge prevalentie kennen bij zowel huisartsen als arts-specialisten. Dit werd echter vervangen door titel 2.5 Doorslaggevende drijvers van defensieve geneeskunde en 2.6 Belgische artsen en hun kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem. En dit omdat de focus van deze masterthesis verlegd is naar de mate waarin Vlaamse studenten geneeskunde op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem en hoe zij worden opgeleid om te gaan met medische incidenten. Uiteraard bleef de literatuurstudie die het begrip defensieve geneeskunde grondig kadert relevant voor het nieuw empirisch onderzoek. In de literatuurstudie werd ook uitgebreid ingegaan op defensieve geneeskunde en minder op defensieve communicatie omdat dit voornamelijk relevant was voor het beantwoorden van de oorspronkelijke onderzoeksvragen. Ook de empirische onderzoeksmethoden die in de literatuur worden toegepast om de prevalentie van defensieve geneeskunde te meten bij artsen blijft opgenomen in deze masterthesis daar enkele van deze onderzoeksmethoden ook relevant zijn voor het nieuw empirisch onderzoek.

Alvorens over te gaan naar het empirisch onderzoek van deze thesis, is het van essentieel belang de beschikbare bronnen omtrent het onderwerp grondig te bespreken. Zodat de resultaten van het empirisch onderzoek correct geïnterpreteerd kunnen worden, zal het begrip defensieve geneeskunde alomvattend behandeld worden. Het medisch aansprakelijkheidssysteem wordt voor het optimale niveau van zorgverlening geïntroduceerd om het ontstaan van defensieve geneeskunde toe te lichten. Daarna zal duidelijk worden welke vormen defensief gedrag aan kan nemen. Als dan de gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde zijn besproken zullen ook de doorslaggevende drijvers in kaart worden gebracht. Op die manier is het landschap aangaande defensieve geneeskunde voldoende geschetst om het empirisch onderzoek van deze masterthesis in te leiden. Net voor het momentum aanbreekt om over te gaan naar de data-verzameling en -analyse worden de voornaamste onderzoeksmethoden toegelicht.

2.1 Het medisch aansprakelijkheidssysteem

Artsen trachten hoogkwalitatieve zorgverstrekking na te streven. Dit gebeurt onder andere door middel van het uitvoeren van diagnostische en of therapeutische testen, het volgen van bepaalde procedures en het voorschrijven van medicatie (Bell, 1984). Echter sterven er wereldwijd jaarlijks 400.000 mensen naar aanleiding van een medisch incident (Bafort, 2019). Om het aantal medische incidenten te minimaliseren bestaat er een medisch aansprakelijkheidssysteem, verschillend van land tot land. In België heeft dit medisch aansprakelijkheidssysteem evenwel twee functies (Vandersteegen et al. 2016). Enerzijds heeft het een preventief karakter. Het wil prikkels uitsturen naar zorgverleners om zorgvuldiger te

handelen en zo medische incidenten te vermijden. Hoewel Tancredi & Barondess (1978) aangeven dat er geen eenduidige richtlijnen van zorgvuldigheid bestaan stellen Hermer & Brody (2010) dat zorgverleners zich baseren op het gedrag en de handelingen van collega's over tijd. De manier waarop zij zorg verlenen wordt na verloop van tijd aanvaard als de standaard (Hermer & Brody, 2010). Dit benadrukt de complexiteit om strikt en niet strikt medisch noodzakelijke handelingen van elkaar te onderscheiden. Echter ontvangen zorgverleners vaak een *overload* aan prikkels waardoor zij zorgvuldiger gaan handelen dan strikt medisch noodzakelijk. Wanneer dit het geval is, is er sprake van defensieve geneeskunde (Vandersteegen et al., 2016).

De andere functie die het medisch aansprakelijkheidssysteem in België bekleedt is die van vergoedingssysteem (Vandersteegen et al., 2016). Het medisch aansprakelijkheidssysteem tracht artsen te sanctioneren wanneer deze nalatig of onzorgvuldig hebben gehandeld (Bell, 1984). Doorheen de jaren is het juridisch kader aangaande medische aansprakelijkheid geëvolueerd, dit wordt nu nader toegelicht. In België bestaat er sinds 2010 een driesporensysteem oftewel een *not-only-fault* aansprakelijkheidssysteem. Voor 2010 waren patiënten die slachtoffer waren van een medisch incident aan de ene kant in de mogelijkheid dit geschil te regelen door middel van een minnelijke schikking met de betrokken zorgverlener. Anderzijds konden patiënten een schadeclaim instellen jegens de betrokken arts en door middel van een rechtszaak een schadevergoeding vorderen (Vandersteegen et al., 2016). Alvorens een schadevergoeding te kunnen eisen in de rechtbank, moet de patiënt schade, fout en een oorzakelijk verband tussen de vermeende fout en de schade kunnen aantonen (ProDeoAdvocaat, 2020). Intuïtief is dit in veel gevallen niet vanzelfsprekend. In het geval dat deze drieledige bewijslast niet kan worden aangetoond wordt gesproken van een medisch ongeval. Dit is het geval wanneer een zorgverlener zorgvuldig handelt en er evenwel toch een complicatie optreedt. Echter is in sommige gevallen de drieledige bewijslast wel duidelijk aan te tonen, zo vergat in 2010 bijvoorbeeld een gerenommeerd chirurg twee scharen in de buik van een patiënt (Belga, 2010). Dit wordt dan wel gedefinieerd als medische fout en niet als medisch ongeval.

De complexiteit van bewijsvoering, dure en tijdrovende procedures en dergelijke meer van medische incidenten an sich ligt aan de basis van de hervorming van het juridisch kader in België. Nu is er sinds 2010 ook de mogelijkheid een claim in te dienen bij het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO). Dit fonds is opgericht met als doel het aantal gerechtelijke procedures terug te dringen, meer patiënten een schadevergoeding uit te keren, dossiers efficiënter af te handelen et cetera. Het fungeert onder het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en is dus een overheidsinstelling. Dit Fonds voor Medische Ongevallen biedt patiënten de mogelijkheid een geschil te regelen door middel van een gratis buitengerechtelijke procedure, gebaseerd op het Frans medisch aansprakelijkheidssysteem. Hierbij draagt het slachtoffer dat een claim instelt geen kosten en wordt de schadevergoeding gefinancierd door het FMO en of de verzekering van de betrokken arts. Dankzij dit fonds zijn ook slachtoffers van een medisch ongeval in de mogelijkheid een medische claim in te stellen

jegens een zorgverlener. Bij het FMO is het niet meer nodig de complexe bewijsvoering aan te reiken zoals dit in bij de rechtbank steeds het geval is (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, Physician Specialists' Perceptions of the Medical Malpractice System in Belgium, 2015). Er moet echter wel voldaan worden aan enkele voorwaarden om in aanmerking te komen voor een vergoeding van het FMO. Deze voorwaarden worden vooropgesteld in de artikelen vier en vijf van hoofdstuk twee van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 31 maart 2010.

Art. 4. Het Fonds vergoedt het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht :

1° wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

2° wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;

3° wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

Art. 5. De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan :

1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;

2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;

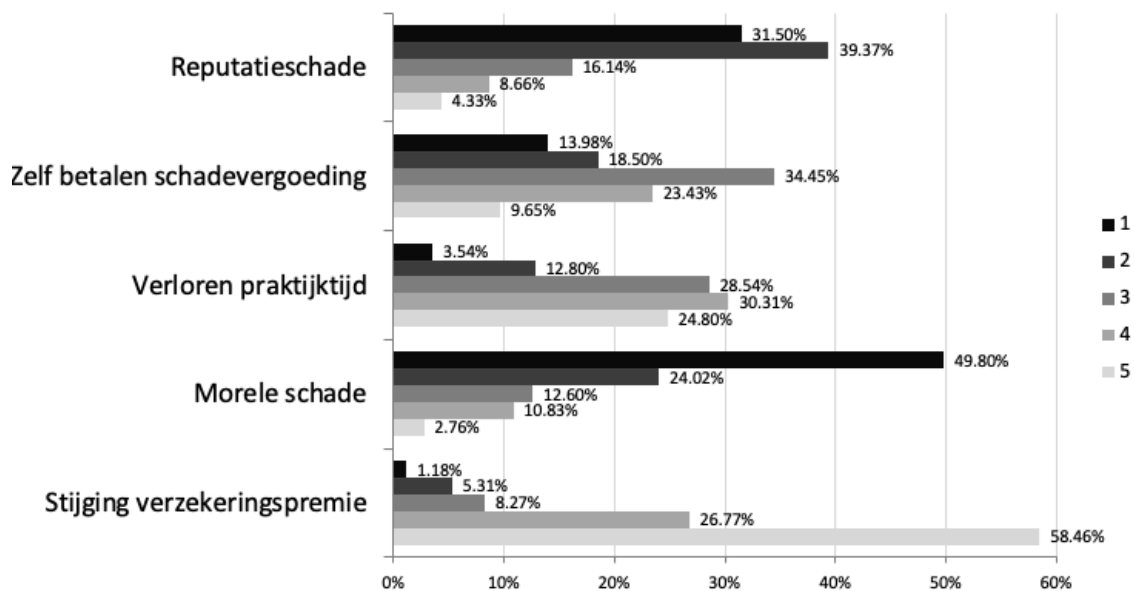
3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;

4° de patiënt is overleden."

Dankzij de oprichting van het FMO ontstaat er in België een *not-only-fault* aansprakelijkheidssysteem waarbij slachtoffers drie verschillende mogelijkheden hebben om een medisch geschil te regelen. Een combinatie van deze mogelijkheden is evenwel uitgesloten om cumuleerbare compensatie te vermijden (Vandersteegen et al., 2016). Dit *not-only-fault* aansprakelijkheidssysteem verbindt een *no-fault* aansprakelijkheidssysteem (dat veelal wordt gehanteerd in Noord-Europa) met de mogelijkheid een schadeclaim in te stellen jegens een zorgverlener door middel van een rechtszaak. Een *no-fault* aansprakelijkheidssysteem is enkel

van toepassing wanneer de zorgverlener niet aansprakelijk wordt gesteld en de schade abnormaal, voldoende ernstig en een direct gevolg van zorgverlening is (Vandersteegen et al., 2015). Met andere woorden de voorwaarden gelijkgesteld aan Artikel vier en vijf Wet FMO.

In een studie hebben Vandersteegen et al. (2015) 508 arts-specialisten bevroegd over hun perceptie inzake het medisch aansprakelijkheidsrisico. De helft van de respondenten maakte zich het meeste zorgen over morele schade waaraan ze zouden lijden na een claim zoals te zien is in Figuur 1. Een substantieel aantal respondenten gaf ook aan moeite te hebben met de reputatieschade voorkomend uit een claim. Meer dan de helft van de arts-specialisten was het minst bezorgd om de verhoging van hun verzekeringspremie (Vandersteegen et al., 2015). Andere mogelijke gevolgen volgens Vandersteegen et al. (2015) zijn de door de arts te dragen kosten verbonden aan de schadeclaim en de verloren praktijktijd.



Figuur 1 - Perceptie over de gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim van arts-specialisten (Vandersteegen et al., 2015)

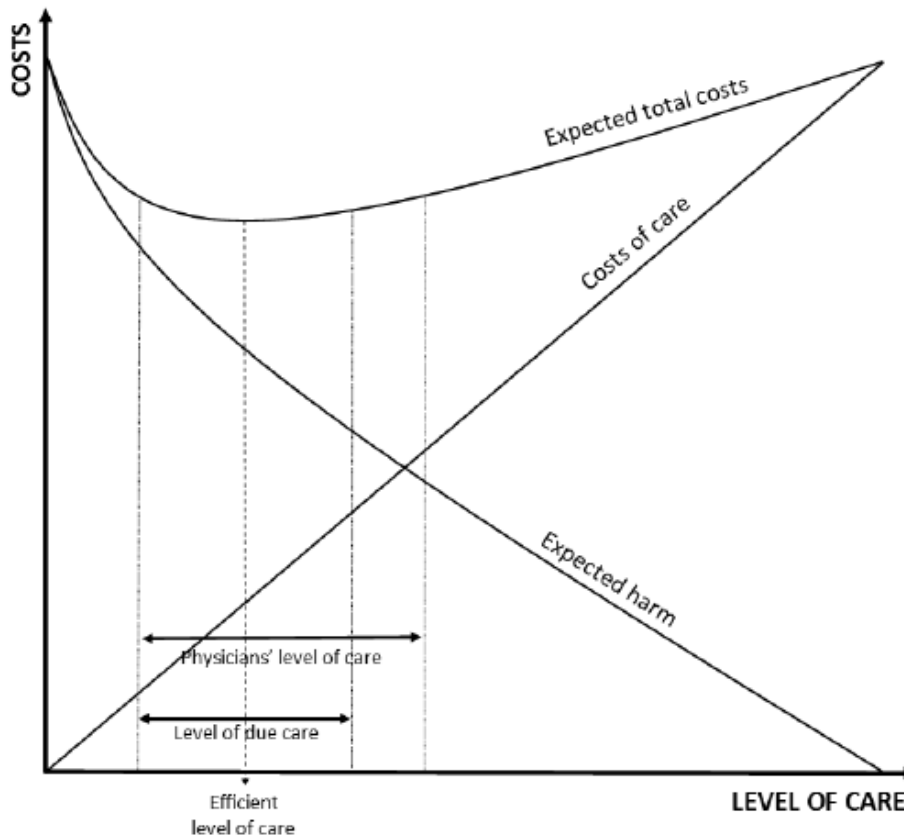
Artsen worden dus geprikkeld om zorgvuldig te handelen, om het aantal medische incidenten te minimaliseren om zo het medisch aansprakelijkheidssysteem te vermijden. Evenwel zijn deze prikkels soms te prominent aanwezig waardoor ze handelingen stellen die niet strikt medisch noodzakelijk zijn. Met andere woorden kan gesteld worden dat het medisch aansprakelijkheidssysteem artsen wil sturen naar een optimaal niveau van zorgverlening. Wat hiermee wordt bedoeld wordt toegelicht in wat volgt.

2.2 Het optimale zorgniveau

De grondlegger van onderzoek naar de kwaliteit in de gezondheidszorg, Avedis Donabedian, introduceerde het concept in zijn boek 'An Introduction to Quality Assurance in Health Care' dat in 2002 werd gepubliceerd. De economische gedachtegang achter de interpretatie van Figuur 2 is die van de afnemende meeropbrengsten, herhaaldelijk gebruikt binnen de micro-

economie. Daar waar in de economische context extra productiefactoren minder en minder marginale opbrengst gaan genereren (Pindyck & Rubinfeld, 2017), bereikt ook de marginale baat van het uitvoeren van testen en procedures een optimum (Donabedian, 2002). Aan deze testen en procedures zijn kosten verbonden, deze zijn veelal gemonetariseerd. Echter moet ook met niet gemonetariseerde kosten zoals daling van de levenskwaliteit van de patiënt rekening worden gehouden (Donabedian, 2002). Met andere woorden zijn testen en procedures slechts sociaal wenselijk wanneer hun marginale baat hun marginale kost overschrijdt (van Velthoven & van Wijck, 2012).

Figuur 2 geeft *op de verticale as* het niveau van zorg dat wordt verleend weer en *op de horizontale as* de kosten hieraan verbonden. Naarmate het niveau van verleende zorg stijgt, stijgt enerzijds de kost verbonden aan gezondheidszorg exponentieel. Aan de andere kant zorgt een stijging in verleende zorg voor een daling van de kans op een medisch incident, waardoor de kosten van verwachte schade dalen. De curve *expected total costs* omvat zowel de financiële kost gerelateerd aan gezondheidszorg als de kost van de mogelijke lichamelijke of morele schade die een patiënt kan ervaren door een medisch incident. Aanschouw dat er een optimaal niveau van zorgverstrekking bereikt wordt in het minimum van de totale kostencurve. Dit is het sociaal wenselijk optimum van zorgverstrekking. Wanneer een arts zich bevindt aan de linkerzijde van het punt van optimale zorgverlening en extra testen uitvoert, heeft de patiënt hier baat bij. De kwaliteit van zorgverlening zal toenemen en dus evolueren richting het minimum van de curve die de totale verwachte kosten weergeeft. Wanneer de arts zich echter voorbij het punt van optimale zorgverlening bevindt en deze extra testen uitvoert zal dit negatieve gevolgen hebben voor de patiënt. Hij laat het efficiënte punt achter zich liggen en de marginale kost overtreft de marginale baat van de extra gestelde handelingen (van Velthoven & van Wijck, 2012).



Figuur 2 - Optimale niveau van zorgverlening (Vanvelthoven & van Wijck, 2012)

Theoretisch ziet dit er eenvoudig uit, maar in de praktijk is het bepalen van dit sociaal optimum erg ingewikkeld. Zo geven van Velthoven & van Wijck (2012) aan dat het zelfs voor specialisten enorm complex is om te bepalen wat nu juist de standaard is die gehanteerd moet worden. Dit stelden Tancredi & Barondess (1978) ook reeds vast. Daarenboven is de procesvoering die vereist is in medische rechtszaken hierdoor extra gecompliceerd. Zo moet een rechter uitspraak doen over ambigue scenario's waarin de klinische besluitvorming van de arts voldoende zorgvuldig kan worden bevonden uit het standpunt van de zorgverlener, maar niet in het perspectief van de rechter. Met andere woorden, artsen weten niet exact hoe zorgvuldig ze moeten handelen om het medisch aansprakelijkheidssysteem te vermijden omdat de prikkels van het systeem open staan voor interpretatie. De prikkels die het medisch aansprakelijkheidssysteem zodanig tracht uit te sturen ter preventie zorgen veelal meer voor verwarring dan duidelijkheid. In veel gevallen zorgen de prikkels voor een toename in zorgverlening waar, zoals eerder vermeld, de marginale kost de marginale baat overstijgt. Anders geformuleerd vertonen zorgverleners defensief gedrag om de kans op een medische claim te minimaliseren (van Velthoven & van Wijck, 2012). Wat nu juist wordt bedoeld met defensief gedrag en welke gevolgen hieraan verbonden zijn wordt geëxpliciteerd in de volgende paragrafen.

2.3 Defensief gedrag

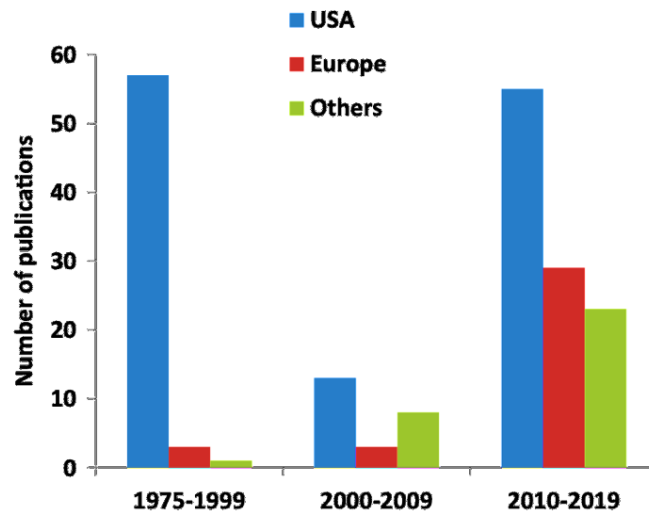
Dat de preventiefunctie van het medisch aansprakelijkheidssysteem voor ambigüiteit zorgt bij de klinische besluitvorming van artsen werd duidelijk gemaakt in 2.2 Het optimale zorgniveau. Artsen gaan hierdoor bovenmatig zorgvuldig handelen om hun medisch aansprakelijkheidsrisico en dus de kans op medische incidenten te minimaliseren. Dit resulteert in defensief gedrag en kan zich uiten in twee vormen. Aan de ene kant kunnen artsen ex ante defensief gedrag vertonen, kortom defensieve geneeskunde. Anderzijds kunnen artsen defensief communiceren, dit wordt gedefinieerd als ex post defensief gedrag of nieuwe defensieve geneeskunde.

2.3.1 Ex ante defensief gedrag: defensieve geneeskunde

Defensieve geneeskunde wordt toegepast door artsen met als hoofddoel, maar niet als enig doel, de kans op medische aansprakelijkheidsclaims te minimaliseren. Echter is de grens tussen handelingen die strikt en niet strikt medisch noodzakelijk zijn eerder vaag. Het is dan ook niet evident om te meten welke gestelde handelingen niet strikt medisch noodzakelijk zijn en geclassificeerd worden onder defensieve geneeskunde. Echter bevestigt onderzoek de toename van defensieve geneeskunde in het medische landschap (Bean, 2016; Garattini & Padula, 2020; Kessler, Summerton & Graham, 2006). Artsen voeren extra diagnostische en of therapeutische testen uit of schrijven meer medicatie voor dan strikt medisch noodzakelijk om het risico op een medische aansprakelijkheidsclaim te reduceren. In dit geval spreekt men over positieve defensieve geneeskunde, eveneens geprononceerd als *assurance behaviour*. Daarenboven zijn er artsen die risicopatiënten of -procedures vermijden. Onder deze voorwaarde spreekt men over negatieve defensieve geneeskunde, tevens ook beschreven in de literatuur als *avoidance behaviour* of vermijdingsgedrag (OTA, 1994). Defensieve geneeskunde is meer prevalent binnen specialismen zoals gynaecologie en algemene chirurgie dan bij huisartsen gezien hun risicovolle karakter. Intuïtief zijn risicovollere specialismen dus sensitiever aan medische incidenten (Garattini & Padula, 2020). Dit is te wijten aan het feit dat handelingen gesteld door huisartsen minder risicovol worden geacht en de kans op een medisch incident hierdoor wordt geminimaliseerd (Summerton, 1995).

