



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

De prevalentie van defensieve geneeskunde

Stéphanie Govaerts

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

2020
2021



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

De prevalentie van defensieve geneeskunde

Stéphanie Govaerts

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

Deze masterproef werd geschreven tijdens de COVID-19 crisis in 2020-2021. Deze wereldwijde gezondheids crisis heeft mogelijk een impact gehad op het schrijf- en verwerkingsproces, de onderzoekshandelingen en de onderzoeksresultaten die aan de basis liggen van dit werkstuk.

Woord vooraf

Met deze masterproef sluit ik mijn opleiding in de Toegepaste Economische Wetenschappen, met als afstudeerrichting Beleidsmanagement (TEW-BM), aan de Universiteit Hasselt af. Deze studie heeft betrekking op het medisch aansprakelijkheidssysteem, het ontstaan van defensieve geneeskunde en drijvers van defensieve geneeskunde. Na een kritische literatuurstudie zal een empirische studie meer inzicht geven in het verband tussen wantrouwen van een patiënt in een arts en het medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts.

Het voltooien van deze eindverhandeling vergde veel tijd en toewijding, maar ik verwierf belangrijke kennis en vaardigheden waarmee ik mijn vierjarige opleiding kan afsluiten. Dat was mogelijk dankzij bijdragen van enkele andere personen. Via deze weg maak ik gebruik van de mogelijkheid om deze personen te bedanken.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. dr. dr. Samantha Bielen en begeleider Drs. Lotte Daniels bedanken voor de goede begeleiding doorheen het schrijven van mijn masterproef. Zonder deze begeleiding had mijn masterstudie niet tot stand kunnen komen. Ik dank hen voor de vele feedback, hulp en steun doorheen het uitvoeren van dit onderzoek.

Daarnaast zou ik de respondenten van het onderzoek willen bedanken voor de tijd die ze hebben vrijgemaakt om de vragenlijst in te vullen. Zonder hen had ik geen antwoord kunnen bieden op de onderzoeksvragen van het empirisch luik.

Tot slot wil ik enkele personen uit mijn persoonlijke leefomgeving bedanken voor de vele steun doorheen het volledige academiejaar. Zowel mijn familie, vrienden als medestudenten stonden steeds voor mij klaar. Bovendien zou ik enkelen van hen specifiek willen bedanken voor hun kritische visie en hun hulp bij het voltooien van mijn thesis.

Samenvatting

Een medisch aansprakelijkheidssysteem is erop gericht om enerzijds patiënten die slachtoffer zijn van een medisch incident van een gepaste schadevergoeding te voorzien en anderzijds om artsen die nalatig handelen te berispen. Artsen die te maken hebben met een aansprakelijkheidsclaim kampen vaak met reputatieschade en morele schade. Bijgevolg willen artsen aansprakelijkheidsprocedures vermijden en kunnen ze hun gedrag aanpassen. Mogelijks kan defensieve geneeskunde ontstaan, waarbij artsen enerzijds risicovolle patiënten of procedures vermijden en anderzijds aanvullende testen of procedures uitvoeren om hun medisch aansprakelijkheidsrisico te reduceren. In deze masterproef wordt dieper ingezoomd op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van artsen en het ontstaan van defensieve geneeskunde. De centrale onderzoeksvraag van deze masterstudie luidt namelijk als volgt: 'Wat zet artsen aan tot defensieve geneeskunde?'

Aan de hand van een kritische literatuurstudie wordt eerst de rol van het medisch aansprakelijkheidssysteem bij het ontstaan van defensieve geneeskunde in kaart gebracht. Eveneens worden mogelijke drijvers van defensief gedrag bestudeerd. *Performance management* in de gezondheidszorg kan namelijk de druk op zorgverleners en ziekenhuizen verhogen, wat mogelijks van invloed is op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt. Daarnaast kunnen het specialisme waarin de arts tewerkgesteld wordt en andere artskaracteristieken, zoals de leeftijd van de arts, een rol innemen als drijver van defensieve geneeskunde. Tot slot worden ook patiëntkarakteristieken beschouwd als een mogelijke drijver van defensief gedrag.