Defensieve geneeskunde is een begrip dat overgewaaid komt vanuit de Verenigde Staten van Amerika. Sedert het begin van de jaren '70 is het een complex fenomeen waarnaar hoofdzakelijk in de Verenigde Staten van Amerika onderzoek werd gedaan. Figuur 3 toont de trend van het aantal wetenschappelijke artikels met *defensive medicine* in de titel per continent. Daaruit blijkt dat pas geruime tijd later dan in Amerika, onderzoek naar defensieve geneeskunde in Europa vorm kreeg. Niet casueel is defensieve geneeskunde ontstaan in de Verenigde Staten van Amerika, daar de gezondheidszorg een schoolvoorbeeld is van marktfaaling (Garattini & Padula, 2020). De Amerikaanse gezondheidssector die bijzonder geprivatiseerd is en bestaat uit zorgverleners die met elkaar concurreren, ligt aan de basis van defensieve geneeskunde. Artsen streven naar een solide reputatie en stellen hierdoor met gevolg meer handelingen dan strikt medisch noodzakelijk. In Europa is de gezondheidssector in mindere mate geprivatiseerd waardoor er minder concurrentie is en het vermoeden rijst dat

de prevalentie van defensieve geneeskunde lager ligt dan overzees (Garattini & Padula, 2020). Vandersteegen et al. (2016) duidt ook op de schaarste van onderzoek naar defensieve geneeskunde in België.



Figuur 3 - Trend van wetenschappelijke artikels met 'defensive medicine' in de titel (Garattini & Padula, 2020)

Defensieve geneeskunde wordt vaak beschouwd als één van de minst wenselijke effecten van de toename in medische geschillen (Tancredi & Barondess, 1978). Talrijke artsen en beleidsmakers geven aan dat defensieve geneeskunde naast een toename in de gezondheidszorguitgaven ook zorgt voor mogelijk verlies van levenskwaliteit bij de patiënten (Mello et al., 2005; Mello et al., 2010; Korenstein et al., 2012). Het is duidelijk dat patiënten en hun verwanten het directe slachtoffer zijn ten gevolge van medische incidenten. Naar de patiënten wordt dan ook verwezen als de *first victims* van medische incidenten (Assing Hvidt, et al., 2017). Deens onderzoek waarbij huisartsen in focusgroepen worden blootgesteld aan statements met betrekking tot het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico voegt hieraan toe dat de artsen gezien kunnen worden als *second victims* ten gevolge van medische incidenten. De continue druk van het medisch aansprakelijkheidsrisico die berust op de schouders van zorgverleners in combinatie met de afwezigheid van richtlijnen inzake de norm van zorgverlening maakt het voor hen moeilijk om strikt medisch noodzakelijke en niet strikt medisch noodzakelijke handelingen van elkaar te onderscheiden (Assing Hvidt, et al., 2017). Met als gevolg het uitoefenen van defensieve geneeskunde. Andere gevolgen die verbonden zijn aan defensieve geneeskunde worden uitgebreid toegelicht in 2.4 Gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde. Vooreerst wordt toegelicht welke andere vorm defensief gedrag kan bekleden.

2.3.2 Ex post defensief gedrag: defensieve communicatie

Nadat een medisch incident heeft plaatsgevonden tracht de arts het medisch aansprakelijkheidsrisico alsnog te minimaliseren. Dit gebeurt aan de hand van defensieve communicatie. Met andere woorden, de arts gaat niet communiceren over medische incidenten met de patiënt en zijn naasten of gaat de waarheid proberen verdraaien om op die manier het

aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Meer specifiek gaan artsen de complicaties voorstellen als endogeen aan de ingreep. Southwick, Canley & Hallisy (2015) concludeerden dat de helft van de bevroegden aangeeft dat hun betrokken zorgverlener op deze manier te werk gaat. Zij bevroegen 696 patiënten en hun naasten om te rapporteren hoe de communicatie verliep tussen hen en de betrokken arts. Opmerkelijk is dat in een derde van de gevallen de betrokken arts weigerde te communiceren met de patiënt en zijn naasten in geval van een medisch incident (Southwick, Cranley, & Hallisy, 2015).

Beide vormen van defensief gedrag zijn nu nader toegelicht. Het is duidelijk dat defensief gedrag voortvloeit uit het medisch aansprakelijkheidssysteem. In deze masterthesis wordt verder gebouwd aan defensieve geneeskunde. De gevolgen en drijvers van defensieve geneeskunde worden in wat volgt nader toegelicht.

2.4 Gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde

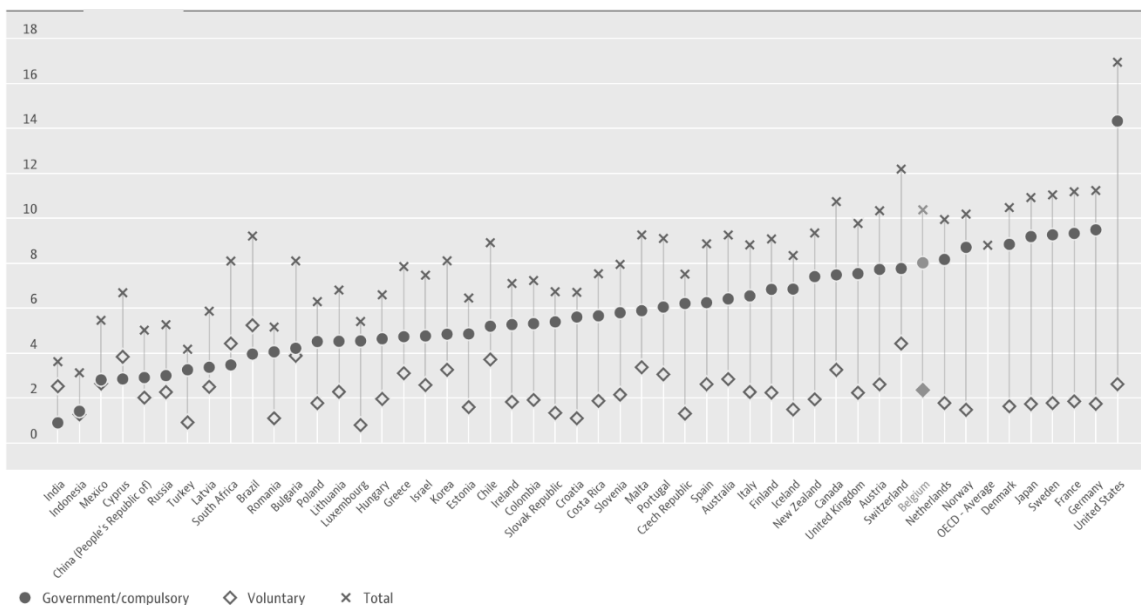
Het is al lang geen geheim meer dat defensieve geneeskunde een overbodig en duur neveneffect is van hedendaagse geneeskunde (Garattini & Padula, 2020). Eerder werd al aangehaald dat defensieve geneeskunde beschouwd wordt als een van de minst wenselijke effecten wanneer wordt gekeken naar de toename in medische geschillen (Tancredi & Barondess, 1978). Deze negatieve gevolgen dienen echter genuanceerd te worden. Voldoende onderzoek toont aan dat er aan defensieve geneeskunde ook positieve gevolgen verbonden zijn (OTA, 1994). Daarom wordt hieronder een overzicht geformuleerd met daarin de voornaamste negatieve en positieve gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde.

Hiervoor werd reeds beschreven hoe complex het definiëren van de standaard norm van zorgverlenen is. Deze masterthesis accepteert echter, voor het verduidelijken van de gevolgen, de hypothese dat het optimale zorgniveau zoals weergegeven in Figuur 2 voor handen is.

2.4.1 *Negatieve gevolgen*

In Figuur 2 wordt het optimale zorgniveau weergegeven, dit is het punt waar de totale kostencurve haar minimum bereikt. Uit de grafiek kunnen al zeker (de) twee (grootste) negatieve gevolgen geïdentificeerd worden. Wanneer een arts zich reeds in het optimale punt bevindt en extra handelingen stelt om zichzelf te beschermen tegen een claim brengt dit enerzijds overtollige financiële kosten met zich mee en aan de andere kant kan de patiënt lichamelijke of morele schade ondervinden. Met andere woorden, door het uitoefenen van defensieve geneeskunde gaat de arts zich verder van het optimale niveau van zorg positioneren (van Velthoven & van Wijck, 2012). Hier volgt een hypothetisch voorbeeld ter illustratie. Stel patiënt X zit op zaterdagavond, zoals wekelijks, te supporteren voor zijn favoriete voetbalploeg. Uiteraard mogen bier, chips en andere snacks niet ontbreken tijdens deze wekelijkse activiteit. Op een bepaald moment voelt patiënt X vreselijke pijn op de borst

en belt een ambulance. Nadat hij een opeenvolging van testen ondergaat zoals een bloedonderzoek, een EKG, een CT-scan en zelfs een fysieke test op de loopband, wordt hij ter observatie opgenomen in het ziekenhuis voor één nacht. De dag nadien wordt patiënt X naar huis gestuurd met de diagnose van een organische dyspepsie (indigestie). Uit dit voorbeeld kan worden afgeleid dat, gezien de diagnose, bepaalde testen overbodig waren. Met andere woorden, de arts heeft zorgvuldiger gehandeld dan strikt medisch noodzakelijk en dit louter om de kans op een medisch incident te verkleinen. Hierbij is de zorgverlener het efficiëntste punt van zorgverlening gepasseerd en heeft deze de kans op gezondheidsschade bij de patiënt verhoogd. Naast de schade die bijvoorbeeld overmatige blootstelling aan ioniserende straling, voorkomend uit CT-scans, met zich mee draagt zijn er ook extra kosten aan verbonden (UCSF, 2020). Ook Kessler et al. (2006) bevestigt dat defensieve geneeskunde die plaatsvindt na het optimale niveau van zorgverlening een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg en de kosten.



Figuur 4 - Uitgaven aan gezondheidszorg 2018 (in % BBP) (OECD, 2019)

De essentie van Figuur 4 is om te benadrukken dat aanzienlijke bedragen (miljarden) uitgegeven worden aan gezondheidszorg in ons land. Het is van essentieel belang dat deze monetaire middelen efficiënt benut worden. Overtollige uitgaven voortkomend uit bijvoorbeeld defensieve geneeskunde is een element dat vervat zit in deze uitgaven aan gezondheidszorg. Het is dan ook zo dat de kosten van defensieve geneeskunde, na het efficiënte punt van zorgverlening een aanslag zijn op de efficiëntie van consumptie van de monetaire middelen, zeker in tijden van besparingen (VL-Regering, 2019). Zo blijkt dat in de Verenigde Staten van Amerika de kosten gerelateerd aan defensieve geneeskunde jaarlijks \$50 miljard tot \$100 miljard bedragen, gelijk aan twee tot drie procent van het BBP (Panella, et al., 2017). Defensieve geneeskunde draagt bij aan de totale uitgave aan gezondheidszorg, doch is het slechts een fractie van de \$10.000/capita dat hieraan wordt uitgegeven in de Verenigde Staten van Amerika (OECD, 2019). In Figuur 4 wordt weergegeven hoeveel procent van het bruto binnenlands product wordt uitgegeven aan gezondheidszorg in OECD-landen. Deze landen zijn

beter bekend als de leden van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), opgericht in 1961. De OESO behandelt economische vraagstukken, bestrijdt corruptie, regelt disputen tussen leden en niet-leden en dergelijke meer (OESO, 2020). Op Figuur 4 valt ook nog af te lezen dat de Verenigde Staten van Amerika (uiterst rechts op de grafiek) de leiderspositie bekleedt. Maar liefst 16,9% van het BBP van de Verenigde Staten van Amerika wordt uitgegeven aan gezondheidszorg. In België wordt 10,4% van het BBP hieraan uitgegeven, dat is goed voor \$4.944/capita (OECD, 2019). Echter is geen literatuur voorhanden die de kostprijs van defensieve geneeskunde in België weergeeft.

Een ander negatief gevolg verbonden aan defensieve geneeskunde is dat de toegang tot gezondheidszorg wordt beperkt voor risicovollere patiënten. Negatieve defensieve geneeskunde vertaalt zich namelijk in vermijdingsgedrag waardoor de risicovolle patiënten moeilijkheden ondervinden om de juiste behandeling te vinden. Wanneer er veel vermijdingsgedrag plaatsvindt gaat zorg schaarser worden en met gevolg dus ook duurder (OTA, 1994). Daarnaast vermijden zorgverleners die negatieve defensieve geneeskunde uitvoeren ook risicovolle of experimentele procedures (Garattini & Padula, 2020). Innovatie van de gezondheidszorg wordt belemmerd wanneer artsen deze experimentele procedures niet testen (OTA, 1994). Helaas zijn er dus tal van negatieve gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde. Gelukkig wijst bestaand onderzoek ook op de positieve zijde van defensieve geneeskunde, deze wordt nu besproken.

2.4.2 Positieve gevolgen

In contradictie met de vorige drie paragrafen wijst OTA (1994) op de baat die de patiënt kan hebben, weliswaar tot op een bepaald niveau, bij defensieve geneeskunde. De linkerzijde van het optimale niveau van zorgverlening, weergegeven in Figuur 2, kan als wenselijk worden beschouwd. Zolang de zorgverlener het optimale niveau van zorgverlening nog niet heeft bereikt en extra testen en procedures uitvoert kan de patiënt baat hebben bij defensieve geneeskunde (OTA, 1994). Zo kunnen deze extra testen zorgen voor het vroegtijdig en toevallig opsporen van aandoeningen bij de patiënt. Hierdoor kan tijdig de behandeling worden opgestart (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Intuïtief zullen minder medische incidenten voorkomen aangezien artsen extra zorgvuldig handelen om hun medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren. Artsen geven ook aan regelmatig in een defensieve context patiënten door te verwijzen naar specialisten en meer gedetailleerde notities te maken in het patiëntendossier (Summerton, 1995; Catino, 2011; Vandersteegen et al., 2016). Ook dit kan positief zijn, daar patiënten op die manier sneller bij de correcte arts-specialist terecht komen en behandeld kunnen worden. Het statement dat defensieve geneeskunde niet altijd een negatief karakter heeft werd daarnaast door meerdere studies in het verleden bevestigd (Capp, 1990; Lawthers et al., 1992; Cassel and Reuben, 2011). Wel moet opgemerkt worden dat het positieve en negatieve karakter van defensieve geneeskunde in geen geval verward mag worden met de termen positieve defensieve geneeskunde en negatieve defensieve geneeskunde.

In de voorgaande paragrafen werd een samenloop van omstandigheden uitgebreid besproken die aan de oorsprong liggen van defensieve geneeskunde. Artsen gaan namelijk defensief gedrag vertonen tijdens het streven naar een optimaal niveau van zorgverlening om de kans op een medisch incident te minimaliseren. De voornaamste gevolgen hieraan verbonden werden zonet vermeld. In wat volgt worden de meest doorslaggevend drijvers van defensieve geneeskunde opgesomd die voortkomen uit een niet exhaustieve zoektocht naar literatuur.

2.5 Doorslaggevende drijvers van defensieve geneeskunde

Uit de tot nu toe uitgevoerde literatuurstudie blijkt dat defensieve geneeskunde ontstaat door de, vaak dubieuze, prikkels die het medisch aansprakelijkheidssysteem uitstuurt om artsen aan te zetten zorgvuldig te handelen. Dit in combinatie met het streven naar een optimaal niveau van zorgverlening resulteert in defensief gedrag. Daarnet werd ook geschetst welke vormen defensief gedrag kan aannemen en welke gevolgen verbonden zijn aan defensieve geneeskunde. Vooraleer over te gaan naar arts-karakteristieken die geïdentificeerd worden als drijver van defensieve geneeskunde moet het onderscheid gemaakt worden tussen arts-specialisten en huisartsen. Intuïtief is het werkveld van art-specialisten in vergelijking met huisartsen meer volatiel inzake de kans op het maken van een medische fout (Bean, 2016; Garattini & Padula, 2020). Summerton (1995) verklaart dit met het feit dat handelingen gesteld door huisartsen eenvoudigweg minder ingrijpend zijn en de kans op een medisch incident hierdoor wordt geminimaliseerd. Neurochirurgen die in hun praktijkvoering patiënten behandelen met een hersenbloeding hebben gevoelsmatig een grotere kans om nalatig te handelen met een medisch incident als gevolg (Bean, 2016). Bepaalde arts-karakteristieken zijn vaak verbonden aan een hogere prevalentie van defensieve geneeskunde (OTA, 1994). Daarom worden hierna enkele doorslaggevende drijvers van defensieve geneeskunde met betrekking tot arts-specialisten toegelicht.

2.4.1 Specialismen opgedeeld in risicogroepen

In de literatuur worden twee arts-karakteristieken beschreven als doorslaggevende drijvers van defensieve geneeskunde. Een eerste karakteristiek is het specialisme waarin de arts actief is. De meerderheid van de uitgevoerde studies deelt specialismen op in drie categorieën volgens het risico op een claim. De specialismen worden gecategoriseerd in laag, gemiddeld en hoog risico (Baicker, Wright, & Olson, 2015). Specialismen die gekenmerkt worden door een hoog risico zijn gynaecologie en verloskunde, neurochirurgie en orthopedie. De categorie met een gemiddeld risico bevat onder andere algemene chirurgie, cardiologie en radiologie. De laatste categorie, die tevens ook het laagste risico bevat, bevat specialismen als geriatrie, pediatrie en psychiatrie (Jena, Seabury, Lakdawalla & Chandra, 2011; Baicker, Wright & Olson, 2015; Vandersteegen et al., 2016).

Auteur(s)	Land	Risicogroep	% defensieve geneeskunde
Studdert et al. (2005)	Verenigde Staten van Amerika	Hoog	92%
Baicker, Wright & Olson (2015)	Verenigde Staten van Amerika	Hoog	96%
Zhu, Li & Lang (2018)	China	Hoog	62,9%
Baicker, Wright & Olson (2015)	Verenigde Staten van Amerika	Laag	57%
Hiyama et al. (2006)	Japan	Laag	98%

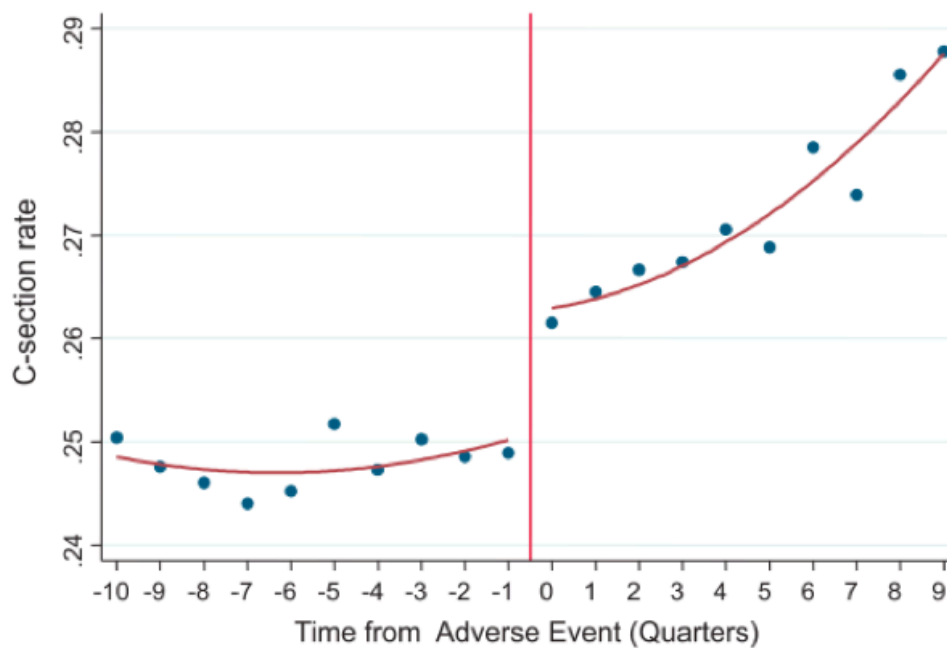
Tabel 1 - % defensieve geneeskunde per risicogroep

Een overzicht van enkele vooraanstaande studies die de prevalentie van defensieve geneeskunde gesteld door arts-specialisten onderzocht wordt weergegeven in Tabel 1. Zonet werd verduidelijkt dat specialismen worden opgedeeld in een categorie verbonden aan de hoogte van het risico op een medisch incident om onderzoek te voeren. De eerste drie studies tonen de prevalentie van defensieve geneeskunde bij specialismen die gecategoriseerd worden in een groep met hoog risico op medische incidenten. De twee daaropvolgende meten de prevalentie bij specialismen met een laag risico op medische incidenten. De vijf studies werden uitgevoerd aan de hand van enquêteonderzoek en peilden naar de perceptie over het medisch aansprakelijkheidssysteem bij arts-specialisten uit de hoge en lage risicogroep. Ook de mate van defensieve geneeskunde in de klinische besluitvorming van deze arts-specialisten werden bevraagd (Studdert et al., 2005; Hiyama et al., 2006; Baicker, Wright & Olson, 2015; Zhu, Li & Lang, 2018). Hoewel Baicker, Wright & Olson (2015) aangeven dat de risicogroep waarin een specialisme wordt gecategoriseerd wel degelijk een verschil weergeeft in de prevalentie van defensieve geneeskunde zijn er andere studies die dit contrasteren. Zo concluderen Zhu, Li & Lang (2018) dat slechts 62,9% van de respondenten, tewerkgesteld in de verloskunde en dus gecategoriseerd onder hoog risico, defensieve geneeskunde uitvoert. Hiyama et al. (2006) stellen vast dat de gastroentologen, die behoren tot de lage risicogroep, in hun studie nagenoeg allemaal beweren defensieve geneeskunde uit te oefenen. Deze discrepantie valt in zekere mate te verklaren door de manier van vraagstelling in de enquête (OTA, 1994). Wanneer bij het peilen naar de prevalentie van defensieve geneeskunde een vraagstelling wordt gehanteerd die inspeelt op ongewenste, emotioneel geladen of controversiële gedragingen of gedachten kan de respondent in een bepaalde richting worden gedreven. Als voorbeeld kan het volgende aangehaald worden: zo zullen de antwoorden van respondenten verschillen bij een titel als 'Studie naar het medisch aansprakelijkheidsrisico' en een titel als

'Studie naar de kosten-effectiviteit van gezondheidszorg' waarin dezelfde vragen worden verwerkt (Baicker, Wright & Olson, 2015).

2.4.1 De claimgeschiedenis van de arts

Een tweede arts-karakteristiek die wordt gezien als invloedrijk is de claimgeschiedenis van de arts. Hiermee wordt bedoeld dat artsen die reeds genoemd zijn in een medische aansprakelijkheidsclaim een hogere prevalentie van defensieve geneeskunde zouden rapporteren omdat ze mogelijk een verhoogd gepercipieerd aansprakelijkheidsrisico hebben (Baicker, Wright, & Olson, 2015). In de studie van Baicker, Wright & Olson (2015) wordt geconcludeerd dat 70% van de artsen die al eerder genoemd zijn in een claim defensieve geneeskunde rapporteren, vergeleken met 59% tegen wie nog geen claim is ingesteld. Ook Asher et al. (2012) geven aan deze conclusie te steunen. Echter suggereren Studdert et al. (2005) dat de claimgeschiedenis geen invloed heeft op de prevalentie van defensieve geneeskunde. De contradicties in deze resultaten zijn mogelijk te verklaren door de verschillende populaties en de andere werking van hun medisch aansprakelijkheidssysteem gezien Baicker, Wright & Olson (2015) Amerikaanse artsen bevroegen en Asher et al. (2012) Israëliëse (Asher, Greenberg-Dotan, Halevy, Glick, & Reuveni, 2012).



Figuur 5 - C-section rate before/after claim (Shurtz, 2013)

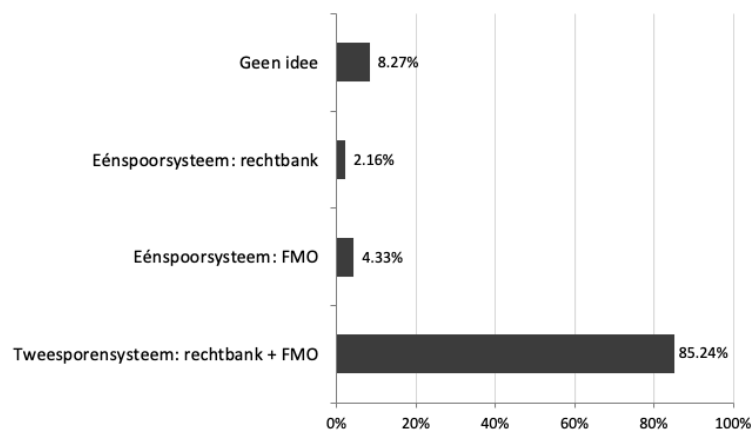
Om te illustreren hoe de aanraking met een claim invloed heeft op het gepercipieerd aansprakelijkheidsrisico van de arts wordt Figuur 5 aangehaald (Shurtz, 2013). *Op de verticale as* wordt de proportie van keizersneden weergegeven en *op de horizontale as* wordt een tijdshorizon afgebeeld. De verticale curve geeft het punt weer waarop de arts wordt geconfronteerd met een claim. Links van de curve omvat het aantal keizersneden voor de confrontatie en rechts van de curve omvat het aantal keizersneden na de confrontatie. Shurtz

(2013) concludeert dat artsen die geconfronteerd worden met een medische aansprakelijkheidsclaim significant meer keizersnedes uitvoeren vanaf het moment dat zij effectief geconfronteerd werden met deze claim.

De vraag waarom artsen defensief handelen is beantwoord, de gevolgen verbonden aan defensieve geneeskunde werden in kaart gebracht en ook de meest doorslaggevende drijvers werden zonet toegelicht. Maar hebben onze artsen dan niet geleerd hoe zij moeten handelen in ambigue situaties zoals eerder vermeld? Er wordt nu dieper ingegaan op de kennis van Belgische arts-specialisten over het medisch aansprakelijkheidssysteem.

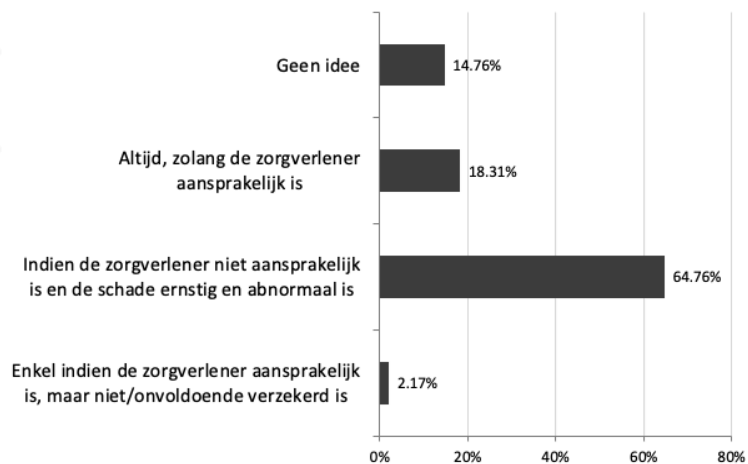
2.5 Belgische artsen en hun kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem

In een onderzoek concluderen Vandersteegen et al. (2015) dat 8,27% van de ondervraagde arts-specialisten geen idee heeft welk medisch vergoedingssysteem van kracht is in België zoals afgebeeld in Figuur 6. Daarenboven gaf 6,49% van de respondenten een foutief antwoord op diezelfde vraag. Vrij opmerkelijk dat 75 van de 508 respondenten geen correct beeld heeft van het huidige medisch aansprakelijkheidssysteem in België. Eerder in deze masterthesis werd duidelijk dat het medisch aansprakelijkheidssysteem aan de oorsprong ligt van defensieve geneeskunde en dat, tot op een bepaald niveau, defensieve geneeskunde gereduceerd dient te worden. Intuïtief wordt verwacht dat artsen op zijn minst op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in het land waar ze werkzaam zijn.



Figuur 6 - Welk type medisch aansprakelijkheidssysteem is momenteel van kracht in België? (Vandersteegen et al., 2015)

Verder peilden Vandersteegen et al. (2015) ook nog of de artsen op de hoogte zijn van de werking van het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO). Zoals te zien in Figuur 7 heeft maar liefst 18,31% van de bevroagden een compleet verkeerd beeld over in welk geval het FMO instaat voor de betaling van een schadevergoeding. Daarenboven geeft bijna 15% van de respondenten aan zelfs geen idee te hebben wanneer het FMO instaat voor de betaling van een schadecalaim (Vandersteegen et al., 2015). Of onze artsen voldoende zijn opgeleid gedurende hun educatie kan dus zeker in vraag gesteld worden.



Figuur 7 - Wanneer staat het FMO in voor de betaling van een claim? (Vandersteegen et al., 2015)

Daarnaast werd in een andere studie van Vandersteegen et al. (2015) gepeild naar het effect van het medisch aansprakelijkheidssysteem op de klinische besluitvorming van artsen. Hierin werd geconcludeerd dat bijna de helft van de respondenten het medisch aansprakelijkheidsrisico zéér belangrijk achtten in hun klinische besluitvorming. Echter moeten deze resultaten genuanceerd worden, vermits slechts 90 respondenten de enquête invulden.

Eerder werd toegelicht dat het medisch aansprakelijkheidssysteem aan de oorsprong ligt van defensief gedrag. Artsen moeten dus voldoende worden opgeleid over het medisch aansprakelijkheidssysteem om te weten hoe ze moeten omgaan met de prikkels die het systeem uitstuurt. Zonet werd aangetoond dat Belgische arts-specialisten hierover niet voldoende op de hoogte zijn. Aangezien alles begint bij de educatie van de artsen (Tancredi & Barondess, 1978) is het uiteraard interessant om na te gaan bij Vlaamse geneeskundestudenten in welke mate zij worden opgeleid over het medisch aansprakelijkheidssysteem en hoe om te gaan met medische incidenten. Tot kennis van deze masterthesis is er nog geen onderzoek gedaan naar de mate waarin Belgische geneeskundestudenten worden opgeleid om te gaan met medische incidenten en hun kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem. In tegenstelling tot de Verenigde Staten van Amerika, daar hebben onderzoekers wel reeds studenten bevroegd. Hier werd de perceptie van geneeskundestudenten over medische aansprakelijkheid en defensieve geneeskunde onderzocht. De resultaten van de Amerikaanse studies worden nader toegelicht in wat volgt.

2.6 Bestaand onderzoek naar de perceptie van geneeskundestudenten inzake medische aansprakelijkheid en defensief gedrag

De resultaten van onderzoek naar de kennis/ervaring van Amerikaanse studenten geneeskunde over/met medische aansprakelijkheid en defensieve geneeskunde worden hieronder weergegeven. Niettemin moeten deze resultaten met enige voorzichtigheid

geïnterpreteerd worden wanneer deze vergeleken worden met de resultaten van het empirisch onderzoek van deze masterthesis. Het medisch aansprakelijkheidssysteem verschilt namelijk per land (OTA, 1994).

Johnston, Rodriguez, Suarez & Fortman (2014) concludeerden dat 102 van de 124 derdejaars studenten geneeskunde aan de universiteit van San Fransisco zich geen zorgen maakte om een medische aansprakelijkheidsclaim. Toch gaf de meerderheid (55,9%) aan dat professoren hun bezorgdheid om medische aansprakelijkheid lieten blijken. De nipte meerderheid (51%) van de respondenten gaf aan de mate van genot in hun werk te zien afnemen door de aanwezigheid van claims. Slechts 21,4% van de respondenten zou hun keuze van specialisatie laten beïnvloeden door de prevalentie van claims in dat specialisme. Van de 102 respondenten gaf niet meer dan 16,7% aan bekommernis te tonen voor het aanleren van bepaalde handelingen en procedures. Deze resultaten komen voort uit een enquêteonderzoek en zijn statistisch significant getest door middel van een 95% betrouwbaarheidsinterval (Johnston, Rodriguez, Suarez, & Fortman, 2014).

In 2012 werd er een bevraging gedaan bij vierdejaarsstudenten geneeskunde aan de *Northwestern University Feinberg School of Medicine* in Chicago, Illinois. Hierbij werden zowel positieve als negatieve defensieve handelingen bevraged. Zo moesten de studenten bijvoorbeeld op een zeven punt Likert schaal aanduiden hoe vaak zij observeerden dat er meer medicatie wordt voorgeschreven dan strikt medisch noodzakelijk. In dit geval observeerden 57% van de 126 respondenten dat hun supervisor vaak meer testen aanvraagt dan strikt medisch noodzakelijk. Daartegenoverstaande observeert slecht 19% dat hun supervisor meer medicatie voorschrijft dan strikt medisch noodzakelijk. Een opmerkelijke 88% van de studenten geeft aan dat hun supervisor (bijna) nooit risicovolle procedures vermijdt en 68 studenten geven aan dat hun supervisor (bijna) nooit expliciet aangeeft dat het medisch aansprakelijkheidsrisico invloed heeft op zijn/haar klinische besluitvorming. In het verlengde hiervan geven slechts 17 respondenten aan dat hun supervisor impliceert dat het medisch aansprakelijkheidsrisico invloed heeft op zijn/haar klinische besluitvorming (O'Leary, Choi, Watson, & Williams, 2012).

Deze masterthesis gaat dus uit van de hypothese dat de artsen voldoende opgeleid moeten worden omtrent het medisch aansprakelijkheidssysteem, -risico en defensieve geneeskunde. Maar ook hoe zij moeten omgaan met medische incidenten. In het kader van deze hypothese zal deze masterthesis onderzoeken in welke mate Vlaamse studenten geneeskunde op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem en defensieve geneeskunde. Ook wordt geanalyseerd wat hun algemene perceptie is over medische aansprakelijkheid en defensief gedrag, alsook hun perceptie met betrekking tot de opleiding en praktijkervaring. Vooreerst komen de voornaamste empirische onderzoeksmethoden aan bod die worden toegepast om onderzoek te voeren naar de prevalentie van defensieve geneeskunde bij artsen.

2.7 Een overzicht van toegepaste empirische onderzoeksmethoden

Zoals eerder aangetoond in deze masterthesis is onderzoek naar defensieve geneeskunde in de afgelopen jaren toegenomen. Voornamelijk in de Verenigde Staten van Amerika is onderzoek naar dit topic gevoerd (Garattini & Padula, 2020). Volgens Vandersteegen, Marneffe & Vandijck (2015) kan de geringe hoeveelheid aan onderzoek naar defensieve geneeskunde in ons land te wijten zijn aan de moeilijkheidsgraad van het meten van defensieve geneeskunde. Het is enorm complex om te identificeren welke handelingen effectief in een defensieve context worden uitgevoerd. De grens tussen handelingen die strikt en niet strikt medisch noodzakelijk zijn is veelal ambigu (Garattini & Padula, 2020). Daarom stellen Vandersteegen, Marneffe & Vandijck (2015) dat de resultaten van deze studies met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen worden.

Uit de literatuurstudie kan worden samengevat dat vier empirische onderzoeksmethoden worden toegepast om de prevalentie van defensieve geneeskunde te meten. Zo kunnen artsen rechtstreeks bevraagd worden over hun perceptie over het medisch aansprakelijkheidsrisico en de mate van defensieve geneeskunde aan de hand van een enquêteonderzoek. Een andere manier is om een enquêteonderzoek op basis van klinische scenario's af te nemen. Een derde mogelijkheid om bij artsen te peilen naar de prevalentie van defensieve geneeskunde is het opzetten van een experiment. Als laatste methode kan gekozen worden voor het meten van de impact van het medisch aansprakelijkheidsrisico op de klinische besluitvorming van artsen (OTA, 1994; Baicker, Wright & Olson, 2015). Hieronder worden deze methoden nader toegelicht.

2.7.1 Enquêteonderzoek bij artsen

De meest gebruikte onderzoeksmethode om prevalentie van defensieve geneeskunde bij artsen te meten is enquêteonderzoek (Baicker, Wright, & Olson, 2015). Het is namelijk de goedkoopste manier om een grote hoeveelheid data te verzamelen op korte tijd. Online enquêtes blijken hierbij te resulteren in een relatief hoog responspercentage. Daartegenover staat het nadeel dat respondenten trachten sociaal wenselijke antwoorden te geven. Dit kan gedeeltelijk omzeild worden door anonimiteit van de gegevens te garanderen aan de respondenten. Evenwel is het persoonlijke karakter van het onderzoek in dit soort onderzoek door het gebruik van meerkeuzevragen. Er wordt vaker gebruikt gemaakt van meerkeuzevragen omdat deze eenvoudiger te analyseren zijn dan open vragen (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2015).

Asher et al. (2012) geven aan in hun studie dat de antwoorden van artsen in een enquêteonderzoek *biased* kunnen zijn. Dit kan doordat de respondenten een vraag zoals 'Hoeveel van de bloedafnames die u stelde in de afgelopen maand voerde u defensief uit?' verkeerd inschatten. Het is dan ook niet eenvoudig voor artsen om te definiëren welke handelingen strikt of niet strikt medisch noodzakelijk zijn zoals eerder in deze masterthesis werd toegelicht. Daarnaast wordt onbewust defensief gedrag echter niet geconstateerd, maar is wel aanwezig (Asher, Greenberg-Dotan, Halevy, Glick, & Reuveni, 2012). Deze verkeerde

inschatting kan ook een gevolg zijn van het willen geven van sociaal wenselijke antwoorden (Studdert, et al., 2005).

2.7.2 Enquêteonderzoek bij artsen op basis van klinische scenario's

De klinische scenario's die worden opgesteld bevatten fictieve patiënten met fictieve klachten. Zo worden elementen als het geslacht van de patiënt, de leeftijd, uitslagen van diagnostische testen en verwachtingen en aandoeningen die de patiënt heeft, besproken in het scenario. Hierna wordt aan de arts een lijst met verscheidene klinische besluitvormingen voorgelegd waaruit hij/zij moet kiezen. Deze creëren een soort spanningsveld waaraan de klinische vraag zijn relevantie ontleent. Daarnaast wordt gepoogd om de gedachtegang achter de gekozen klinische besluitvorming te verduidelijken. De onderzoekers stellen vragen met betrekking tot de mate van bezorgdheid voor een medische claim tijdens de klinische besluitvorming et cetera om zo te kunnen oordelen in welke mate de keuze van de arts geassocieerd kan worden onder defensieve geneeskunde. Naast dit soort vragen wordt ook vaak gevraagd aan de respondent om aan te duiden welke factoren hun keuze hebben beïnvloed. Deze lijst bevat ook de keuzemogelijkheid dat de respondent beïnvloed werd door het medisch aansprakelijkheidsrisico, wat aanleiding geeft tot het defensieve karakter van de gekozen klinische besluitvorming (OTA, 1994). Belangrijk om te vermelden is dat deze klinische scenario's specialisme specifiek zijn, de nadelen hiervan worden onderaan besproken.

Door het specifieke karakter van deze onderzoeksmethode kan eenvoudig gepeild worden naar klinische besluitvorming in scenario's waarvan reeds is aangetoond een hoge prevalentie van defensieve geneeskunde voor te komen. Daarnaast zorgt deze methode voor minder *bias* wanneer het gaat om het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Omdat respondenten zich, door de uitgebreide beschrijving van het scenario, kunnen inleven in de vooropgestelde situatie. Zo gaan ze meer rapporteren hoe zij in een reële situatie zouden handelen. Hieruit volgt dat de data meer betrouwbaar is (OTA, 1994).

Een eerste nadeel komt overeen met het reguliere enquêteonderzoek. Enkel het defensieve gedrag waar de arts zich van bewust is wordt geregistreerd. Daarnaast is het immens tijdrovend om klinische scenario's op te stellen. Doordat bovendien de scenario's expliciet zijn opgesteld voor een bepaald specialisme of met de focus op een bepaalde karakteristiek kunnen de resultaten vrijwel nooit gegeneraliseerd worden. Meer specifiek vermindert de mate van generaliseerbaarheid van de resultaten naarmate het klinisch scenario specifiekker wordt (OTA, 1994).

2.7.3 De casestudiemethode

Aan de hand van de casestudiemethode gaan onderzoekers de impact meten van het medisch aansprakelijkheidsrisico op het gebruik van specifieke klinische methoden (OTA, 1994). Deze onderzoeksmethode wordt gekenmerkt door een iteratief onderzoeksproces waarbij de

ondernomen stappen geen lineair proces vormen. Verschillende technieken worden toegepast zoals diepte-interviews en observaties. Dit biedt de onderzoeker de kans om diepgaande inzichten te verwerven, maar is niet de minst complexe onderzoeksmethode die kan worden toegepast (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2015).

De verzamelde data uit de casestudiemethode is veel diepgaander en rijker dan bij andere onderzoeksmethoden. Deze methode wordt vaak toegepast in gevallen waarbij geen brede populatie bereikbaar is. Net zoals de vorige onderzoeksmethoden zijn ook hier de resultaten niet generaliseerbaar door het specifieke karakter van de onderzoeksmethode. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de casestudiemethode is het complexer om de oorzaak-gevolg relatie te beschrijven. Dit is het gevolg van het brede en flexibele karakter van de onderzoeksoptzet (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2015). Een andere reden voor de complexiteit van het bepalen van de oorzaak-gevolg relatie is de mate van subjectiviteit van de verzamelde data (OTA, 1994).

2.7.4 Statistische analyse van de impact van het medisch aansprakelijkheidsrisico op de klinische besluitvorming van artsen

Aan de hand van deze methode trachten onderzoekers na te gaan in welke mate het medisch aansprakelijkheidsrisico impact heeft op het gebruik van medische procedures zoals bijvoorbeeld keizersnedes. Door de band genomen wordt deze impact gemeten door middel van een multivariate analyse. Als afhankelijke variabele wordt in deze statistische analyses de prevalentie van een of meerdere medische procedures genomen. De onafhankelijke variabele in dit soort analyse is bijvoorbeeld een variabele die aangeeft of de arts op de hoogte is van een wijziging van het medisch aansprakelijkheidssysteem. De klinische besluitvorming van artsen kan uiteraard ook nog worden beïnvloed door andere factoren, dan is er sprake van *confounders*. Wat benadrukt dient te worden is dat dankzij deze multivariate analyse gecontroleerd kan worden voor deze *confounders* die de klinische besluitvorming van artsen kunnen beïnvloeden zoals de leeftijd en gezondheidstoestand van de patiënt, karakteristieken van de zorginstelling en andere socio-economische factoren. Deze extra controlevariabelen worden toegevoegd aan het regressiemodel en zorgen ervoor dat onderzoekers de impact kunnen corrigeren voor deze versturende factoren. De mogelijke *confounders* worden geïmporteerd uit bestaande gebruiksgegevens die verzameld zijn voor andere doeleinden zoals ontslaggegevens van zorginstellingen en de verzekeringsgegevens van artsen waarin is terug te vinden of deze reeds een schadeclaim tegen zichzelf ingesteld heeft gekregen. Deze analyses kunnen worden uitgevoerd met betrekking tot een bepaald specialisme, een geografisch gebied en een specifieke zorginstelling (OTA, 1994). Vandersteegen et al. (2016) hebben aan de hand van deze onderzoeksmethode de impact trachten weer te geven van de invoer van het driesporensysteem op de prevalentie van defensieve handelingen gesteld door arts-specialisten en hun klinische besluitvorming.