Hoewel uit de literatuur blijkt dat er omtrent de impact van patiëntkarakteristieken nog heel wat kennis ontbreekt, suggereren enkele studies dat wantrouwen van een patiënt in een arts van invloed kan zijn op medische beslissingen van artsen. Welke rol wantrouwen in de arts-patiënt relatie speelt, wordt in de empirische studie meer uitgediept. Zo wordt er aan de hand van een bevraging bij 130 willekeurige respondenten onderzocht wat volgens hen de impact van wantrouwen bij een patiënt is op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van artsen en op defensieve geneeskunde. Meer specifiek werden vier verschillende scenario's opgesteld betreffende hypothetische consultaties binnen het risicovolle specialisme gynaecologie. Gynaecologen en verloskundigen kennen vaak bezorgdheden omtrent mogelijke aansprakelijkheidsclaims. Een vaak voorkomende defensieve handeling is een keizersnede, aangezien deze handeling geassocieerd wordt met een verhoogde controle voor de arts in vergelijking met een natuurlijke bevalling.

Van elk scenario werden telkens twee versies gemaakt, een versie waarbij de patiënt in de conversatie met de gynaecoloog wantrouwen toont en een andere versie waarin de patiënt doet blijken vertrouwen te hebben in de arts. Belangrijk om te vermelden is dat de ingesteldheid van de patiënt het enige verschil is tussen de twee versies. Er zijn met andere woorden geen verschillen op te merken in de reactie van de arts, de medische toestand van de patiënt enzovoort. Aan willekeurige mensen werd gevraagd om de scenario's te beoordelen met betrekking tot de houding van de arts en de patiënt. Meer specifiek dienden zij het vertrouwen dat de patiënt in de arts heeft te evalueren. Vervolgens werd er gekeken naar mogelijke handelingen die de arts of de patiënt zou verkiezen. Bovendien werd aan respondenten gevraagd om een inschatting te maken van het medisch

aansprakelijkheidsrisico van de arts. Op deze manier kan een antwoord geformuleerd worden op de volgende twee onderzoeksvragen: 'Is er een causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts?' en 'Is er een causaal effect van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde?'.

Vooraleer er een antwoord op de onderzoeksvragen geformuleerd werd, werd nagegaan of de respondenten van het onderzoek vergelijkbaar zijn. De respondenten die een scenario beoordeelden met een wantrouwige patiënt (behandelingsgroep) en de respondenten die een scenario beoordeelden met een niet-wantrouwige patiënt (controlegroep) zouden namelijk geen systematische verschillen mogen kennen. Op twee karakteristieken na kan geconcludeerd worden dat beide groepen respondenten vergelijkbaar zijn, wat garantie biedt voor het vinden van causale effecten. Daarnaast werd de externe validiteit van de scenario's beoordeeld. Hierbij werd er gekeken naar het inlevingsvermogen, de moeilijkheidsgraad en het realisme van de scenario's. Alle scenario's scoren positief voor deze drie aspecten.

Ook de interne validiteit werd bepaald. De analyses werden steeds uitgevoerd voor de volledige steekproef, waarin de antwoorden van alle respondenten geanalyseerd werden. Vervolgens werden dezelfde analyses voor de vier scenario's afzonderlijk uitgevoerd. Er kan gesteld worden dat de manipulaties in de scenario's correct gepercipieerd werden door de respondenten. Respondenten uit de behandelingsgroep (wantrouwige patiënt) schatten het vertrouwen van de patiënt in de arts namelijk lager in dan respondenten uit de controlegroep (niet-wantrouwige patiënt). Deze bevinding is statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Daarnaast werden in het empirisch onderzoek verschillende aspecten van medische aansprakelijkheid gecombineerd. De resultaten van het empirisch onderzoek tonen namelijk aan dat er op een significantieniveau van vijf procent een causaal effect bestaat van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts, wat een antwoord biedt op de eerste onderzoeksvraag. Indien de patiënt wantrouwig is, wordt het medisch aansprakelijkheidsrisico namelijk hoger gepercipieerd door de respondenten van het onderzoek.