Daar waar de mate van beschikbaarheid van diepgaande data over een specifieke handeling een voordeel is voor de betrouwbaarheid van de resultaten, is dit net zoals bij de twee voorgaande onderzoeksmethoden ook een nadeel. De resultaten die betrekking hebben op een specifieke handeling of procedure zijn weinig generaliseerbaar. Hoewel deze nadelen aanwezig zijn, kan een multivariate analyse nuttig zijn voor bepalen van het incrementele effect van een verandering in het medisch aansprakelijkheidslandschap op de prevalentie van defensieve geneeskunde. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat het incrementele effect kan vastgesteld worden tussen bijvoorbeeld artsen die reeds gerechtelijk vervolgd zijn en artsen waarbij dit niet het geval is. Echter heeft deze onderzoeksmethode niet de capaciteit om de werkelijke prevalentie van defensieve geneeskunde te rapporteren. Om te besluiten kan aan de hand van deze onderzoeksmethode geen causaal verband aangetoond worden omdat er andere variabelen (*confounders*) zijn die de relatie kunnen beïnvloeden (OTA, 1994).

Nu het kader van het empirisch onderzoek is gevormd is het momentum aangebroken dat de vergaarde kennis omgezet wordt in praktijk. In het volgende hoofdstuk worden het onderzoeksdesign en de resultaten van het empirisch onderzoek besproken.

III. Empirisch onderzoek

COVID-19 DISCLAIMER: Het initiële doel van het empirisch onderzoek van deze masterthesis was het in kaart brengen van de prevalentie van defensieve geneeskunde bij Vlaamse huisartsen. Gezien de focus van Vlaamse huisartsen gedurende het schrijven van deze masterthesis lag bij het bestrijden van COVID-19 werd er geopteerd om een nieuw empirisch onderzoek op te stellen. Aangezien uit de literatuurstudie blijkt dat defensief gedrag voortkomt uit het medisch aansprakelijkheidssysteem. En artsen dus voldoende op de hoogte dienen te zijn over de werking van het medisch aansprakelijkheidssysteem om te kunnen omgaan met de prikkels die dit systeem uitstuurt. Maar ook het lezen van een onderzoek, dat hierna verder wordt toegelicht, dat concludeerde dat Belgische arts-specialisten niet voldoende op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in België. Kunnen we in vraag stellen of de Belgische artsen voldoende worden opgeleid hieromtrent. Aangezien kennis van artsen gedeeltelijk vergaard wordt gedurende de opleiding leek het interessant om Vlaamse geneeskundestudenten te bevragen over hun kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem. Verder tracht dit empirisch onderzoek te achterhalen in welke mate Vlaamse geneeskundestudenten worden opgeleid in hoe om te gaan met medische incidenten. Andere resultaten die dit onderzoek poogt te bekomen worden toegelicht in 3.1.1 Methodologie vragenlijst.

3.1 Onderzoeksmethode

3.1.1 Methodologie vragenlijst

Dit enquêteonderzoek werd gebaseerd op de vragenlijst die Tom Vandersteegen in 2015 uitstuurde naar 508 Belgische arts-specialisten in het kader van zijn studie naar de perceptie van arts-specialisten over het medisch aansprakelijkheidssysteem in België (Vandersteegen, Marneffe & Vandijck, 2015). Voorts werd de vragenlijst aangevuld met relevante studies die reeds werden uitgevoerd in de Verenigde Staten van Amerika. In 2008 werd de perceptie van geneeskundestudenten van de *San Fransico Medical School* gemeten over het medisch aansprakelijkheidsrisico en defensieve geneeskunde door Johnston et al. (2014). In 2010 voerden O'Leary et al. (2012) een gelijkaardige studie uit die werd afgenomen bij geneeskundestudenten van de *Northwestern University Feinberg School of Medicine* in Chicago, Illinois.

De vragenlijst die werd opgesteld om een antwoord te formuleren op de empirische onderzoeksvragen bevraagd verschillende onderwerpen. Zo werden de respondenten in het eerste blok bevraagd over socio-demografische kenmerken en vragen specifiek met betrekking tot hun opleiding. In het blok waar socio-demografische kenmerken werden bevraagd moesten respondenten volgende elementen achterlaten: leeftijd, geslacht, woonplaats en het aantal pogingen dat de respondent nodig had om te slagen voor het toelatingsexamen. Hierna werden vragen toegevoegd die betrekking hebben op de opleiding geneeskunde. Er werd de respondenten gevraagd aan te geven aan welke universiteit(en) ze studeren en in welk jaar ze zich bevinden. Voorts werd aan de respondenten, die zich reeds in hun specialisatie

bevinden, gevraagd voor welk specialisme ze hebben gekozen en in welk specialisatiejaar ze zitten. Daarnaast werd aan alle respondenten de vraag gesteld welke stage(s) reeds werden aangevat door hen, alsook de vraag in wat voor type instelling deze stage(s) plaatsvonden. Om correcte informatie te verzamelen met betrekking tot de opleiding werden informatiebrochures van de verschillende Vlaamse universiteiten geraadpleegd. Hieruit werden alle mogelijke stages die een student kan aanvatten samengevat. Daarnaast werden alle mogelijke specialismen opgenomen in deze vragenlijst dankzij dezelfde informatiebrochures. Dit eerste blok had als doel een duidelijk algemeen beeld te vormen over de karakteristieken van de gemiddelde respondent in deze masterthesis.

Voorts werd in een tweede segment van de enquête gepeild naar de kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem, defensieve geneeskunde en de mogelijkheid zich als toekomstig arts te wenden tot een meldpunt voor medische incidenten. Aan de hand van deze kennispeiling kon onderzocht worden in welke mate de Vlaamse geneeskundestudenten op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in België. Ook de werking van het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) werd bevestigd. We weten ondertussen dat er in België een tweesporensysteem aanwezig is waarbij geschillen zowel geregeld kunnen worden via de rechtbank als via het Fonds voor Medische Ongevallen. Om volledig te zijn is er een driesporensysteem actief waarbij bovenop de twee net vernoemde mogelijkheden een geschil ook geregeld kan worden via een minnelijke schikking. Om verwarring te voorkomen bij de respondenten werd deze mogelijkheid buiten beschouwing gelaten. Verder kon ook worden geanalyseerd of de respondenten een notie hebben van defensieve geneeskunde en of ze zich ervan bewust zijn dat ze zich als arts kunnen wenden tot een meldpunt voor medische incidenten.

Hierna werden in het derde deel stellingen geformuleerd die peilen naar de perceptie van de respondenten over het medisch aansprakelijkheidsrisico, defensieve geneeskunde en communicatie inzake medische incidenten. Bij het peilen naar deze opinie van geneeskundestudenten wordt in de literatuur veelal gebruik gemaakt van intervallschalen. De Likertschaal is de meest gebruikte intervallschaal voor het meten van meningen en gedragingen in onderzoeken (Saunders & Thornhill, 2015). Er werd de respondenten de mogelijkheid gegeven statements te scoren op een zeven-punt Likertschaal die peilen naar hun persoonlijke mening. De antwoordmogelijkheden hebben als uitersten volledig niet akkoord en volledig akkoord. Door een zeven-punt Likertschaal toe te passen werd gestreefd naar meer spreiding in de resultaten dan bij een vijf-punt Likertschaal. Met andere woorden, de intentie was om respondenten minder snel de antwoordmogelijkheid noch niet akkoord noch akkoord te laten kiezen (Saunders & Thornhill, 2015). Tijdens deze perceptie peiling werd een onderscheid gemaakt tussen algemene stellingen, stellingen die betrekking hebben op het doceergedrag van docenten en stellingen die enkel van toepassing zijn voor respondenten met praktijkervaring. Ook werden er vragen gesteld die niet moesten worden beantwoord aan de hand van een Likertschaal, deze worden in wat volgt ook toegelicht.

Dit derde deel van de vragenlijst werd aangevat met stellingen die peilen naar de perceptie van de bevroagden over het medisch aansprakelijkheidsrisico. Er werd de respondenten gevraagd aan te geven of ze vinden dat ze voldoende worden opgeleid in hoe om te gaan met medische aansprakelijkheid en medische incidenten. Voorts werd ook bevroagd in welke mate docenten en supervisors hen wijzen op het medisch aansprakelijkheidsrisico verbonden aan het voorvallen van een medisch incident. Maar ook in welke mate de prevalentie van medische aansprakelijkheidsclaims in een bepaald specialisme de keuze van specialisme van de respondenten zou beïnvloeden. Naast de stellingen werd ook gevraagd aan de respondenten om vijf mogelijke gevolgen van een schadeclaim te rangschikken volgens belangrijkheid. Hiermee trachten we te analyseren of bijvoorbeeld financiële gevolgen verbonden aan een medische aansprakelijkheidsclaim belangrijker zijn voor de respondenten dan bijvoorbeeld morele schade of reputatieschade. Om de perceptie van de bevroagden over het medisch aansprakelijkheidsrisico te vervolledigen werd ook gevraagd aan te geven welke vooropgestelde handelingen volgens hen het best zijn om het medisch aansprakelijkheidsrisico te reduceren. Dankzij deze stellingen en vragen werd een mening geformuleerd over het medisch aansprakelijkheidsrisico van de gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent.

Vervolgens werden stellingen geformuleerd met als doel de perceptie van de bevroagden over defensieve geneeskunde in kaart te brengen. Zo werd bijvoorbeeld een stelling geformuleerd die peilt naar de mate waarin docenten en supervisors respondenten herinneren aan de mogelijkheid tot het voorschrijven van medicatie meer dan strikt medisch noodzakelijk. Andere stellingen die opgenomen werden om te peilen naar de perceptie van de respondenten over defensieve geneeskunde hadden betrekking op de mate waarin docenten en supervisors de respondenten aanzetten tot het vermijden van risicovolle patiënten en of risicovolle procedures. Ook werd bevroagd in welke mate docenten en supervisors aangeven dat de notities in het patiëntendossier voldoende uitgebreid moeten zijn. Er werd de respondenten ook gevraagd om voor een aantal handelingen aan te geven op een vijfpunt Likertschaal hoe frequent zij denken dat deze handelingen in de realiteit defensief worden uitgevoerd. Verder moesten de respondenten ook aangeven welke van de opgegeven factoren hen als arts zouden aanzetten tot het zorgvuldig stellen van medische handelingen. In de lijst van factoren werd opgenomen: externe accreditatie, hun opleiding tot zorgverlener, interne controle door collega's et cetera. Hierdoor kon worden geanalyseerd of Vlaamse geneeskundestudenten van mening zijn dat defensieve geneeskunde prevalent is bij artsen en of hun docenten en supervisors hen aanzetten tot het stellen van defensieve handelingen, ongeacht of zij weten waar de term defensieve geneeskunde voor staat.

Tenslotte werden nog enkele stellingen geformuleerd die nagaan in welke mate de respondenten zouden communiceren met patiënten en of collega's naar aanleiding van een medisch incident. Op deze manier kon worden geanalyseerd in welke mate de respondenten defensief zouden communiceren. Ook werd getracht de mening van de respondenten te achterhalen met betrekking tot de mate waarin docenten en supervisors wijzen op de belangrijkheid van communicatie met patiënten en of collega's inzake medische incidenten.

Een laatste vraag stelde ons in staat te analyseren in welke van de opgegeven gevallen de respondenten gebruik zouden maken van een meldpunt voor medische incidenten. De vragenlijst werd afgesloten met de mogelijkheid om opmerkingen achter te laten met betrekking tot het onderwerp en of de vragenlijst. De vragenlijst is integraal opgenomen in Bijlage 1 achteraan deze masterthesis.

Het hoofddoel van dit enquêteonderzoek was om te onderzoeken in welke mate Vlaamse geneeskundestudenten op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem en hoe ze worden opgeleid in om te gaan met medische incidenten. Daarnaast werd ook getracht te achterhalen in welke mate docenten en supervisors hen wijzen op het medisch aansprakelijkheidsrisico. Tenslotte werd onderzocht of docenten en supervisors Vlaamse geneeskundestudenten aanzetten tot defensieve communicatie en of defensieve geneeskunde.

Het was essentieel dat bepaalde vragen enkel werden getoond aan relevante respondenten om vertekende resultaten te minimaliseren. Zo kregen bijvoorbeeld enkel respondenten vragen over het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) te zien indien zij aangaven reeds op de hoogte te zijn van dit FMO. Op deze manier werd gepoogd gokken tegen te gaan. Ook werden stellingen opgenomen in de vragenlijst met betrekking tot de perceptie van de respondenten over het medisch aansprakelijkheidsrisico, defensieve geneeskunde en communicatie inzake medische incidenten die enkel van toepassing zijn op respondenten met praktijkervaring. Deze stellingen hadden betrekking op de mate waarin supervisors hen wijzen op of aanzetten tot bepaalde elementen. Wanneer respondenten aangaven dat ze tot op heden geen stage-ervaring hebben werden deze stelling niet weergegeven dankzij de *display logic*.

Alvorens de vragenlijst uit te sturen werden drie huisartsen geïnterviewd. Zij waren zo vriendelijk om hun kostbare tijd te spenderen aan het controleren van de vragenlijst op voldoende duidelijkheid in het kader van vraagstelling en de aanwezigheid van alle elementen verbonden aan het medisch aansprakelijkheidssysteem en -risico, defensieve geneeskunde en het meldpunt voor medische incidenten. In het bijzonder hielpen de huisartsen met het aanvullen van stellingen en vragen om zo een accurater beeld te creëren van de perceptie van de Vlaamse geneeskundestudenten.

De finale vragenlijst werd ingevoerd in de online survey tool Qualtrics en nam gemiddeld 10 à 15 minuten in beslag om in te vullen. Qualtrics is een online applicatie die de universiteit ons ter beschikking stelt waarmee eenvoudig een enquête kan worden opgesteld en verspreid. Om respondenten te vergaren werd via verschillende digitale kanalen een oproep met hyperlink naar de vragenlijst gelanceerd om geneeskundestudenten aan te sporen deel te nemen aan het onderzoek. Zo werd de oproep gedeeld op Facebook en LinkedIn in besloten groepen waarin geneeskundestudenten actief zijn. Daarnaast werden Vlaamse universiteiten en studentenverenigingen aangeschreven om de oproep onder geneeskundestudenten te verspreiden. Data werd verzameld tussen drie april 2020 en vierentwintig april 2020.

3.1.2 Statistische analyse

De verzamelde data in Qualtrics werd geëxporteerd naar Microsoft Excel voor analyse. Microsoft Excel is bovengemiddeld gebruiksvriendelijk inzake de visualisatie van respondentkarakteristieken. Ook een algemeen beeld over de perceptie van Vlaamse geneeskundestudenten kon eenvoudig worden gevormd dankzij de functies die Microsoft Excel aanbiedt.

In de beschrijvende analyse die uitgevoerd werd door middel van Microsoft Excel werd eerst een algemeen beeld gevormd over de socio-demografische karakteristieken en karakteristieken met betrekking tot de opleiding van de respondenten. Voorts werd de kennis van de gemiddelde respondent geanalyseerd over het medisch aansprakelijkheidssysteem, defensieve geneeskunde en de mogelijkheid zich te melden tot een meldpunt voor medische incidenten. Daarna werd afgesloten door een algemeen beeld te vormen van de perceptie van de gemiddelde respondent over het medisch aansprakelijkheidsrisico, defensieve geneeskunde en defensieve communicatie over medische incidenten.

3.2 Resultaten

Bij het afsluiten van de vragenlijst vulden 157 respondenten de vragenlijst volledig in. In Vlaanderen zijn in het academiejaar 2019-2020, 7.498 studenten ingeschreven aan de opleiding geneeskunde. De responsgraad bedraagt daarom 2,09%, namelijk de procentuele verhouding van de respondenten over het totaal aantal ingeschreven Vlaamse geneeskundestudenten in het academiejaar 2019-2020. Vooreerst wordt nader toegelicht wat de karakteristieken zijn van de gemiddelde respondent in deze masterthesis. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen socio-demografische karakteristieken en karakteristieken eigen aan de opleiding. Daarna worden de resultaten van de kennispeiling geformuleerd om ten slotte over te gaan tot het bespreken van de perceptie van Vlaamse studenten geneeskunde over het medisch aansprakelijkheidsrisico, defensieve geneeskunde en communicatie inzake medische incidenten.

3.2.1 Socio-demografische karakteristieken

Van alle respondenten is 77,07% van het vrouwelijke geslacht en de overige 22,93% van de respondenten identificeerden zich als man. De absolute meerderheid betreft dus respondenten van het vrouwelijke geslacht. Dit kan worden verklaard door het feit dat van het aantal ingeschreven geneeskundestudenten in Vlaanderen maar liefst 62% van het vrouwelijke geslacht is in het huidige academiejaar 2019-2020 (Ministerie van Onderwijs en Vorming, 2019). De respondenten die deze vragenlijst invulden zijn gemiddeld 22,26 jaar oud. Verder moeten in België kandidaat-studenten slagen voor een toelatingsexamen alvorens de studie geneeskunde te mogen aanvatten. De gemiddelde respondent had twee examenkansen nodig

om te slagen voor dit toegangsexamen. Tijdens de beschrijvende data-analyse werd duidelijk dat de meest vertegenwoordigde provincie Limburg is. Bijna 30% van de bevroegden is hier woonachtig. Met respectievelijk 33 en 35 respondenten afkomstig uit Antwerpen en Vlaams-Brabant is de top drie compleet. De kleinste groep is woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en omvat slechts vier respondenten. Een overzicht van de socio-demografische kenmerken van de respondenten wordt weergegeven in Tabel 2.

Variabele		n	%
Geslacht	Man	36	22,93%
	Vrouw	121	77,07%
		Totale n=157	
Leeftijd	19-21	62	39,49%
	22-24	79	50,32%
	25-27	11	7,01%
	>=28	5	3,18%
		Totale n=157	
Gemiddelde leeftijd	22,26 jaar		
Pogingen toegangsexamen	1	70	44,59%
	2	42	26,75%
	3	18	11,46%
	4	20	12,74%
	5	4	2,55%
	6	3	1,91%
		Totale n=157	
Gemiddeld aantal pogingen	2		
Provincie	Antwerpen	33	21,02%
	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	4	2,55%
	Limburg	47	29,94%
	Oost-Vlaanderen	23	14,65%
	Vlaams-Brabant	35	22,29%
	West-Vlaanderen	15	9,55%
			Totale n=157

Tabel 2 - Socio-demografische karakteristieken respondenten

3.2.2 Karakteristieken eigen aan de opleiding van respondenten

Van alle respondenten studeert 38,22% aan de Katholieke Universiteit Leuven (KUL). Ook de Universiteit Hasselt (UHasselt) is aanzienlijk vertegenwoordigd met 26,75%. Dit is bijna het dubbel van het aandeel geneeskundestudenten van de Universiteit Gent (UGent) (14,01%) dat de vragenlijst invulde, alsook de vertegenwoordiging van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) (15,29%). Omdat de Universiteit Hasselt geen volwaardige opleiding geneeskunde aanbiedt werd de optie 'Andere' toegevoegd aan de keuzemogelijkheden. Vier studenten

maakten gebruik van deze mogelijkheid en gaven aan hun bacheloropleiding afgerond te hebben aan de Universiteit Hasselt om vervolgens hun masteropleiding aan te vatten aan een andere universiteit in Vlaanderen. Een student vervulde zijn opleiding aan de KUL, een andere aan de UGent en een derde student gaf niet aan welke universiteit haar voorkeur kreeg om haar masteropleiding aan te vatten. De vierde respondent die koos voor deze optie vervulde zijn bacheloropleiding aan de Universiteit Hasselt, zijn masteropleiding aan de Universiteit Antwerpen om dan een master-na-masteropleiding aan te vatten aan de Vrije Universiteit Brussel zoals weergegeven in Tabel 3.

Variabele		n	%	Variabele		n	%
Universiteit	KU Leuven	60	38,22%	Specialisatie	Heelkunde	1	14,29%
	Universiteit Antwerpen	5	3,18%		Huisartsgeneeskunde	2	28,57%
	Universiteit Gent	22	14,01%		Jeugdgezondheidszorg	1	14,29%
	Universiteit Hasselt	42	26,75%		Kinder- en jeugdpsychiatrie	1	14,29%
	Vrije Universiteit Brussel	24	15,29%		Neurologie	1	14,29%
	Andere	4	2,55%		Urgentiegeneeskunde	1	14,29%
	Totale n=157				Totale n=7		
Stadium opleiding	1e bachelor	14	8,92%	Specialisatiejaar	1e jaar	2	28,57%
	2e bachelor	20	12,74%		2e jaar	4	57,14%
	3e bachelor	52	33,12%		3e jaar	0	0,00%
	1e master	33	21,02%		4e jaar	0	0,00%
	2e master	17	10,83%		5e jaar	1	14,29%
	3e master	14	8,92%		6e jaar	0	0,00%
	Specialisatie	7	4,46%				Totale n=7
	Totale n=157						
Stage ervaring	Huisartsenstage	94	59,87%				
	Kijkstage	101	64,33%				
	Masterstage	36	22,93%				
	Patiëntenzorgstage	57	36,31%				
	Verpleegstage	121	77,07%				
	Ziekenhuisstage	69	43,95%				
	Specialisatiestage	10	6,37%				
	Geen stage tot op heden	5	3,18%				
Andere	4	2,55%					
	Totale n=157						

Tabel 3 - Karakteristieken eigen aan de opleiding van respondenten

De verpleeg- en huisartsenstage zijn stages die vroeg in de opleiding worden uitgevoerd en omvatten daarom ook een hoog aandeel. Zo gaven 121 respondenten aan reeds een verpleegstage aangevat te hebben en 94 bevroegden de huisartsenstage. Er zijn tien respondenten die aangeven hun specialisatiestage aangevat te hebben en slechts zeven respondenten kijken aan arts in opleiding te zijn. Deze contradictie kan genuanceerd worden door het feit dat studenten in hun derde masterjaar de mogelijkheid hebben om reeds een verkennende stage aan te vatten in het specialisme waarvoor ze willen kiezen.

Twee van de zeven bevroegden die aangeven zich in hun specialisatie te bevinden specialiseren zich in huisartsgeneeskunde. Heelkunde, jeugdgezondheidszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, neurologie en urgentiegeneeskunde zijn telkens vertegenwoordigd door één respondent. De meerderheid van deze respondenten geeft aan zich in hun tweede specialisatiejaar te bevinden. Er werd verder ook gevraagd aan de respondent om aan te geven welke stage(s) hij/zij reeds heeft aangevat. Onder de keuzemogelijkheid 'Andere' rapporteerden drie studenten dat ze momenteel hulp bieden in een ziekenhuis of

huisartsenpraktijk naar aanleiding van COVID-19. Artsen in opleiding, maar zeker ook reguliere studenten, worden momenteel ingezet om hulp te verlenen in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken naar aanleiding van COVID-19.

De respondenten in deze masterthesis zijn dus overwegend vrouwen en zijn gemiddeld 22,26 jaar oud. We weten ook dat de grootste groep respondenten studeert aan de KU Leuven (38,22%), gevolgd door de UHasselt (26,75%) en zich momenteel bevindt in het derde bachelorjaar (33,12%) en het eerste masterjaar (21,02%). De meerderheid van de respondenten liep reeds een huisartsenstage (59,87%), kijkstage (64,33%) en verpleegstage (77,07%). En slechts 4,46% van de bevroegden is momenteel arts in opleiding. Alvorens de resultaten met betrekking tot de perceptie van deze gemiddelde Vlaamse geneeskundestudenten te bespreken werd de kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem, defensieve geneeskunde en mogelijkheid om zich te wenden tot een meldpunt voor medische incidenten in kaart gebracht. In wat volgt werd geanalyseerd in welke mate de Vlaamse geneeskundestudenten op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in België.

3.2.3 Kennis over het medisch aansprakelijkheidssysteem

Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat het medisch aansprakelijkheidssysteem aan de oorsprong ligt van defensief gedrag. Artsen worden dus geacht op de hoogte te zijn van dit systeem, het is dan ook interessant dat wordt nagegaan of geneeskundestudenten hiervan op de hoogte zijn. Aangezien we van de veronderstelling uitgaan dat de kennis van artsen gedeeltelijk gevormd wordt tijdens hun opleiding tot zorgverlener. Vandersteegen et al. (2015) bevroegen reeds 508 arts-specialisten in welke mate zij op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in België. De vraag die hieromtrent gesteld werd in hun onderzoek werd geïntegreerd in deze enquête. Uit het onderzoek van Vandersteegen et al. (2015) bleek dat 8,27% (42 respondenten) van de bevroegden aangaf geen idee te hebben welk medisch aansprakelijkheidssysteem van kracht is in België. Bovenop dit percentage rapporteerde 6,49% (33 respondenten) een fout antwoord op de vraag welk medisch aansprakelijkheidssysteem van kracht is in België. De vergelijking met deze studie wordt gemaakt om na te gaan of Vlaamse geneeskundestudenten al dan niet beter op de hoogte zijn dan arts-specialisten die reeds beroepservaring hebben.

Vraag	Antwoordmogelijkheden	n	%
Welk type medisch aansprakelijkheidssysteem is van kracht in België?			
	(A) Eenspoorsysteem: Fonds voor Medische Ongevallen (FMO)	13	8,28%
	(B) Tweespoorsysteem: Rechtbank + FMO	128	81,53%
	(C) Eenspoorsysteem: Rechtbank	16	10,19%
		Totale n=157	
Bent u reeds bekend met het Fonds voor Medische Ongevallen?			
	(A) Ja	54	34,39%
	(B) Nee	103	65,61%
		Totale n=157	
In welk van onderstaande gevallen is het FMO verantwoordelijk voor de compensatie van de slachtoffers van een medisch incident?			
	(A) Ik weet het niet	11	20,37%
	(B) Altijd, zolang de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener vaststaat.	5	9,26%
	(C) Enkel indien de betrokken zorgverlener aansprakelijk wordt geacht, maar niet of onvoldoende verzekerd is voor zijn/haar medische beroepsaansprakelijkheid.	13	24,07%
	(D) Indien de betrokken zorgverlener niet aansprakelijk wordt geacht en de geleden schade voldoende ernstig en abnormaal is.	25	46,30%
		Totale n=54	

Tabel 4 - Kennispeiling over het medisch aansprakelijkheidssysteem

Merkwaardig is dat bijna een vijfde van de respondenten een fout beeld heeft van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat in ons land van kracht is. Het percentage Vlaamse geneeskundestudenten dat het fout heeft ligt dus iets hoger dan het percentage arts-specialisten (14,76%) bij Vandersteegen et al. (2015).

Van de 54 respondenten die reeds bekend zijn met het Fonds voor Medische Ongevallen gaf 24,07% aan geen idee te hebben wanneer het Fonds voor Medische Ongevallen de schadevergoeding voor slachtoffers van een medisch incident vergoedt. Enkel indien de betrokken zorgverlener niet aansprakelijk wordt geacht en de geleden schade voldoende ernstig en abnormaal is zal het Fonds voor Medische Ongevallen instaan voor de betaling van de schadevergoeding. Opmerkelijk is dat minder dan de helft van de bevroegden het juiste antwoord wist te geven op deze vraag, dit wordt weergegeven in Tabel 4. In het onderzoek van Vandersteegen et al. (2015) rapporteerden 64,76% van de bevroegde arts-specialisten het correcte antwoord.

We kunnen dus stellen dat de arts-specialisten, bevroegd door Vandersteegen et al. (2015), beter op de hoogte zijn over het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in België en over de werking van het FMO dan de gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent in deze masterthesis. Dit kan enerzijds verklaard worden door de beroepservaring van de arts-specialisten. Aan de andere kant is het mogelijk dat een groep respondenten nog niet is opgeleid inzake het medisch aansprakelijkheidssysteem omdat deze zich in een vroeg stadium van de opleiding bevindt en of dat het curriculum van de Vlaamse universiteiten niet synchroon loopt. Hierdoor is het mogelijk dat materie met betrekking tot het medisch aansprakelijkheidssysteem pas later in de opleiding geneeskunde aan bod komt bij bepaalde

universiteiten. Maar ook kan het zijn dat educatie hieromtrent gewoonweg niet voldoende aanwezig is. In wat volgt wordt de kennis van de respondenten over defensieve geneeskunde in kaart gebracht.

3.2.4 Kennis over defensieve geneeskunde

We weten ondertussen dat defensieve geneeskunde zowel positieve als negatieve gevolgen kan hebben. Tot op een bepaald niveau (het optimale niveau van zorgverstrekking) is defensieve geneeskunde wenselijk, maar dit optimale niveau definiëren is niet evident. Het blijft dan ook gissen wanneer defensieve geneeskunde vermeden moet worden en wanneer niet, zolang de norm niet is gedefinieerd. Toch is het interessant om na te gaan of Vlaamse studenten geneeskunde notie hebben van het begrip defensieve geneeskunde. Om te beginnen werd aan de respondenten gevraagd aan te geven of ze al dan niet bekend zijn met het begrip defensieve geneeskunde. Opmerkelijk is dat nog geen vijftien procent van de bevroegden bekend is met dit begrip zoals weergegeven in Tabel 5.

Vraag	Antwoordmogelijkheden	n	%
Bent u bekend met het begrip defensieve geneeskunde?			
	(A) Ja	20	12,74%
	(B) Nee	137	87,26%
		Totale n=157	
Wat betekent volgens u defensieve geneeskunde?			
	(A) Zo min mogelijk kostelijke ingrepen uitvoeren om de uitgaven van de gezondheidszorg te beperken.	1	5,00%
	(B) Het uitvoeren van extra testen om zeker geen verkeerde diagnose te stellen en risicopatiënten/-procedures vermijden om het aansprakelijkheidsrisico te verminderen.	14	70,00%
	(C) Geen van bovenstaande.	5	25,00%
		Totale n=20	

Tabel 5 - Kennispeiling over defensieve geneeskunde

Aan de twintig respondenten die wel bekend waren met het begrip defensieve geneeskunde werd gevraagd de correcte definitie van het begrip aan te duiden. Exact 30% van deze Vlaamse geneeskundestudenten heeft een foutieve definitie opgegeven of zelfs aangegeven dat geen van de opgegeven keuzemogelijkheden correct zou zijn.

We kunnen dus aannemen dat de gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent in deze masterthesis niet weet wat defensieve geneeskunde inhoudt. In 3.2.7 De perceptie over defensieve geneeskunde werden de antwoorden van de respondenten op de stellingen met betrekking tot de perceptie over defensieve geneeskunde geanalyseerd. Ondanks het feit dat Vlaamse geneeskundestudenten niet weten wat defensieve geneeskunde is, observeren ze het misschien wel of worden ze ertoe aangezet door docenten of supervisors. Om de peiling naar de kennis van de Vlaamse geneeskundestudenten af te sluiten werd de kennis over een meldpunt voor medische incidenten geanalyseerd in wat volgt.

3.2.5 Kennis over een meldpunt voor medische incidenten

Volgens het diensthoofd verloskunde van het AZ Alma in Eeklo, dr. Michel Bafort, worden in België nog te veel medische incidenten verzwegen (Bafort, 2019). Met andere woorden, artsen communiceren niet of weinig over medische incidenten met de patiënt en vertonen dus defensief gedrag in de vorm van defensieve communicatie. Aangezien er jaarlijks meer mensen sterven aan medische incidenten dan door het verkeer pleit Bafort (2019) voor een nationaal meldpunt voor medische incidenten. Het is dan ook interessant om de perceptie van toekomstige artsen omtrent zo een meldpunt in kaart te brengen. Deze perceptie werd geanalyseerd in 3.2.8 De perceptie over communicatie inzake medische incidenten. Eerst werd gevraagd of de respondenten op de hoogte zijn van de mogelijkheid om zich als arts te wenden tot een intern meldpunt inzake rapportering van een medisch incident. Dit is veelal een aanspreekpunt in het ziekenhuis of zorginstelling waar de arts is tewerkgesteld. De meningen waren verdeeld, maar een kleine meerderheid van de bevroegden (56,05%) is niet op de hoogte van deze mogelijkheid.

De kennis van de Vlaamse geneeskundestudenten inzake het medisch aansprakelijkheidssysteem, defensieve geneeskunde en de mogelijkheid om zich te wenden naar een meldpunt voor medische incidenten is nu in kaart gebracht. Over het algemeen is er zeker ruimte voor verbetering van deze kennis. In het bijzonder ontbreekt de kennis over defensieve geneeskunde bij de toekomstige Vlaamse artsen. In wat volgt werd de perceptie van de respondenten over het medisch aansprakelijkheidsrisico, defensieve geneeskunde en communicatie inzake medische incidenten geanalyseerd. Hierdoor kon een antwoord worden geformuleerd op de centrale onderzoeksvraag van deze masterthesis. In wat volgt werd eerst de perceptie van de respondenten over het medisch aansprakelijkheidsrisico toegelicht.

3.2.6 De perceptie over het medisch aansprakelijkheidsrisico

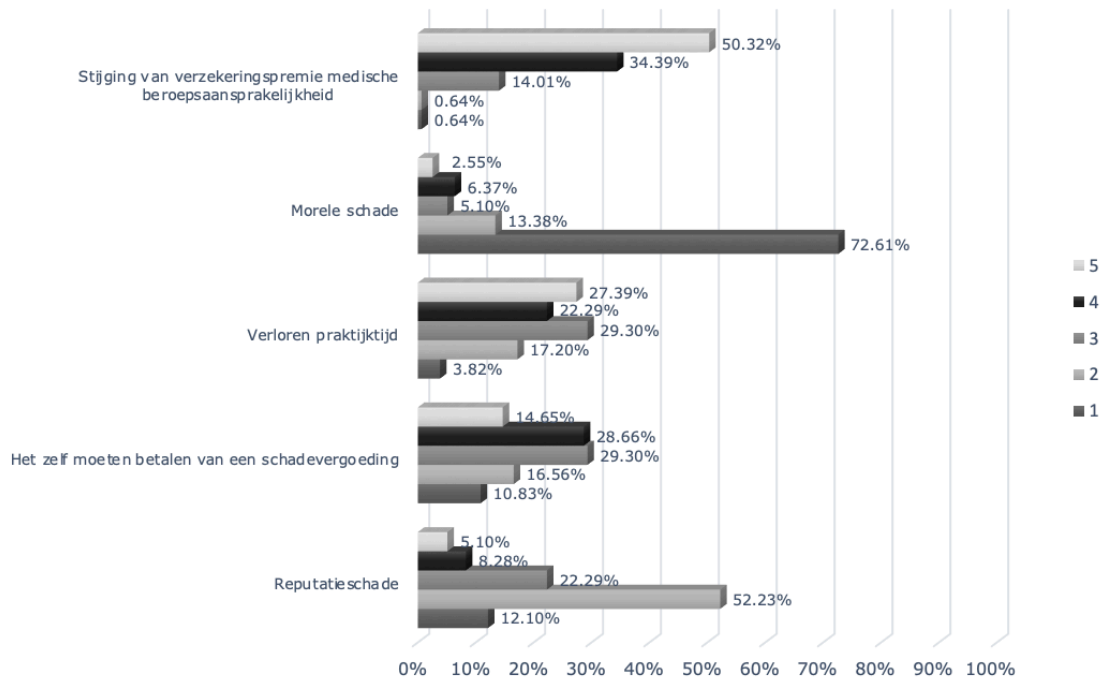
De analyse van de perceptie van de Vlaamse geneeskundestudenten over het medisch aansprakelijkheidsrisico werd onderverdeeld in een algemene perceptie, een perceptie met betrekking tot de opleiding en een perceptie met betrekking tot praktijkervaring. Deze volgorde is aangehouden in de gehele analyse die hieronder volgt, ook bij de andere thema's: defensieve geneeskunde en communicatie inzake medische incidenten. Dankzij deze onderverdeling is het mogelijk om na te gaan of docenten en of supervisors Vlaamse geneeskundestudenten al dan niet wijzen op het medisch aansprakelijkheidsrisico, aanzetten tot defensieve geneeskunde en wijzen op het belang van communicatie met de patiënt inzake medische incidenten.

3.2.6.1 Algemeen

Aan alle respondenten werd gevraagd vijf mogelijke gevolgen van een schadeclaim te rangschikken van één tot en met vijf. Waarbij één betrekking heeft op het gevolg waarover ze het meest bezorgd zijn en vijf het minst. De mogelijke gevolgen weergegeven in Figuur 8 zijn

de stijging van verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid, morele schade, verloren praktijktijd, het zelf moeten betalen van een schadevergoeding en reputatieschade.

De perceptie van geneeskundestudenten op de gevolgen van een claim



Figuur 8 - De perceptie over de gevolgen van een schadeclaim

Bijna drie vierde van de respondenten is het meest bezorgd om de morele schade die is verbonden aan een schadeclaim. Daarentegen positioneert de helft van de respondenten een stijging van hun verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid helemaal onderaan. Dit kan mogelijk worden verklaard door het feit dat een gevolg als morele schade een langdurige schade kan teweegbrengen waardoor de arts zijn of haar beroep niet meer naar behoren kan uitvoeren. Deze resultaten bekrachtigen de bevindingen van Vandersteegen et al. (2015). De arts-specialisten in hun studie rapporteerden quasi identiek aan onze respondenten, de toekomstige Vlaamse artsen.

Ook werd aan de respondenten gevraagd welke manieren volgens hen het meest efficiënt zijn om het medisch aansprakelijkheidsrisico te reduceren. De resultaten hiervan worden weergegeven in Tabel 6. De gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent rapporteert dat rechtlijnige communicatie met de patiënt de beste manier is (91,72%), gevolgd door de volledigheid van notities in het patiëntendossier (86,62%) en het volgen van officiële richtlijnen indien deze voorhanden zijn (77,07%). De literatuurstudie leert ons echter dat richtlijnen inzake zorgvuldig handelen, die de norm van zorgverlening moeten vastleggen, enorm complex zijn om uit te schrijven en met gevolg niet voorhanden zijn. Een kleine groep van respondenten zou defensieve geneeskunde toepassen om medische aansprakelijkheid te reduceren. Dit zou gebeuren door vermijdingsgedrag te vertonen (8,92%) en extra testen en procedures aan te vragen (7,64%).

Vraag	Antwoordmogelijkheden	n	%
Welke zijn volgens u de beste manieren om de kans op medische aansprakelijkheid te reduceren?	(A) Officiële richtlijnen volgen (indien voorhanden)	121	77,07%
	(B) Doorverwijzen naar arts-specialisten	49	31,21%
	(C) Risicovolle patiënten vermijden	6	3,82%
	(D) Risicovolle procedures vermijden	8	5,10%
	(E) Notities in het patiëntendossier	136	86,62%
	(F) Rechtljnige communicatie met de patiënt	144	91,72%
	(G) Extra testen en procedures aanvragen	12	7,64%
		Totale n=157	

Tabel 6 - Perceptie over manieren om het medisch aansprakelijkheidsrisico te reduceren

3.2.6.2 Stellingen met betrekking tot de opleiding

Iets meer dan 40% van de respondenten is eerder akkoord met de stelling dat ze voldoende wordt opgeleid in hoe om te gaan met medische aansprakelijkheid. Wel geven 143 respondenten (91,08%) aan dat ze gedurende hun studie meer willen worden opgeleid over het risico op medische aansprakelijkheid en hoe dit aansprakelijkheidsrisico te verminderen. Met een gemiddelde score van 5,57 op de zeven-punt Likertschaal schippert de gemiddelde student tussen eerder akkoord en akkoord als antwoord op deze stelling. Wanneer wordt gevraagd of de respondent van mening is dat hij/zij voldoende wordt opgeleid over het omgaan met medische incidenten zien we dat de gemiddelde bevroagde aanleunt tegen het antwoord eerder niet akkoord. Het feit dat Vlaamse geneeskundestudenten aangeven hierover niet voldoende te worden opgeleid is dan ook kwalijk.

De meerderheid van de bevroagden gaat wel akkoord met de stelling dat ze bezorgd is een medische aansprakelijkheidsclaim tegen zichzelf ingesteld te krijgen ten gevolge van een medisch incident. Dit staat in contrast met de bevindingen van Johnston et al. (2014). Zij concludeerden dat meer dan drie vierde van de bevroagde Amerikaanse studenten geneeskunde zich geen zorgen maakt om een medische aansprakelijkheidsclaim. Dit is mogelijk te wijten aan de manier van vraagstelling. De vraag van Johnston et al. (2014) luidde "As a medical student, I rarely worry about being sued" en de stelling die werd gehanteerd in deze studie luidde "Ik ben bezorgd om een medische aansprakelijkheidsclaim tegen mezelf ingesteld te krijgen". Beide stellingen zijn dus voor interpretatie vatbaar en zo kan de vraagstelling een mogelijke verklaring bieden voor de discrepantie in het resultaat. Anderzijds kunnen ook cultuurverschillen tussen de Amerikaanse en Vlaamse respondenten aan de basis liggen van deze contradictoire resultaten.

(n=157)	Noch niet						
	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Ik word voldoende opgeleid in hoe om te gaan met medische aansprakelijkheid.	7,64% (12)	0,64% (1)	13,38% (21)	21,02% (33)	40,76% (64)	12,10% (19)	4,46% (7)
Ik word voldoende opgeleid in hoe om te gaan met medische incidenten.	5,10% (8)	19,11% (30)	29,30% (46)	16,56% (26)	23,57% (37)	6,37% (10)	0,00% (0)
Ik zou gedurende mijn studie graag meer opgeleid worden over het risico op medische aansprakelijkheid en hoe ik dit zou kunnen verminderen.	0,00% (0)	1,27% (2)	3,18% (5)	4,46% (7)	33,12% (52)	43,95% (69)	14,01% (22)
Docenten wijzen mij tijdens de lessen op het belang van patiëntveiligheid.	0,00% (0)	1,27% (2)	3,82% (6)	3,82% (6)	24,84% (39)	45,86% (72)	20,38% (32)
Docenten herinneren me meermalen aan het medisch aansprakelijkheidsrisico (bv. tijdens het overlopen van een (fictief) patiënt(dossier)).	3,82% (6)	22,93% (36)	29,94% (47)	20,38% (32)	12,74% (20)	8,92% (14)	1,27% (2)
Docenten herinneren me aan de dreiging van een rechtszaak door middel van scenario's ('Stel je voor, de patiënt klaagt je aan, je komt in aanraking met de advocaat van de patiënt...').	10,83% (17)	30,57% (48)	26,11% (41)	15,29% (24)	15,92% (25)	1,27% (2)	0,00% (0)
Ik ben terughoudend om bepaalde procedures/technieken aan te leren uit angst voor medische aansprakelijkheid.	13,38% (21)	39,49% (62)	22,93% (36)	9,55% (15)	12,10% (19)	2,55% (4)	0,00% (0)
Mijn keuze van specialisatie wordt beïnvloed door het aantal schadeclaims binnen het specialisme.	38,22% (60)	32,48% (51)	12,10% (19)	6,37% (10)	8,28% (13)	2,55% (4)	0,00% (0)
Ik ben bezorgd om een medische aansprakelijkheidsclaim tegen mezelf ingesteld te krijgen.	1,27% (2)	12,74% (20)	17,20% (27)	11,46% (18)	28,66% (45)	22,29% (35)	6,37% (10)

Tabel 7 - De perceptie over het medisch aansprakelijkheidsrisico m.b.t. de opleiding

Opmerkelijk is het feit dat 75,80% (119 respondenten) niet terughoudend is om bepaalde procedures en technieken aan te leren uit angst voor een verhoogd risico op medische aansprakelijkheid. Hetgeen de bevinding van Johnston et al. (2014) bekrachtigt. In hun studie gaf net geen zeventig procent van de 124 bevraagde geneeskundestudenten aan niet akkoord te zijn met deze stelling. Daarnaast rapporteerde iets meer dan de helft van de respondenten in hun studie het niet eens te zijn met de stelling dat hun keuze van specialisatie wordt beïnvloed door een verhoogd risico op een medische aansprakelijkheidsclaim. In deze masterthesis ligt dit percentage aanzienlijke hoger. Maar liefst 82,80% (130 respondenten) van de studenten geven aan eerder niet tot volledig niet akkoord te gaan met de stelling dat de keuze van hun specialisme wordt beïnvloed door het aantal schadeclaims binnen het specialisme. De gemiddelde respondent scoort deze stelling met twee punten op een zevenpunt Likertschaal. Tenslotte vindt meer dan de helft van de respondenten dat docenten niet genoeg duiden op het medisch aansprakelijkheidsrisico en de dreiging van een rechtszaak naar aanleiding van een medisch incident.