In verband met de tweede onderzoeksvraag kan gesteld worden dat er op basis van de bevindingen van het onderzoek niet steeds een statistisch significant verband aanwezig is tussen het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en het ontstaan van defensieve geneeskunde. Slechts voor één scenario is het verband statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Indien de respondent het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico hoger inschat, wordt geacht dat de handeling van de arts defensiever is. Het effect van wantrouwen op de handeling die de arts volgens de respondenten zou stellen, werd eveneens rechtstreeks geschat. De analyses tonen aan dat er in bepaalde scenario's een causaal effect bestaat van wantrouwen bij de patiënt op de handeling die de arts zal uitvoeren (significantieniveau van vijf procent). Indien de patiënt wantrouwig is, zal de arts namelijk een defensievere handeling uitvoeren volgens de respondenten van het onderzoek. Tot slot bestaat er ook een causaal verband tussen wantrouwen bij de patiënt en de behandeling die de patiënt zou verkiezen volgens de respondenten. De respondenten van het onderzoek veronderstellen namelijk dat wantrouwige patiënten een defensievere handeling zouden verkiezen.

De resultaten van het onderzoek leveren een relevante bijdrage aan de beperkte wetenschappelijke kennis omtrent het verband tussen wantrouwen bij de patiënt enerzijds en het medisch aansprakelijkheidsrisico van artsen en defensieve geneeskunde anderzijds. Er wordt namelijk aangetoond dat er een positief verband bestaat tussen het wantrouwen bij de patiënt en het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts. Ook het causaal effect van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde is positief. Er werden echter niet steeds voor elk scenario significante effecten waargenomen in de analyses. Dat kan verklaard worden door de beperkte steekproefomvang. Het onderzoek was onderworpen aan een bepaalde tijdsrestrictie. Bijgevolg konden voor de beoordeling van elk scenario ongeveer dertig respondenten bereikt worden en kan gesteld worden dat de steekproef gering is. Een grotere steekproef zou daarnaast de veralgemeenbaarheid van de bevindingen van dit onderzoek vergroten. Zo zou er eveneens een diepgaander bewijs geleverd kunnen worden wat betreft het causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en op defensieve geneeskunde. De respondenten van dit onderzoek werden willekeurig bereikt, maar een onderzoek bij gynaecologen bijvoorbeeld zou een realistischer antwoord op de onderzoeksvragen opleveren, waarbij het aantal statistisch significante bevindingen zou kunnen toenemen. Verder kan er steeds een hogere vergelijkbaarheid bekomen worden tussen de behandelings- en de controlegroep. De onderzoeksresultaten van deze studie bieden immers een startpunt voor verder onderzoek, al dan niet bij professionals binnen het specialisme gynaecologie.

Inhoudsopgave

Woord vooraf

Samenvatting

Inhoudsopgave

Lijst van figuren en tabellen

Lijst van figuren

Lijst van tabellen

A. Onderzoeksplan	1
1. Probleemstelling.....	1
2. Onderzoeksvragen.....	4
3. Onderzoeksopzet.....	6
B. Literatuurstudie	9
1. Hoe kan het medisch aansprakelijkheidssysteem in België leiden tot defensieve geneeskunde bij artsen?.....	9
1.1. Inleiding	9
1.2. Wat is een medisch aansprakelijkheidssysteem?	9
1.2.1. Het conventioneel aansprakelijkheidssysteem in België	10
1.2.2. Een specifiek compensatiesysteem in België.....	10
1.2.3. Medische aansprakelijkheid in andere landen	12
1.3. Wat is de rol van een medisch aansprakelijkheidssysteem bij het ontstaan van defensieve geneeskunde?.....	13
1.4. Wat zijn de effecten van defensieve geneeskunde?	15
1.5. De prevalentie van defensieve geneeskunde.....	17
1.6. Conclusie	20
2. Wat zijn drijvers van defensieve geneeskunde?	23
2.1. Inleiding	23
2.2. <i>Performance management</i>	23
2.3. Specialismen.....	25
2.3.1. Gynaecologie en verloskunde	25
2.3.2. Chirurgie.....	25
2.3.3. Spoedeisende geneeskunde	26
2.3.4. Radiologie.....	27
2.3.5. Borstpathologie.....	27
2.3.6. MSL-pathologie	27
2.3.7. Gastro-enterologie.....	27
2.4. Artskarakteristieken	28
2.5. Conclusie	29
3. Welke patiëntkarakteristieken leiden tot defensieve geneeskunde?	31
3.1. Inleiding	31
3.2. Statistische discriminatie versus <i>agency</i> discriminatie	31
3.3. Een studie inzake defensieve geneeskunde	32
3.4. Studies inzake het medisch aansprakelijkheidssysteem	33