3.2.6.3 Stellingen met betrekking tot praktijkervaring

In de vorige paragraaf werd door de respondenten aangegeven dat docenten niet voldoende aandacht besteden aan het medisch aansprakelijkheidsrisico. De helft van de respondenten met praktijkervaring bevestigt dat ook hun supervisors te weinig aandacht besteden aan het medisch aansprakelijkheidsrisico. Slechts 22 bevroegden geven aan dat hun supervisor wel genoeg aandacht besteedt aan het medisch aansprakelijkheidsrisico. De gemiddelde Vlaamse student geneeskunde met praktijkervaring is daarnaast van mening dat supervisors te weinig aandacht besteden aan de dreiging van een rechtszaak naar aanleiding van het voorkomen van een medisch incident (60,52%).

(n=152)	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Mijn supervisor herinnert me meermaals aan het medisch aansprakelijkheidsrisico (bv. tijdens het overlopen van een patiënt(dossier)).	5,26% (8)	16,45% (25)	28,29% (43)	35,53% (54)	13,16% (20)	1,32% (2)	0,00% (0)
Mijn supervisor herinnert me aan de dreiging van een rechtszaak door middel van scenario's ('Stel je voor, de patiënt klaagt je aan, je komt in aanraking met de advocaat van de patiënt...').	7,89% (12)	25,66% (39)	26,97% (41)	29,61% (45)	9,21% (14)	0,00% (0)	0,66% (1)
Collega's/begeleiders wijzen mij tijdens de praktijkstage op de belangrijkheid van patiëntveiligheid.	0,66% (1)	3,29% (5)	7,24% (11)	11,18% (17)	33,55% (51)	31,58% (48)	12,50% (19)
Ik ben meer bezorgd om medische aansprakelijkheid wanneer een patiënt aangeeft dat hij/zij reeds een arts vervolgd heeft.	1,32% (2)	4,61% (7)	7,24% (11)	9,87% (15)	40,13% (61)	24,34% (37)	12,50% (19)
Tijdens mijn stage voer ik bepaalde procedures/technieken niet uit uit angst om een medische fout te begaan.	11,84% (18)	34,21% (52)	19,74% (30)	11,84% (18)	19,74% (30)	1,32% (2)	1,32% (2)
Verple(e)g(st)ers waarmee ik gewerkt heb, zijn bezorgd om medische aansprakelijkheid.	7,89% (12)	15,79% (24)	18,42% (28)	36,18% (55)	15,13% (23)	5,26% (8)	1,32% (2)

Tabel 8 - De perceptie over het medisch aansprakelijkheidsrisico m.b.t. praktijkervaring

Maar liefst 77,63% (118 respondenten) rapporteert dat de collega's en begeleiders waarmee ze in contact komt patiëntveiligheid hoog in het vaandel draagt. Desalniettemin zou dit percentage hoger mogen liggen aangezien patiëntveiligheid prioriteit nummer één moet zijn wanneer we het hebben over zorgverlening. De gemiddelde Vlaamse student geneeskunde heeft evenwel geen angst om bepaalde procedures en technieken toe te passen waaraan een hoger risico op het maken van een medische fout is verbonden. Waar onze toekomstige artsen

duidelijk wel bezorgd om zijn is een verhoogd aansprakelijkheidsrisico bij het behandelen van patiënten die aangeven reeds een arts te hebben vervolgd naar aanleiding van een medisch incident. Met een gemiddelde score van 5,06 op de zeven-punt Likertschaal gaat 76,97% (117 respondenten) hiermee akkoord. Dit is contradictoir met de bevindingen van Johnston et al. (2014), daar ging slechts de helft van de bevroagden akkoord met deze stelling, wat aanzienlijk minder is.

De gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent is dus het meest bezorgd om de morele schade verbonden aan een medische aansprakelijkheidsclaim en in mindere mate om de financiële gevolgen hieraan verbonden. Daarnaast zijn rechtlijnige communicatie met de patiënt en volledigheid van notities in het patiëntendossier de beste manieren om medische aansprakelijkheid te reduceren volgens de respondenten in deze masterthesis. De absolute meerderheid van de Vlaamse studenten geneeskunde (91,08%) geeft aan meer opgeleid te willen worden over het medisch aansprakelijkheidsrisico en hoe dit te reduceren. Ook vinden de bevroagden dat docenten (67,51%) en supervisors (60,52%) niet voldoende wijzen op de dreiging van een rechtszaak naar aanleiding van een medisch incident. Ten slotte is 82,80% ervan overtuigd hun keuze van specialisme niet te laten beïnvloeden door de prevalentie van medische aansprakelijkheidsclaims in het specialisme. De perceptie van de Vlaamse geneeskundestudenten wordt verder uitgebreid in wat volgt met hun perceptie over defensieve geneeskunde.

3.2.7 De perceptie over defensieve geneeskunde

3.2.7.1 Algemeen

Opvallend is dat de gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent de perceptie heeft dat zowel positieve defensieve als negatieve defensieve geneeskunde minimaal één keer per week voorkomt. Onze resultaten bekrachtigen die van O'Leary et al. (2012). De gemiddelde Amerikaanse geneeskundestudent in hun onderzoek rapporteert dezelfde perceptie. De absolute meerderheid Vlaamse geneeskundestudenten is van mening dat één keer per week tot meerdere keren per dag testen worden aangevraagd (95,54%) en medicatie wordt voorgeschreven (85,36%) die niet strikt medisch noodzakelijk worden/wordt geacht. Ook het sneller doorverwijzen van patiënten dan strikt medisch noodzakelijk zou één keer per week tot meerdere keren per dag gebeuren volgens 92,35% van de respondenten, zoals weergegeven in Tabel 9.

In welke mate denkt u dat ... (n=157)	Nooit	Zelden (één tot twee keer per maand)	Soms (ongeveer één keer per week)	Vaak (meerdere keren per week)	Zeer vaak (meerdere keren per dag)
... meer tests aangevraagd worden dan strikt medisch noodzakelijk.	0,64% (1)	3,82% (6)	23,57% (37)	56,05% (88)	15,92% (25)
... meer medicatie voorgeschreven wordt dan strikt medisch noodzakelijk.	1,27% (2)	13,38% (21)	27,39% (43)	42,68% (67)	15,29% (24)
... patiënten sneller doorverwezen worden dan strikt medisch noodzakelijk.	1,27% (2)	6,37% (10)	40,76% (64)	40,76% (64)	10,83% (17)
... risicovolle procedures of interventies vermeden worden.	4,45% (7)	42,68% (67)	33,76% (53)	18,47% (29)	0,64% (1)
... patiënten met een hoger risico op complicaties vermeden worden.	10,83% (17)	39,49% (62)	32,48% (51)	15,92% (25)	1,27% (2)

Tabel 9 - De perceptie over de prevalentie van defensieve geneeskunde in de praktijk

Voorts geven de respondenten in mindere mate aan te denken dat vermijdingsgedrag wordt toegepast door artsen. Maar toch is de gemiddelde Vlaamse geneeskundestudent van mening dat risicovolle procedures of interventies (52,87%) en patiënten met een hoger risico op complicaties (49,67%) één keer per week tot meerdere keren per dag vermeden worden om het medisch aansprakelijkheidsrisico te reduceren. Aangezien literatuur ons leert dat vermijdingsgedrag de toegang tot gezondheidszorg kan belemmeren voor patiënten met een hoger risico op complicaties is het vitaal dat vermijdingsgedrag wordt geminimaliseerd. OTA (1994) rapporteerde de resultaten van een studie gevoerd door Block in 1985 rond de prevalentie van defensieve geneeskunde bij gynaecologen en verloskundigen in de Amerikaanse staat Michigan. Hieruit bleek dat de helft van de respondenten risicovolle patiënten vermijdt omwille van het medisch aansprakelijkheidsrisico.

In welke mate zouden onderstaande factoren u als arts aanzetten om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren? (n=157)	Volledig niet akkoord						
	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Opleiding tot zorgverlener	0,64% (1)	2,55% (4)	3,18% (5)	7,01% (11)	17,20% (27)	46,50% (73)	22,93% (36)
Bijscholing en extra vorming	0,00% (0)	0,00% (0)	0,64% (1)	7,64% (12)	30,57% (48)	47,77% (75)	13,38% (21)
Medische vakliteratuur	0,64% (1)	2,55% (4)	12,10% (19)	21,66% (34)	38,22% (60)	20,38% (32)	4,46% (7)
Medische congressen, conferenties, studiedagen, etc.	0,00% (0)	0,64% (1)	4,46% (7)	10,19% (16)	42,04% (66)	35,67% (56)	7,01% (11)
Multidisciplinariteit van zorgverlening (samenwerken met collega's, etc.)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,64% (1)	7,01% (11)	21,02% (33)	45,22% (71)	21,66% (41)
Controle door collega's (informele controle, checklist, audit, etc.)	0,64% (1)	1,91% (3)	5,10% (8)	7,64% (12)	22,93% (36)	45,86% (72)	15,92% (25)
Externe accreditatie	0,00% (0)	3,82% (6)	7,64% (12)	28,66% (45)	26,11% (41)	28,03% (44)	5,73% (9)
Procedures uitgevaardigd door het ziekenhuis en/of afdeling	0,00% (0)	2,55% (4)	4,46% (7)	17,20% (27)	40,76% (64)	28,03% (44)	7,01% (11)
Deontologische regels	0,00% (0)	0,64% (1)	1,27% (2)	21,66% (34)	27,39% (43)	35,67% (56)	13,38% (21)
Gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim	0,64% (1)	1,91% (3)	5,73% (9)	16,56% (26)	30,57% (48)	29,94% (47)	14,65% (23)

Tabel 10 - Factoren die Vlaamse geneeskundestudenten aanzetten tot zorgvuldig handelen

De factoren die de doorsnee Vlaamse geneeskundestudent het meest aanzet medische handelingen zorgvuldig te stellen zijn bijscholingen en extra vorming (91,72%), multidisciplinariteit (87,90%), hun opleiding tot zorgverlener (86,63%) en interne controle door collega's (84,71%) zoals voorgesteld in Tabel 10. Over het algemeen gaan de respondenten akkoord dat bovenop de zonet genoemde factoren ook medische congressen, externe accreditatie, deontologische regels, gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim, medische vakliteratuur en procedures uitgevaardigd door het ziekenhuis hen aanzetten tot het zorgvuldig stellen van medische handelingen. Met andere woorden, elke opgegeven factor zal onze toekomstige artsen prikkelen om medische handelingen zorgvuldig uit te voeren. De factor die het minste invloed zou hebben is de medische vakliteratuur. De gemiddelde student is er in mindere mate mee akkoord dat dit hem/haar zou aanzetten tot zorgvuldiger handelen. Deze vraag werd ook opgenomen in de studie die Vandersteegen et al. (2015) deden bij 508 Belgische arts-specialisten. De factoren externe accreditatie, interne controle door collega's en gevolgen van een medisch aansprakelijkheidsclaim werden minder invloedrijk geschat door de arts-specialisten bevraagd door Vandersteegen et al. (2015) dan door de gemiddelde Vlaamse student geneeskunde in deze masterthesis. Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat de beroepservaring

van arts-specialisten kan zorgen voor een andere perceptie dan de studenten die deze beroepservaring ontbreken.

3.2.7.2 Stellingen met betrekking tot de opleiding

De stelling omtrent het naleven van officiële richtlijnen, indien deze voorhanden zouden zijn, wordt door de gemiddelde respondent onverschillig tot eerder akkoord gescoord. De literatuurstudie leert ons dat richtlijnen inzake zorgvuldig handelen, die de norm van zorgverlening moeten vastleggen, enorm complex zijn om op te stellen en met gevolg niet voorhanden zijn. Wat een mogelijke verklaring kan zijn voor de onverschillige score die werd toegekend aan deze stelling. Bijna zeventig procent van de respondenten is van mening dat hun docenten niet aanzetten tot het aanvragen van extra testen en procedures om het medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren. Wel vindt bijna een even grote groep bevroagden (65,60%) dat docenten voldoende duiden op het belang van de volledigheid van notities in het patiëntendossier.

(n=157)	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Docenten stellen voor om extra tests/procedures aan te vragen, die hoofdzakelijk gericht zijn om onszelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid en dus niet strikt medisch noodzakelijk zijn.	11,46% (18)	31,85% (50)	24,84% (39)	18,47% (29)	8,92% (14)	3,82% (6)	0,64% (1)
Docenten herinneren me aan het belang van de volledigheid van notities in het patiëntendossier met betrekking tot mogelijke medische aansprakelijkheid.	0,00% (0)	7,01% (11)	13,38% (21)	14,01% (22)	26,11% (41)	31,21% (49)	8,28% (13)
Docenten herinneren me aan de naleving van officiële richtlijnen om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	3,82% (6)	14,01% (22)	15,92% (25)	19,11% (30)	34,39% (54)	11,46% (18)	1,27% (2)

Tabel 11 - De perceptie over defensieve geneeskunde m.b.t. de opleiding

3.2.7.3 Stellingen met betrekking tot praktijkervaring

Slechts twee respondenten beweren dat hun supervisor herinnert aan de mogelijkheid om meer medicatie voor te schrijven dan strikt medisch noodzakelijk om zo het medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren, hetgeen positief is. Met de stellingen waarin wordt aangegeven dat supervisors de respondenten zouden aanzetten tot het meer medicatie voorschrijven, patiënten sneller doorverwijzen, risicovolle procedures en patiënten vermijden om het medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren wordt niet akkoord gegaan door de gemiddelde Vlaamse student geneeskunde. Ook de stelling met betrekking tot de naleving van officiële richtlijnen indien deze voorhanden zouden zijn, die wordt weergegeven in Tabel 12, wordt in dit geval onverschillig tot eerder akkoord gescoord. Deze onverschillige score kan worden verklaard door het feit dat deze richtlijnen niet voorhanden zijn omdat ze enorm complex zijn om op te stellen, dit werd reeds toegelicht in voorgaande paragrafen.

(n=152)	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Mijn supervisor stelt voor om extra testen/procedures aan te vragen, die hoofdzakelijk gericht zijn om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid en dus niet strikt medisch noodzakelijk zijn.	9,21% (14)	19,74% (30)	21,71% (33)	38,16% (58)	7,89% (12)	3,29% (5)	0,00% (0)
Mijn supervisor herinnert me aan de naleving van officiële richtlijnen om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	3,95% (6)	10,53% (16)	12,50% (19)	29,61% (45)	27,63% (42)	12,50% (19)	3,29% (5)
Mijn supervisor herinnert me aan het belang van de volledigheid van notities in het patiëntendossier met betrekking tot mogelijke medische aansprakelijkheid.	0,66% (1)	5,92% (9)	7,89% (12)	28,29% (43)	25,66% (39)	22,37% (34)	9,21% (14)
Mijn supervisor stelt voor om meer medicatie voor te schrijven dan strikt medisch noodzakelijk, hoofdzakelijk om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	11,84% (18)	32,89% (50)	19,08% (29)	34,87% (53)	1,32% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)
Mijn supervisor stelt voor om risicovolle procedures of interventies te vermijden, hoofdzakelijk om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	11,18% (17)	21,71% (33)	19,74% (30)	36,84% (56)	7,89% (12)	1,97% (3)	0,66% (1)
Mijn supervisor stelt voor om patiënten sneller door te verwijzen dan strikt medisch noodzakelijk, hoofdzakelijk om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	5,26% (8)	24,34% (37)	16,45% (25)	36,18% (55)	16,45% (25)	1,32% (2)	0,00% (0)
Mijn supervisor stelt voor om patiënten met een hoger risico op complicaties te vermijden, hoofdzakelijk om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	11,84% (18)	34,21% (52)	13,16% (20)	34,21% (52)	5,92% (9)	0,66% (1)	0,00% (0)

Tabel 12 - De perceptie over defensieve geneeskunde m.b.t. praktijkervaring

3.2.8 De perceptie over communicatie inzake medische incidenten

In 3.2.7 De perceptie over defensieve geneeskunde werd duidelijk dat de Vlaamse studenten geneeskunde van mening zijn dat artsen zowel positieve als negatieve defensieve handelingen stellen. Maar tijdens hun opleiding en stages worden ze niet aangezet tot defensieve

geneeskunde. Uit de literatuurstudie is echter gebleken dat defensief gedrag zich kan uiten in enerzijds ex ante defensief gedrag of defensieve geneeskunde. Aan de andere kant bestaat er ook ex post defensief gedrag of defensieve communicatie. De resultaten van de perceptie over defensieve communicatie werden in wat volgt geanalyseerd, ook direct het laatste onderdeel van de bevraging.

3.2.8.1 Algemeen

Inleidend werd aan de respondenten gevraagd of zij een medisch incident waarbij de patiënt geen verminderde levenskwaliteit ondervindt zouden communiceren naar de patiënt en of collega's. De absolute meerderheid geeft aan deze medische incidenten te communiceren met beide partijen, dit wordt voorgesteld in Tabel 13.

(n=157)	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Indien de patiënt geen verminderde levenskwaliteit ondervindt door een medisch incident, is het overbodig om dit mee te delen aan de patiënt.	24,84% (39)	42,68% (67)	19,11% (30)	5,10% (8)	7,64% (12)	0,64% (1)	0,00% (0)
Indien de patiënt geen verminderde levenskwaliteit ondervindt door een medisch incident, is het overbodig om dit mee te delen aan collega's.	21,02% (33)	42,68% (67)	26,75% (42)	5,73% (9)	3,18% (5)	0,64% (1)	0,00% (0)

Tabel 13 - Inleidende stellingen m.b.t. defensieve communicatie

Hierna werden meer specifieke stellingen bevroegd met betrekking tot het communiceren van medische incidenten naar de patiënt, de resultaten hiervan worden weergegeven in Tabel 14. Southwick, Canley & Hallisy (2015) benadrukten de essentie van open communicatie inzake medische incidenten met collega's en de patiënt inclusief aanverwanten. Thomas, Ziller & Thayer (2010) voegden hieraan toe dat artsen die hun nalatigheid toegeven en aandacht besteden aan de patiënt minder snel vervolgd worden voor medische incidenten.

Ongeacht het feit dat de patiënt schade ondervindt of op zijn minst had kunnen ondervinden naar aanleiding van een medisch incident zou de gemiddelde Vlaamse student geneeskunde de patiënt hiervan op de hoogte brengen. Hetgeen in overeenstemming is met de bevindingen in de eerste paragraaf van dit deel. Toch zien we een hoger percentage van respondenten dat het niet eens is met de stelling dat wanneer een medisch incident schade had kunnen berokkenen, maar waarbij de patiënt uiteindelijk ongedeerd bleef, gecommuniceerd zou worden met de patiënt. Hierbij geeft een vierde van de respondenten aan dit niet te communiceren met de patiënt.

(n=157)	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Ik zou de patiënt op de hoogte brengen van een medisch incident, ook als het medisch incident wordt opgemerkt en gecorrigeerd voor de patiënt er schade van ondervindt.	0,00% (0)	4,46% (7)	14,01% (14)	8,92% (22)	28,03% (44)	32,48% (51)	12,10% (19)
Ik zou de patiënt op de hoogte brengen van een medisch incident wanneer het de patiënt geschaad heeft.	0,00% (0)	0,00% (0)	0,64% (1)	1,91% (3)	10,19% (16)	33,12% (52)	54,14% (85)
Ik zou de patiënt op de hoogte brengen van een medisch incident dat schade had kunnen berokkenen, maar waarbij de patiënt uiteindelijk ongedeerd bleef.	0,64% (1)	8,28% (13)	15,29% (24)	14,01% (22)	24,84% (39)	31,21% (49)	5,73% (9)

Tabel 14 - De perceptie over defensieve communicatie

Om de perceptie over communicatie inzake medische incidenten verder vorm te geven werd ook gevraagd aan de respondenten om aan te geven in welk van de situaties, zoals weergegeven in Tabel 15, ze gebruik zouden maken van een meldpunt voor medische incidenten. In 3.2.5 werd reeds gepeild naar de kennis van de respondenten over de mogelijkheid zich als arts te kunnen wenden tot een intern meldpunt voor medische incidenten. Vanuit de hypothese dat er effectief een meldpunt, al dan niet intern, is waarvan alle bevrageden op de hoogte zijn werd gevraagd in welke vooropgestelde gevallen ze gebruik zouden maken van dit meldpunt, de resultaten hiervan worden voorgesteld in Tabel 15. In het geval dat het medisch incident schade toebrengt aan de patiënt is er geen twijfel onder de bevrageden. Op vier respondenten na geven alle bevrage Vlaamse geneeskundestudenten aan dat ze dit medisch incident zouden rapporteren aan het meldpunt. Wanneer een incident schade had kunnen berokkenen, maar de patiënt ongedeerd bleef zou 42,02% (66 respondenten) van de bevrageden geen gebruik maken van dit meldpunt. De meningen zijn zo goed als gelijk verdeeld in het geval van een incident dat wordt opgemerkt en gecorrigeerd voor de patiënt er schade van ondervindt.