3.5.	Wantrouwen van een patiënt in een arts	37
3.6.	Conclusie	38
C.	Conceptuele basis	41
D.	Empirisch onderzoek	45
1.	Methodologie	45
1.1.	Onderzoeksonwerp	45
1.2.	Vragenlijst.....	46
1.3.	Respondenten	49
1.4.	Data	49
1.5.	Analyse.....	50
2.	Resultaten.....	51
2.1.	Inleiding	51
2.2.	Beschrijvende statistieken en <i>balance checks</i>	51
2.3.	Externe validiteit pilootstudie.....	53
2.4.	Interne validiteit pilootstudie	54
2.4.1.	Algemene perceptie	54
2.4.2.	<i>Trust in Physician</i>	55
2.4.3.	Gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico	57
2.4.4.	Defensieve geneeskunde	59
2.4.4.1.	Handeling arts: defensief of niet-defensief	59
2.4.4.2.	Handeling patiënt: defensief of niet-defensief	63
2.5.	Conclusie	65
E.	Conclusie	67
F.	Bibliografie	71
G.	Bijlagen	77
I.	Bijlage: Vragenlijst	77
II.	Bijlage: Variabelen	86
III.	Bijlage: Beschrijvende statistieken en <i>balance checks</i>	88
IV.	Bijlage: Inlevingsvermogen, moeilijkheidsgraad en realisme	90
V.	Bijlage: Algemene perceptie	91
VI.	Bijlage: <i>Trust in Physician</i>	93
VII.	Bijlage: Gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico	97
VIII.	Bijlage: Handeling arts	101
IX.	Bijlage: Handeling patiënt	105

Lijst van figuren en tabellen

Lijst van figuren

Figuur 1: Effecten van defensieve geneeskunde	17
Figuur 2: Conceptueel model (uitgebreid).....	41
Figuur 3: Conceptueel model (empirische studie)	42

Lijst van tabellen

Tabel 1: Zoektermen en trefwoorden.....	6
Tabel 2: Studies inzake patiëntkarakteristieken gelinkt aan aansprakelijkheidsrisico	33
Tabel 3: Controlevariabelen	43
Tabel 4: Beknopt overzicht vragenlijst	47
Tabel 5: Respondenten	49
Tabel 6: Beschrijvende statistieken & <i>balance check</i> volledige steekproef	52
Tabel 7: Gemiddelden algemene perceptie volledige steekproef	55
Tabel 8: Regressiemodel TIP volledige steekproef.....	56
Tabel 9: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico volledige steekproef	58
Tabel 10: Behandelingsmogelijkheden per scenario.....	60
Tabel 11: Regressiemodel handeling arts volledige steekproef	62
Tabel 12: Regressiemodel handeling patiënt volledige steekproef	64
Tabel 13: Variabelen	86
Tabel 14: Beschrijvende statistieken & <i>balance check</i> scenario's repetitieve sectio en in-vitrofertilisatie	88
Tabel 15: Beschrijvende statistieken & <i>balance check</i> scenario's zwangerschapsdiabetes en onduidelijke echografie	89
Tabel 16: Gemiddelden inlevingsvermogen, moeilijkheidsgraad en realisme	90
Tabel 17: Gemiddelden algemene perceptie scenario repetitieve sectio	91
Tabel 18: Gemiddelden algemene perceptie scenario in-vitrofertilisatie	91
Tabel 19: Gemiddelden algemene perceptie scenario zwangerschapsdiabetes.....	92
Tabel 20: Gemiddelden algemene perceptie scenario onduidelijke echografie	92
Tabel 21: Regressiemodel TIP scenario repetitieve sectio	93
Tabel 22: Regressiemodel TIP scenario in-vitrofertilisatie	94
Tabel 23: Regressiemodel TIP scenario zwangerschapsdiabetes	95
Tabel 24: Regressiemodel TIP scenario onduidelijke echografie	96
Tabel 25: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario repetitieve sectio	97
Tabel 26: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario in-vitrofertilisatie	98
Tabel 27: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario zwangerschapsdiabetes.....	99
Tabel 28: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario onduidelijke echografie	100
Tabel 29: Regressiemodel handeling arts scenario repetitieve sectio	101
Tabel 30: Regressiemodel handeling arts scenario in-vitrofertilisatie	102
Tabel 31: Regressiemodel handeling arts scenario zwangerschapsdiabetes	103

Tabel 32: Regressiemodel handeling arts scenario onduidelijke echografie	104
Tabel 33: Regressiemodel handeling patiënt scenario repetitieve sectio	105
Tabel 34: Regressiemodel handeling patiënt scenario in-vitrofertilisatie	106
Tabel 35: Regressiemodel handeling patiënt scenario zwangerschapsdiabetes	107
Tabel 36: Regressiemodel handeling patiënt scenario onduidelijke echografie	108

A. Onderzoeksplan

1. Probleemstelling

Een medisch aansprakelijkheidssysteem is erop gericht om enerzijds patiënten die slachtoffer zijn van een medisch incident van een gepaste schadevergoeding te voorzien en anderzijds om artsen die nalatig handelen te berispen (Kessler & McClellan, 1996, 1998; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, & Vereeck, 2015). Aansprakelijkheidsprocedures zijn vaak gelinkt aan reputatieschade en morele schade (Belga, 2014; Office of Technology Assessment, 1994; Vandersteegen, Marneffe, Lierman, et al., 2015). Daarnaast kent een aansprakelijkheidsclaim ook financiële gevolgen voor artsen (Kessler & McClellan, 1998, 2002; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, Vandijck, & Vereeck, 2017), hoewel velen daarvoor verzekerd zijn (Kessler & McClellan, 1996; Office of Technology Assessment, 1994).

Ten gevolge van de mogelijke schade die artsen kunnen oplopen, willen ze vanzelfsprekend hun aansprakelijkheidsrisico reduceren en eventuele aansprakelijkheidsclaims vermijden. Zodoende kunnen ze hun gedrag aanpassen en kan defensieve geneeskunde ontstaan. Artsen handelen defensief wanneer ze bepaalde risicovolle patiënten of procedures vermijden (vermijdingsgedrag) of wanneer ze aanvullende testen of procedures uitvoeren (verzekeringsgedrag) om zo hun medisch aansprakelijkheidsrisico te verminderen (Daniels, Vandersteegen, & Marneffe, 2021; Office of Technology Assessment, 1994; Vandersteegen et al., 2017; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015).

Defensieve geneeskunde is dus een rechtstreeks gevolg van het bestaan van het medisch aansprakelijkheidssysteem (Office of Technology Assessment, 1994; Vandersteegen et al., 2017; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). De gevolgen van defensieve geneeskunde zijn echter onzeker. Ten eerste wordt het fenomeen gezien als een belangrijke determinant van de stijgende gezondheidszorguitgaven (Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Defensieve geneeskunde kan namelijk leiden tot een overmatig gebruik van behandelingsfaciliteiten en dat drijft kosten omhoog binnen het gezondheidszorgsysteem (Tancredi & Barondess, 1978; Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Deze kosten kennen wereldwijd een toename en zijn bijgevolg reeds enkele decennia een belangrijk punt op de agenda van beleidsmakers (Campbell, Roland, & Buetow, 2000; Tancredi & Barondess, 1978; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Bovendien kunnen er effecten zijn op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Enerzijds kan defensieve geneeskunde positief zijn indien omwille van uitvoerige voorzorgsmaatregelen onverwachte diagnoses aan het licht komen en behandelingen vervolgens tijdig opgestart kunnen worden. Wanneer patiënten echter onnodig blootgesteld worden aan schadelijke stralingen, kan defensieve geneeskunde negatieve gezondheidseffecten teweegbrengen (Office of Technology Assessment, 1994).