Zou u gebruik maken van een meldpunt voor medische incidenten indien... (n=157)	Ja	Nee
... het incident wordt opgemerkt en gecorrigeerd wordt voor de patiënt er schade van ondervindt?	49,04% (77)	50,96% (80)
... het incident de patiënt geschaad heeft?	97,45% (153)	2,55% (4)
... het incident de patiënt schade had kunnen berokkenen, maar de patiënt uiteindelijk ongedeerd bleef?	57,96% (91)	42,04% (66)

Tabel 15 - Het gebruik van een meldpunt voor medische incidenten

3.2.8.2 Stellingen met betrekking tot de opleiding

Ook bij het peilen naar de perceptie over communicatie inzake medische incidenten werden stellingen bevroegd met betrekking tot het doceergedrag van docenten. De respondenten zijn van mening dat ze niet voldoende worden opgeleid in hoe om te gaan met medische incidenten. Toch geeft 56,59% aan dat ze voldoende worden opgeleid in hoe patiënten op de hoogte te brengen van een medisch incident. Ze zijn dus van mening dat andere aspecten van het omgaan met met medische incidenten ondermaats worden behandeld. Uit Tabel 16 valt ook nog af te leiden dat docenten voldoende aandacht besteden aan het belang van open communicatie.

(n=157)	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Ik word voldoende opgeleid in hoe patiënten op de hoogte te brengen bij het voorvallen van een medisch incident.	7,01% (11)	0,64% (1)	13,38% (21)	22,29% (35)	31,21% (49)	20,38% (32)	5,1% (8)
Docenten herinneren me aan het belang van communicatie met de patiënt met betrekking tot mogelijke medische aansprakelijkheid.	2,55% (4)	3,18% (5)	8,28% (13)	13,38% (21)	26,75% (42)	31,85% (50)	14,01% (22)

Tabel 16 - De perceptie over defensieve communicatie m.b.t. de opleiding

3.2.8.3 Stellingen met betrekking tot praktijkervaring

Ten slotte werden ook nog stellingen bevroegd met betrekking tot de supervisors van respondenten met praktijkervaring. Hoewel Southwick, Cranley & Hallisy (2015) concluderen dat communicatie tussen zorgverlener en patiënt vaak ondermaats is, blijkt uit dit onderzoek dat bijna zestig procent van de Vlaamse geneeskundestudenten met praktijkervaring rapporteert dat hun supervisor het belang van communicatie met de patiënt benadrukt.

Slechts 15,14% (23 respondenten) zou een medisch incident dat hij/zij opmerkt tijdens een stage voor zichzelf houden.

(n=152)	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Mijn supervisor herinnert me aan het belang van communicatie met de patiënt met betrekking tot mogelijke medische aansprakelijkheid.	1,32% (2)	5,92% (9)	7,24% (11)	26,32% (40)	32,89% (50)	19,74% (30)	6,58% (10)
Als ik tijdens mijn stage een medisch incident opmerk, houd ik deze voor mezelf.	14,47% (22)	28,29% (43)	25,66% (39)	16,45% (25)	13,16% (20)	1,32% (2)	0,66% (1)

Tabel 17 - De perceptie over defensieve communicatie m.b.t. praktijkervaring

Over het algemeen kunnen we dus stellen dat de toekomstige Vlaamse artsen open communicatie behartigen en dat ook hun docenten en supervisors wijzen op het belang van communicatie met de patiënt inzake medische incidenten. Er bestaat echter wel enige twijfel bij het melden van een medisch incident bij een meldpunt dat schade had kunnen berokkenen aan de patiënt, maar waarbij de patiënt uiteindelijk ongedeerd bleef.

IV. Conclusie

4.1 Algemeen besluit

Doorheen deze masterthesis was de centrale onderzoeksvraag "In welke mate zijn Vlaamse studenten geneeskunde op de hoogte van het medisch aansprakelijkheidssysteem en in welke mate worden zij opgeleid om met medische incidenten om te gaan?". Om de interpretatie van de resultaten van het empirisch onderzoek minder complex te maken werd er eerst een literatuurstudie uitgevoerd. Het is dan ook vitaal dat defensieve geneeskunde in alle opzichten wordt toegelicht alvorens de resultaten worden besproken.

Medische incidenten moeten te allen tijde worden vermeden, het medisch aansprakelijkheidssysteem probeert hiervoor te zorgen. Er werd duidelijk dat het medisch aansprakelijkheidssysteem twee functies bekleedt. Enerzijds wil het een vergoedingssysteem zijn voor slachtoffers van een medisch incident en anderzijds vervult het een preventieve rol. Wat benadrukt dient te worden is dat de prikkels die het medisch aansprakelijkheidssysteem uitstuurt zorgen voor een overschatting van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico bij artsen. Hierdoor gaan artsen geneigd zijn om zorgvuldiger te handelen en dus meer handelingen te stellen dan strikt medisch noodzakelijk. Op die manier proberen artsen hun medisch aansprakelijkheidsrisico en ook het risico op een medisch incident te minimaliseren. Het medisch aansprakelijkheidssysteem probeert artsen met andere woorden te sturen naar een optimaal niveau van zorgverlening. Maar, dit bovenmatig zorgvuldig handelen van artsen om hun medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren vertaalt zich in defensief gedrag. Enerzijds uit defensief gedrag zich in de vorm van defensieve geneeskunde en aan de andere kant in de vorm van defensieve communicatie. In het geval van defensieve geneeskunde hebben we te maken met positieve en negatieve defensieve geneeskunde. Positieve defensieve geneeskunde bestaat uit het aanvragen van extra testen en procedures hoofdzakelijk om het medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren. De extra handelingen die een arts stelt om zijn medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren zijn evenwel slechts wenselijk tot op een bepaald niveau. Dit niveau wordt het optimale niveau van zorg genoemd en is het minimum van de totale kosten die gepaard gaan met de bijkomstige handelingen. Deze kosten omvatten zowel financiële kosten als lichamelijke of morele schade die een patiënt kan ondervinden bij deze extra handelingen. Het werd duidelijk dat het bepalen van dit optimale niveau enorm complex is in de praktijk. Negatieve defensieve geneeskunde daarentegen of vermijdingsgedrag vertaalt zich in het vermijden van risicovolle procedures en patiënten ook hoofdzakelijk om het medisch aansprakelijkheidsrisico te minimaliseren. Anderzijds kan defensief gedrag zich uiten in defensieve communicatie. Hierbij gaan artsen niet of weinig communiceren met patiënten en hun naasten over een medisch incident dat zich heeft voorgedaan om hun medisch aansprakelijkheidsrisico alsnog te minimaliseren. Artsen proberen hierbij de complicaties te relativiseren in de hoop dat de patiënt dit aanneemt en geen verdere stappen onderneemt.

Aan defensieve geneeskunde zijn zowel positieve als negatieve gevolgen verbonden. Zo kan defensieve geneeskunde zorgen voor lichamelijke of morele schade bij de patiënt en een financiële aderlating met zich meebrengen. Vermijdingsgedrag kan er dan weer voor zorgen dat de toegang tot gezondheidszorg voor risicovolle patiënten wordt belemmerd. Wanneer risicovolle of experimentele procedures worden vermeden blijft de gezondheidszorg op hetzelfde niveau en is er geen sprake van innovatie. Anderzijds kunnen de extra testen en procedures leiden tot het vroegtijdig opsporen van aandoeningen. Hoe vroeger aandoeningen worden vastgesteld hoe sneller de behandeling kan worden opgestart en hoe meer kans de patiënt heeft om hiervan te genezen. Sneller doorverwijzen van patiënten kan ook leiden tot het efficiënter behandelen van aandoeningen. Hoe sneller de patiënt bij de juiste arts-specialist terecht komt hoe sneller de behandeling kan worden opgestart en hoe meer kans de patiënt heeft om te genezen. Voorts werd er vastgesteld dat artsen worden gedreven tot defensieve geneeskunde indien zij reeds zijn blootgesteld aan een schadeclaim. Ook wanneer zij in een specialisme zijn tewerkgesteld waarbij het risico op een medisch incident hoger ligt worden zij gedreven tot defensieve geneeskunde. Dit laatste werd niet altijd bekrachtigd.

Het is duidelijk geworden dat defensief gedrag voortvloeit uit het medisch aansprakelijkheidssysteem. Daarbij moeten we stellen dat artsen dus op de hoogte moeten zijn van de werking van het medisch aansprakelijkheidssysteem om te kunnen omgaan met de prikkels die dit systeem uitstuurt. Aangezien uit onderzoek blijkt dat 15% van de Belgische arts-specialisten niet weet welk type medisch aansprakelijkheidssysteem van kracht is in België. En daarenboven een derde niet weet in welke gevallen het Fonds voor Medische Ongevallen de geleden schade van een slachtoffer van een medisch incident vergoedt. Kunnen we ons de vraag stellen of Belgische artsen voldoende worden opgeleid over het medisch aansprakelijkheidssysteem. Dit vormt het aanknopingspunt met de centrale onderzoeksvraag van deze masterthesis die aan het begin van dit algemeen besluit werd meegegeeld. Na een bespreking van de meest prominent aanwezige empirische onderzoeksmethoden met betrekking tot de prevalentie van defensieve geneeskunde werd gekozen om het empirisch onderzoek te voeren aan de hand van een direct enquêteonderzoek bij Vlaamse geneeskundestudenten.

Wat we kunnen concluderen uit dit enquêteonderzoek dat werd afgenomen bij 157 Vlaamse geneeskundestudenten is dat een vijfde van de respondenten een foutief beeld heeft van het medisch aansprakelijkheidssysteem dat van kracht is in België. Van de 34,39% die reeds heeft gehoord van het FMO kent meer dan de helft de werking van het FMO niet. Voorts is slechts een tiende van de respondenten bekend met het begrip defensieve geneeskunde. Wat deze groep suggereert is dat ze meer opgeleid wil worden inzake medische aansprakelijkheid en hoe het medisch aansprakelijkheidsrisico te reduceren. Daarnaast zou er ook meer aandacht besteed mogen worden door docenten en supervisors aan de bewustmaking van de dreiging van een rechtszaak naar aanleiding van een medisch incident. Maar de toekomstige Vlaamse arts maakt zich op dit moment nog niet al te veel zorgen over het medisch aansprakelijkheidsrisico. Drie vierde geeft aan geen angst te hebben voor het medisch

aansprakelijkheidsrisico tijdens het aanleren van risicovolle procedures of technieken. Er is ook slechts een vijfde dat aangeeft de keuze voor hun specialisme te laten beïnvloeden door het risico op een medisch incident verbonden aan het specialisme.

De Vlaamse student geneeskunde geeft wel aan bezorgd te zijn over het feit dat er een hoger risico op medische aansprakelijkheid zou zijn verbonden aan patiënten die aangeven reeds een arts vervolgd te hebben. Het gevolg verbonden aan deze vervolging waarover hij het meest bezorgd is, is de morele schade. Het minst bezorgd zijn de geneeskundestudenten over de (persoonlijke) financiële gevolgen verbonden aan een schadeclaim zoals een stijging van de verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid of het zelf moeten instaan voor de betaling van een schadevergoeding.

De respondenten zijn eensgezind over het feit dat ze niet worden aangezet tot defensieve geneeskunde en communicatie door hun docenten en supervisors. Toch zijn de Vlaamse studenten geneeskunde van mening dat zowel positieve als negatieve defensieve geneeskunde prominent aanwezig is in België. In het bijzonder geven ze aan de perceptie te hebben dat er een hogere prevalentie is van positieve dan negatieve defensieve geneeskunde. Zo geeft 95,54% aan te denken dat extra testen één keer per week tot meerdere keren per dag aangevraagd worden die niet strikt medisch noodzakelijk zijn. Ook 85,36% van Vlaamse geneeskundestudenten geeft aan dat ze van mening is dat medicatie één keer per week tot meerdere keren per dag wordt voorgeschreven zonder dat deze strikt medisch noodzakelijk is. Wanneer ze hun opleiding afronden en als zorgverlener aan het werk gaan zouden in het bijzonder hun opleiding en verdere vorming, multidisciplinariteit en interne controle door collega's factoren zijn die hen aanzetten tot het zorgvuldig stellen van medische handelingen. Ook is de gemiddelde Vlaamse student geneeskunde van mening dat open communicatie inzake medische incidenten te allen tijde behartigd moet worden desondanks deze aangeeft niet voldoende te worden opgeleid in hoe ze moet omgaan in ambigue situaties met betrekking tot medische incidenten.

Om deze conclusie af te sluiten volgen hier een aantal beleidsaanbevelingen die voortgekomen zijn uit dit empirisch onderzoek met het oog op de optimalisatie van de opleiding geneeskunde:

- Voorzie meer opleiding over de werking van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België.
- Voorzie meer opleiding over de reductie van het medisch aansprakelijkheidsrisico.
- Voorzie meer opleiding over defensieve geneeskunde en de gevolgen ervan.
- Voorzie meer opleiding over het omgaan met medische incidenten.
- Voorzie meer opleiding over de gevolgen van medische incidenten voor de arts.

4.2 Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek

Net zoals ieder onderzoek is ook dit onderzoek onderworpen aan enkele beperkingen. Deze dienen in acht te worden genomen tijdens het lezen van deze masterthesis.

Vooreerst is het moeilijk om de resultaten te generaliseren doordat er slechts een beperkte groep van Vlaamse geneeskundestudenten bereikt werd met de enquête. Ook de schaarse data die verzameld werd bij artsen in opleiding draagt hier aan bij. Daarenboven zijn sommige universiteiten en stadia in de opleiding onvoldoende vertegenwoordigd, waardoor het niet wenselijk was om verbanden aan te tonen tussen deze karakteristieken en de perceptie over defensief gedrag. Hoewel dit zeer interessant kan zijn voor verder onderzoek.

Bovendien zijn de resultaten van de enquête slechts een perceptie en hebben respondenten vaak de neiging om sociaal wenselijk te antwoorden. Dit is evenwel getracht te minimaliseren door het waarborgen van de anonimiteit van de respondent. Toch kan er hierdoor een kloof ontstaan met de werkelijkheid, waardoor de resultaten genuanceerd moeten worden.

Daarom zou, om een meer getrouw beeld te kunnen vormen over de perceptie, in verder onderzoek gebruik kunnen worden gemaakt van klinische scenario's. Deze vergen echter enorm veel tijd om op te stellen maar kunnen wel meer betrouwbare data opleveren met betrekking tot de perceptie over defensief gedrag. Tenslotte zou verder onderzoek interessant kunnen zijn waarbij gepeild wordt naar de exacte materie waarover Vlaamse geneeskundestudenten van mening zijn dat zij onvoldoende worden opgeleid om zo de beleidsaanbevelingen die deze masterthesis naar voren draagt te staven. En ook zou de reikwijdte van dit en toekomstig onderzoek kunnen worden uitgebreid naar België.

Geraadpleegde werken

- AMMA. (2020). *Medisch Risicobeheer*. Opgeroepen op Maart 2020, van Amma: <https://www.amma.be/nl/fonds-medische-ongevallen/>
- Asher, E., Dvir, S., Seidman, D. S., Greenberg-Dotan, S., Kedem, A., Sheizaf, B., & Reuveni, H. (2013). Defensive Medicine among Obstetricians and Gynecologists in Tertiary Hospitals . *PLOS ONE*.
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S., & Reuveni, H. (2012). Defensive Medicine in Israel - A Nationwide Survey. *PLOS ONE*.
- Assing Hvidt, E., Lykkegaard, J., Pedersen, L. B., Pedersen, K. M., Munck, A., & Andersen, M. K. (2017, November 20). How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open*, 7:e019851. doi:10.1136/bmjopen-2017-019851.
- Bafort, M. (2019, September 2). Arts wil meldpunt voor medische incidenten: 'Ze eisen meer levens dan het verkeer'. *De Morgen*.
- Baicker, K., Wright, B. J., & Olson, N. A. (2015, December 6). Reevaluating Reports of Defensive Medicine. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(6), 1157-1177.
- Baldwin, L.-M., Hart, G. L., Lloyd, M., Fordyce, M., & Rosenblatt, R. (1995). Defensive medicine and obstetrics. *JAMA*, 1606-1610.
- Bean, J. R. (2016). Defensive Medicine: A Game in Which Perception Trumps Reality. *WORLD NEUROSURGERY*, 646-647.
- Belga. (2010, December 8). Chirurg vergeet twee scharen in buik patiënt. *De Standaard*.
- Bell, A. P. (1984). Legislative Intrusions into the Common Law of Medical Malpractice: Thoughts about the Deterrent Effect of Tort Liability. *Syracuse Law Review*, 939-993.
- Bourne, T., De Cock, B., Wynants, L., Peters, M., Van Audenhove, C., Timmerman, D., . . . Jalmbrant, M. (2017, October 25). Doctors' perception of support and the processes involved in complaints investigations and how these relate to welfare and defensive practice: a cross-sectional survey of the UK physicians. *BMJ Open*.
- Bourne, T., Wynants, L., Peters, M., Van Audenhove, C., Timmerman, D., Van Calster, B., & Jalmbrant, M. (2014, December 10). The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ Open*.
- Capp, P. M. (1990). Subspecialization in radiology. *American journal of roentgenology*, 451-454.
- Cassel, C. K., & Reuben, D. B. (2011). Specialization, subspecialization, and subspecialization in internal medicine. *The New England Journal of Medicine*, 1169-1173.
- Catino, M. (2011). Why do doctors practice defensive medicine? The side-effects of medical litigation. *Safety Science Monitor*.

- Cunningham, W., & Dovey, S. (2000, November 10). The effect on medical practice of disciplinary complaints: potentially negative for patient care. *New Zealand Medical Journal*, 464-467.
- Currie, J., & MacLeod, B. (2008). First Do No Harm? Tort Reform and Birth Outcomes. *The Quarterly Journal of Economics*, 795-830.
- Donabedian, A. (2002). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Incorporated.
- Dubay, L., Kaestner, R., & Waidmann, T. (1999). The Impact of Malpractice Fears on Cesarean Section Rates. *The Journal of Health Economics*, 491-522.
- Dudeja, S., & Dhirar, N. (2018). Defensive medicine: Sword of Damocles. *The National Medical Journal of India*, 31(6), 364-365.
- Frakes, M. (2012). Defensive Medicine and Obstetric Practices. *Journal of Empirical Legal Studies*, 457-481.
- Garattini, L., & Padula, A. (2020, January 9). Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? *The European Journal of Health Economics*.
- Hermer, L. D., & Brody, H. (2010). Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform. *JGIM*, 470-473.
- Hermer, L. D., & Brody, H. (2010, February 9). Defensive medicine, Cost Containment, and Reform. *JGIM*, 25(5), 470-473.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T., & Chayama, K. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*, 7671-7675.
- Hyman, D. A., Silver, C., Black, B., & Paik, M. (2015). Does tort reform affect physician supply? Evidence from Texas. *International Review of Law and Economics*, 203-218.
- James, J. T. (2013). A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. *Journal Patient Safety*, 122-128.
- Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., & Chandra, A. (2011). Malpractice Risk According to Physician Specialty. *The New England Journal of Medicine*, 629-636.
- Johnston, W. F., Rodriguez, R. M., Suarez, D., & Fortman, J. (2014). Study of Medical Students' Malpractice Fear and Defensive Medicine: A "Hidden Curriculum?". *Western Journal of Emergency Medicine*, 293-298.
- Kessler, D. P., Summerton, N., & Graham, J. R. (2006, July 15). Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. *The Lancet*, 368, 240-246.
- Kessler, D., & McClellan, M. (1996, May). Do Doctors Practice Defensive Medicine? *The Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.
- Korenstein, D., Falk, R., Howell, E. A., Bishop, T., & Keyhani, S. (2012). Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Archives of internal medicine*, 171-178.
- Lamberts, H., & Janssens, P. (1984). Defensief handelen door huisartsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 128(13), 598-602.

- Lawthers, A. G., Laird, N. M., Lipsitz, S., Hebert, L., Brennan, T. A., & Localio, R. A. (1992). Physicians' perceptions of the risk of being sued. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 463-482.
- Localio, A. R., Lawthers, A., Begtson, J., Hebert, L., Weaver, S., Brennan, T., & Landis, J. R. (1993). Relationship Between Malpractice Claims and Cesarean Delivery. *JAMA*, 366-373.
- Lydall, R. (2019). *London Evening Standard*. Opgehaald van <https://www.standard.co.uk/news/uk/boy-7-wrongly-branded-naughty-at-school-wins-30m-payout-a4274001.html>
- Lykkegaard, J., Andersen, M. K., Nexøe, J., & Assing Hvidt, E. (2018). Defensive medicine in primary health care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 225-226.
- Matsa, D. A. (2007). Does Malpractice Liability Keep the Doctor Away? Evidence from Tort Reform Damage Caps. *Journal of Legal Studies*, 36(S2), 143-182.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National costs of the medical liability system. *Health Affairs*, 1569-1577.
- Mello, M. M., Studdert, D. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., Brennan, T. A., & Sage, W. M. (2005). Effects of a malpractice crisis on specialist supply and patient access to care. *Annals of Surgery*, 621-628.
- Ministerie van Onderwijs en Vorming. (2019). *Hoger onderwijs in cijfers academiejaar 2019-2020*. Brussel: Peter Parmentier.
- Newton, J., Knight, D., & Woolhead, G. (1996, September). General practitioners and clinical guidelines: a survey of knowledge, use and beliefs. *British Journal of General Practice*, 46, 513-517.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*,. Paris: OECD Publishing.
- OESO. (2020). *Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)*. Opgeroepen op Maart 2020, van Koninkrijk België Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking: https://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/internationale_instellingen/financieel-economische_instellingen/oeso
- O'Leary, K. J., Choi, J., Watson, K., & Williams, M. V. (2012). Medical Students' and Residents' Clinical and Educational Experiences With Defensive Medicine. *Academic Medicine*, 142-148.
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T., & Abu-Zidan, F. (2013). The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Medical Ethics*.
- Osti, M., & Steyrer, J. (2015). A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*(21), 278-284.
- OTA. (1994). *Defensive Medicine and Medical Malpractice*. Washington D.C.: U.S. Congress.
- Panella, M., Rinaldi, C., Leigheb, F., Knesse, S., Donnarumma, C., Kul, S., . . . Di Stanislao, F. (2017). Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. *Journal of Health Services Research & Policy*, 1-7.

- Passmore, K., & Leung, W.-C. (2002). Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgrad Med J*, 671–673.
- Pindyck, R., & Rubinfeld, D. (2017). *Microeconomics* (Vol. 9). Pearson Education Limited.
- ProDeoAdvocaat. (2020, Maart 12). *Medische fout of medisch ongeval*. Opgehaald van Pro Deo Advocaat Vlaanderen: <https://www.prodeoadvocaat.vlaanderen/Advocaat/Medisch-recht/Medische-fout-Medisch-Ongeval>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2015). *Methoden en technieken van onderzoek, 7e editie*. Pearson Benelux B.V.
- SDB. (2010, November 3). *De Standaard*. Opgehaald van <https://www.standaard.be/cnt/jm31mdt5>
- Shurtz, I. (2013). The impact of medical errors on physician behavior: evidence from malpractice litigation. *Journal of Health Economics*, 331-340.
- Southwick, F., Cranley, N., & Hallisy, J. (2015). A patient-initiated voluntary online survey of adverse medical events: the perspective of 696 injured patients and families. *BMJ*, 620-629.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005, June 1). Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA*, 293(21), 2609-2617.
- Summerton, N. (1995, January 7). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310, 27-29.
- Tancredi, & Barondess. (1978, May 26). The Problem of Defensive Medicine. *Science, New Series, Health Maintenance Issue*, 200(4344), 879-882.
- Thomas, J. W., Ziller, E. C., & Thayer, D. A. (2010, September). Low Costs Of Defensive Medicine, Small Savings From Tort Reform. *Health Affairs*, 29(9), 1578-1584.
- Toraldo, D. M., Toraldo, M., & Vergari, U. (2015). Medical malpractice, defensive medicine and role of the “media” in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*.
- UCSF. (2020, April 21). *Risk of Radiaton*. Opgehaald van UCSF Department of Radiology and Biomedical Imaging: <https://radiology.ucsf.edu/patient-care/patient-safety/radiation-safety/risks-of-radiation>
- van Velthoven, B. C., & van Wijck, P. W. (2012). Medical liability: do doctors care? *Recht der Werkelijkheid*, 28-47.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W., & Vandijck, D. (2015). Defensive medicine: implications for clinical practice, patients and healthcare policy. *Acta Clinica Belgica*, 70(6), 396-397.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W., & Vandijck, D. (2015). Physician Specialists’ Perceptions of the Medical Malpractice System in Belgium. *Eur J Health Law*, 481-491.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W., Cleemput, I., Vandijck, D., & Vereeck, L. (2016). The determinants of defensive medicine practices in Belgium. *Health Economics, Policy and Law*(12), 363-386.
- VL-Regering. (2019). *Vlaamse regering 2019-2024 Regeerakkoord*. Brussel.

Zhu, L., Li, L., & Lang, J. (2018). The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: a questionnaire survey in a national congress. *BMJ Open*.

Bijlagen

Bijlage 1 Vragenlijst

Intro

Met deze bevraging wil ik als masterstudent Toegepaste Economische Wetenschappen - Beleidsmanagement nagaan in welke mate geneeskundestudenten op de hoogte zijn van het medisch aansprakelijkheidssysteem en in welke mate zij opgeleid worden om met medische incidenten om te gaan.

Uw medewerking hierbij is van groot belang en het invullen van deze vragenlijst neemt slechts 10 à 15 minuten van uw waardevolle tijd in beslag.

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van de Universiteit Hasselt en voldoet daarbij aan alle noodzakelijke voorwaarden. Volledige anonimiteit wordt gewaarborgd. De personen die de gegevens van deze vragenlijst verwerken kunnen de herkomst van de deelnemers niet achterhalen en daarenboven worden de gegevens enkel globaal verwerkt.

Voor meer informatie kan u steeds terecht bij: olivier.ilsen@student.uhasselt.be

Alvast bedankt voor uw medewerking

Socio-demografische gegevens

Deze vragen helpen ons om een beter beeld te krijgen van wie u bent en in welke context u uw studie/stage doorloopt.

Q1 Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- X
- Zeg ik liever niet

Q2 Wat is uw geboortjaar?

Q3 In welke provincie bent u woonachtig?

- Antwerpen
- Limburg
- Oost-Vlaanderen
- Vlaams-Brabant
- West-Vlaanderen
- Waals-Brabant
- Henegouwen
- Luik
- Luxemburg
- Namen
- Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Q4 Aan welke universiteit volgt u de opleiding geneeskunde?

- Katholieke Universiteit Leuven
- Universiteit Antwerpen
- Universiteit Gent
- Universiteit Hasselt
- Vrije Universiteit Brussel
- Andere _____

Q5 In welk(e) jaar/specialisatie bevindt u zich momenteel?

- 1^e bachelor
- 2^e bachelor
- 3^e bachelor
- 1^e master
- 2^e master
- 3^e master
- Specialisatie

Q6 Voor welke specialisatie heeft u gekozen?

- Anesthesie-reanimatie
- Arbeidsgeneeskunde
- Cardiologie
- Dermato-venereologie
- Fysische geneeskunde en revalidatie
- Gastro-enterologie
- Gerechtelijke geneeskunde
- Geriatrie
- Gynaecologie-verloskunde
- Heelkunde
- Huisartsengeneeskunde
- Inwendige geneeskunde
- Kinder- en jeugdpsychiatrie
- Klinische biologie
- Klinische genetica
- Medische oncologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nucleaire geneeskunde
- Oftalmologie
- Orthopedische heelkunde
- Otorhinolaryngologie
- Pathologische anatomie
- Pediatrie
- Plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde
- Pneumologie
- Radiotherapie-oncologie
- Reumatologie
- Röntgendiagnose
- Stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtschirurgie
- Urgentiegeneeskunde
- Urologie
- Volwassenpsychiatrie
- Andere _____

Q7 In welk jaar van uw specialisatie bevindt u zich momenteel?

- 1^e jaar
- 2^e jaar
- 3^e jaar
- 4^e jaar
- 5^e jaar
- 6^e jaar

Q8 Duid aan welk soort stage(s) u reeds heeft gelopen tijdens uw opleiding of welke u momenteel loopt. Meerdere antwoordmogelijkheden kunnen worden aangevinkt.

- Verpleegstage
- Patiëntenzorgstage
- Huisartsenstage
- Ziekenhuisstage
- Kijkstage
- Masterstage
- Specialisatiestage
- Ik heb tot op heden nog geen stage aangevat.
- Andere _____

Q9 In welk type instelling(en) heeft u stage gelopen/loopt u stage? Deze vraag heeft betrekking tot de huisartsenstage. Meerdere antwoordmogelijkheden kunnen worden aangevinkt.

- Solopraktijk
- Groepspraktijk
- Andere _____

Q10 In welk type instelling(en) heeft u stage gelopen/loopt u stage? Meerdere antwoordmogelijkheden kunnen worden aangevinkt.

- Algemeen ziekenhuis
- Algemeen ziekenhuis met een universitair karakter
- Universitair ziekenhuis
- Psychiatrisch ziekenhuis
- Gespecialiseerd ziekenhuis (bijv. geriatrisch ziekenhuis)
- Ik weet het niet
- Andere _____

Q11 Hoeveel pogingen had u nodig om te slagen op het toelatingsexamen voor de opleiding geneeskunde ?

Kennis medisch aansprakelijkheidssysteem

Q12 Welk type medisch aansprakelijkheidssysteem is volgens u op dit moment van kracht in België?

- Een systeem waarin enkel gebruik gemaakt kan worden van een procedure voor de rechtbank om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen.
- Een systeem waarin enkel gebruik gemaakt kan worden van een procedure bij een speciaal daarvoor opgericht fonds om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen.
- Een systeem waarin zowel gebruik gemaakt kan worden van een procedure voor de rechtbank als een procedure bij een speciaal daarvoor opgericht fonds om een medische aansprakelijkheidsclaim in te dienen.

Q13 Bent u reeds bekend met het Fonds voor Medische Ongevallen?

- Ja
- Nee

Q14 In welk van onderstaande gevallen is het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) verantwoordelijk voor de compensatie van de slachtoffers van een medisch incident?

- Altijd, zolang de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverlener vaststaat.
- Indien de betrokken zorgverlener niet aansprakelijk wordt geacht en de geleden schade voldoende ernstig en abnormaal is.
- Enkel indien de betrokken zorgverlener aansprakelijk wordt geacht, maar niet of onvoldoende verzekerd is voor zijn/haar medische beroepsaansprakelijkheid.
- Ik weet het niet

Perceptie medische aansprakelijkheid

Onderstaande stellingen geven ons een beter beeld van uw notie van medische aansprakelijkheid. Wij zijn op zoek naar uw persoonlijke mening. Er zijn dus geen juiste of foute antwoorden.

Met een medische aansprakelijkheidsclaim wordt bedoeld een vordering ten gevolge van een medisch incident, al dan niet met de bedoeling van de patiënt om een schadevergoeding te bekomen.

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

Met een *medisch ongeval zonder aansprakelijkheid* wordt een ongeval bedoeld dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener.

Q15-Q17 In welke mate bent u akkoord met de volgende stellingen?

Wij zijn op zoek naar uw persoonlijke mening. We benadrukken daarom dat er dus geen juiste of foute antwoorden zijn.

	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Ik word voldoende opgeleid in hoe om te gaan met medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik word voldoende opgeleid in hoe patiënten op de hoogte te brengen bij het voorvallen van een medisch incident.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik word voldoende opgeleid in hoe om te gaan met medische incidenten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou gedurende mijn studie graag meer opgeleid worden over het risico op medische aansprakelijkheid en hoe ik dit zou kunnen verminderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik word vaak geconfronteerd met berichtgeving over medische aansprakelijkheid in de media.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De meeste medische incidenten worden veroorzaakt door gebeurtenissen buiten de macht van artsen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben terughoudend om bepaalde procedures/technieken aan te leren uit angst voor medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mijn keuze van specialisatie wordt beïnvloed door het aantal schadeclaims	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

binnen het specialisme.							
Indien de patiënt geen verminderde levenskwaliteit ondervindt door een medisch incident, is het overbodig om dit mee te delen aan de patiënt.	o	o	o	o	o	o	o
Ik ben bezorgd om een medische aansprakelijkheidsclaim tegen mezelf ingesteld te krijgen.	o	o	o	o	o	o	o
Indien de patiënt geen verminderde levenskwaliteit ondervindt door een medisch incident, is het overbodig om dit mee te delen aan collega's.	o	o	o	o	o	o	o
Docenten wijzen mij tijdens de lessen op het belang van patiëntveiligheid.	o	o	o	o	o	o	o
Docenten herinneren me meermaals aan het medisch aansprakelijkheidsrisico (bv. tijdens het overlopen van een (fictief) patiënten(dossier)).	o	o	o	o	o	o	o
Docenten herinneren me aan de dreiging van een rechtszaak door middel van scenario's ('Stel je voor, de patiënt klaagt je aan, je komt in aanraking met de advocaat van de patiënt...').	o	o	o	o	o	o	o
Docenten stellen voor om extra tests/procedures aan te vragen, die hoofdzakelijk gericht zijn om onszelf te beschermen tegen medische	o	o	o	o	o	o	o

aansprakelijkheid en dus niet strikt medisch noodzakelijk zijn.							
Docenten herinneren me aan de naleving van officiële richtlijnen om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	o	o	o	o	o	o	o
Docenten herinneren me aan het belang van de volledigheid van notities in het patiëntendossier met betrekking tot mogelijke medische aansprakelijkheid.	o	o	o	o	o	o	o
Docenten herinneren me aan het belang van communicatie met de patiënt met betrekking tot mogelijke medische aansprakelijkheid.	o	o	o	o	o	o	o

Q18-Q20 In welke mate bent u akkoord met de volgende stellingen?

Wij zijn op zoek naar uw persoonlijke mening omtrent uw praktijkervaring. We benadrukken daarom dat er dus geen juiste of foute antwoorden zijn.

	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Mijn supervisor herinnert me meermaals aan het medisch aansprakelijkheidsrisico (bv. tijdens het overlopen van een patiënten(dossier)).	o	o	o	o	o	o	o

Mijn supervisor herinnert me aan de dreiging van een rechtszaak door middel van scenario's ('Stel je voor, de patiënt klaagt je aan, je komt in aanraking met de advocaat van de patiënt...').	o	o	o	o	o	o	o
Mijn supervisor stelt voor om extra testen/procedures aan te vragen, die hoofdzakelijk gericht zijn om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid en dus niet strikt medisch noodzakelijk zijn.	o	o	o	o	o	o	o
Mijn supervisor herinnert me aan de naleving van officiële richtlijnen om mezelf te beschermen tegen medische aansprakelijkheid.	o	o	o	o	o	o	o
Mijn supervisor herinnert me aan het belang van de volledigheid van notities in het patiëntendossier met betrekking tot mogelijke medische aansprakelijkheid.	o	o	o	o	o	o	o
Collega's/begeleiders wijzen mij tijdens de praktijkstage op de belangrijkheid van patiëntveiligheid.	o	o	o	o	o	o	o
Ik ben meer bezorgd om medische aansprakelijkheid wanneer een patiënt aangeeft dat hij/zij reeds een arts vervolgd heeft.	o	o	o	o	o	o	o

Tijdens mijn stage voer ik bepaalde procedures/technieken niet uit uit angst om een medische fout te begaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als ik tijdens mijn stage een medisch incident opmerk, houd ik deze voor mezelf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verple(e)g(st)ers waarmee ik gewerkt heb, zijn bezorgd om medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collega's/begeleiders wijzen mij tijdens de praktijkstage op de belangrijkheid van patiëntveiligheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik ben meer bezorgd om medische aansprakelijkheid wanneer een patiënt aangeeft dat hij/zij reeds een arts vervolgd heeft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tijdens mijn stage voer ik bepaalde procedures/technieken niet uit uit angst om een medische fout te begaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Als ik tijdens mijn stage een medisch incident opmerk, houd ik deze voor mezelf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verple(e)g(st)ers waarmee ik gewerkt heb, zijn bezorgd om medische aansprakelijkheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q21 In welke mate denkt u dat...

Wij zijn op zoek naar uw persoonlijke mening. We benadrukken daarom dat er dus geen juiste of foute antwoorden zijn.

In welke mate denkt u dat ...	Nooit	Zelden (één tot twee keer per maand)	Soms (ongeveer één keer per week)	Vaak (meerdere keren per week)	Zeer vaak (meerdere keren per dag)
... meer tests aangevraagd worden dan strikt medisch noodzakelijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meer medicatie voorgeschreven wordt dan strikt medisch noodzakelijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... patiënten sneller doorverwezen worden dan strikt medisch noodzakelijk.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... risicovolle procedures of interventies vermeden worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... patiënten met een hoger risico op complicaties vermeden worden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q22 Wat is volgens u de beste manier om de kans op medische aansprakelijkheid te reduceren? Meerdere antwoordmogelijkheden kunnen worden aangevinkt.

- Rechtljnige communicatie met de patiënt
- Notities in het patiëntendossier
- Het vermijden van risicovolle patiënten
- Het vermijden van risicovolle procedures
- De vooropgestelde richtlijnen volgen m.b.t. klinische besluitvorming (indien voorhanden)
- Zoveel mogelijk diagnostische/therapeutische tests uitvoeren om zoveel mogelijk zaken te kunnen uitsluiten
- Het doorverwijzen naar (collega) arts-specialisten

Q23 Hieronder zijn vijf mogelijke gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim weergegeven. Rangschik deze naargelang ze u als toekomstige arts aanzetten om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren. Het gevolg dat u het meest aanzet plaatst u op 1 en het gevolg dat u het minst aanzet plaatst u op 5.

- _____ Reputatieschade
- _____ Het zelf moeten betalen van een schadevergoeding
- _____ Verloren praktijktijd (bijvoorbeeld tijd die niet gespendeerd kan worden aan het behandelen van patiënten door het moeten aanwezig zijn in de rechtbank, getuigen etc.)
- _____ Morele schade (bijvoorbeeld schuldgevoelens of stress)
- _____ Het betalen van een schadevergoeding door de verzekeraar, met als gevolg een stijging van uw verzekeringspremie medische beroepsaansprakelijkheid.

Q24-Q25 In welke mate zouden onderstaande factoren u als arts aanzetten om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren?

Wij zijn op zoek naar uw persoonlijke mening. We benadrukken daarom dat er dus geen juiste of foute antwoorden zijn.

In welke mate zouden onderstaande factoren u als arts aanzetten om medische handelingen met voldoende zorgvuldigheid uit te voeren?	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Opleiding tot zorgverlener	0	0	0	0	0	0	0
Bijscholing en extra vorming	0	0	0	0	0	0	0
Medische vakliteratuur	0	0	0	0	0	0	0
Medische congressen, conferenties, studiedagen, etc.	0	0	0	0	0	0	0
Multidisciplinariteit van zorgverlening (samenwerken met collega's, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Controle door collega's (informele controle, checklist, audit, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Externe accreditatie	0	0	0	0	0	0	0
Procedures uitgevoerd door het ziekenhuis en/of afdeling	0	0	0	0	0	0	0
Deontologische regels	0	0	0	0	0	0	0
Gevolgen van een medische aansprakelijkheidsclaim	0	0	0	0	0	0	0

Perceptie defensief gedrag

Q26 In welke mate bent u akkoord met de volgende stellingen? Beantwoord deze stellingen met hoe u zou handelen wanneer u uw opleiding tot arts heeft afgerond.

Wij zijn op zoek naar uw persoonlijke mening. We benadrukken daarom dat er dus geen juiste of foute antwoorden zijn.

	Volledig niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Noch niet akkoord noch akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Volledig akkoord
Ik zou de patiënt op de hoogte brengen van een medisch incident, ook als het medisch incident wordt opgemerkt en gecorrigeerd voor de patiënt er schade van ondervindt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou de patiënt op de hoogte brengen van een medisch incident wanneer het de patiënt geschaad heeft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik zou de patiënt op de hoogte brengen van een medisch incident dat schade had kunnen berokkenen, maar waarbij de patiënt uiteindelijk ongedeerd bleef.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q27 Bent u reeds bekend met het begrip defensieve geneeskunde?

- Ja
- Nee

Q28 Wat is volgens u defensieve geneeskunde?

- Het voorzichtig behandelen van patiënten om alle ingrepen zo pijnloos mogelijk te laten verlopen.
- Het uitvoeren van extra tests om zeker geen verkeerde diagnose te stellen en risicopatiënten/-procedures te vermijden om het aansprakelijkheidsrisico te beperken.
- Zo min mogelijk kostelijke ingrepen uitvoeren om de uitgaven van de gezondheidszorg te beperken.
- Geen van bovenstaande.

Meldpunt medische incidenten

Met een *meldpunt* bedoelen we een centrale plaats waar zorgverleners terecht kunnen om een medisch incident op een vertrouwelijke wijze te melden.

Q29 Bent u op de hoogte van de mogelijkheid om zich als arts te wenden tot een intern meldpunt om het voorvallen van een medisch incident te melden?

- Ja
- Nee

Q30 Zou u gebruik maken van een meldpunt voor medische incidenten indien...

Zou u gebruik maken van een meldpunt voor medische incidenten indien...	Ja	Nee
... het incident wordt opgemerkt en gecorrigeerd wordt voor de patiënt er schade van ondervindt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... het incident de patiënt geschaad heeft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... het incident de patiënt schade had kunnen berokkenen, maar de patiënt uiteindelijk ongedeerd bleef?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q31 Bent u zelf al in aanraking gekomen met een medisch incident als assistent/stagair?
Waarbij u de aanleiding was van het medisch incident?

- Ja
- Nee

Q32 Hoe is dit geschil geregeld?

- Geregeld door een minnelijke (zonder tussenkomst van rechtbank of Fonds voor Medische Ongevallen) schikking.
- Geregeld met tussenkomst van enkel het Fonds voor Medische Ongevallen.
- Geregeld met tussenkomst van enkel de rechtbank.
- Geregeld met tussenkomst van zowel het Fonds voor Medische Ongevallen als de rechtbank.
- Het geschil is nog niet geregeld.
- Ik weet het niet

Q33 Bent u zelf al in aanraking gekomen met een medisch incident als assistent/stagair?
Waarbij uw supervisor de aanleiding was van het medisch incident?

- Ja
- Nee

Q34 Hoe is dit geschil geregeld?

- Geregeld door een minnelijke (zonder tussenkomst van rechtbank of Fonds voor Medische Ongevallen) schikking.
- Geregeld met tussenkomst van enkel het Fonds voor Medische Ongevallen.
- Geregeld met tussenkomst van enkel de rechtbank.
- Geregeld met tussenkomst van zowel het Fonds voor Medische Ongevallen als de rechtbank.
- Het geschil is nog niet geregeld.
- Ik weet het niet

Q35 Bent u zelf al slachtoffer geweest van een medisch incident als patiënt?

- Ja
- Nee

Q36 Hoe is dit geschil geregeld?

- Geregeld door een minnelijke (zonder tussenkomst van rechtbank of Fonds voor Medische Ongevallen) schikking.
- Geregeld met tussenkomst van enkel het Fonds voor Medische Ongevallen.
- Geregeld met tussenkomst van enkel de rechtbank.
- Geregeld met tussenkomst van zowel het Fonds voor Medische Ongevallen als de rechtbank.
- Het geschil is nog niet geregeld.
- Ik weet het niet

Outro

Uw opmerkingen

Mocht u nog suggesties of opmerkingen hebben omtrent deze masterthesis, dan kan u deze hieronder anoniem noteren of contact met mij opnemen via olivier.ilsen@student.uhasselt.be