Een hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem zou een invloed kunnen hebben op de prevalentie van defensieve geneeskunde en bijgevolg ook op de gezondheidszorguitgaven (Office of Technology Assessment, 1994). Vele landen voerden reeds een hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem door, waaronder ook België in 2010 (Vandersteegen, Marneffe,

Cleemput, et al., 2015). De Wet Medische Ongevallen van 31 maart 2010 biedt patiënten de mogelijkheid om, naast een gerechtelijke procedure, kosteloos aanspraak te maken op het Fonds voor Medische Ongevallen, dat ingeval van een medisch incident zonder aansprakelijkheid van de arts een schadevergoeding kan uitkeren indien de schade abnormaal is en voldoet aan een bepaalde ernstgraad (Vandersteegen, Marneffe, Lierman, et al., 2015). Defensieve geneeskunde blijft desalniettemin wereldwijd bestaan (Office of Technology Assessment, 1994). Zo bleek uit onderzoek van Vandersteegen, Marneffe, Lierman, et al. (2015) dat, desondanks de hervorming, een groot aantal Belgische artsen vreest voor aansprakelijkheidsclaims. Als gevolg van de Wet Medische Ongevallen behandelt meer dan één op zeven Belgische artsen minder patiënten met een hoog risicoprofiel omwille van het aansprakelijkheidsrisico. Sterker nog, ongeveer één op vijf Belgische artsen stelt voor om een extra onderzoek te voeren om een diagnose te stellen (Belga, 2014; Vandersteegen, Marneffe, Lierman, et al., 2015). Daarnaast stelt één op vijf Belgische artsen voor om patiënten door te verwijzen naar een andere arts voor een tweede opinie (Belga, 2014).

Er kunnen verschillende drijvers van defensieve geneeskunde onderscheiden worden die bepalen in welke mate defensieve geneeskunde beoefend wordt. Zo neemt *performance management* in de gezondheidszorg sterk toe. Aan de hand van verscheidene *performance*-indicatoren kunnen beleidsmakers en patiënten de kwaliteit van zorgverleners en ziekenhuizen vergelijken. De druk op zorgverleners neemt toe, wat mogelijks een gevolg heeft op de mate waarin artsen defensief handelen (van der Geer, van Tuijl, & Rutte, 2009). Het specialisme waarin de arts tewerkgesteld wordt, kan eveneens een invloed hebben op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt. Bepaalde specialismen, zoals gynaecologie en verloskunde, brengen een hoger medisch aansprakelijkheidsrisico met zich mee, wat kan resulteren in een hogere prevalentie van defensieve geneeskunde (Garattini & Padula, 2020; Nahed, Babu, Smith, & Heary, 2012; Studdert et al., 2005). Daarnaast kunnen andere artskaracteristieken van invloed zijn, zoals de leeftijd van de arts (Hiyama et al., 2006; Marin, Bayer, Tomlinson, & Pathy, 1989; Titus et al., 2018).

Naast voorgaande drijvers kunnen ook patiëntkarakteristieken een rol spelen in de prevalentie van defensieve geneeskunde. In de gezondheidszorg kunnen patiënten omwille van twee mogelijkheden een andere behandeling ontvangen. Enerzijds bestaat er statistische discriminatie, wat inhoudt dat wanneer een patiënt een onnauwkeurige beschrijving geeft betreffende zijn of haar symptomen, de arts moeilijkheden kan ondervinden met het afstemmen van de medische behandeling op de zorgnoden van de patiënt. Patiënten met een lager opleidingsniveau of een andere herkomst bijvoorbeeld kunnen moeilijkheden ondervinden met het uitdrukken van hun symptomen. Anderzijds krijgen patiënten vaak een andere behandeling omwille van een belangenconflict tussen de arts en de patiënt. In dat geval spreekt men van *agency* discriminatie. Er is dan sprake van een principaal-agent probleem, waarbij de arts beschikt over een informatievoordeel en bijgevolg de mogelijkheid heeft om de medische behandeling te beïnvloeden (Grytten, Skau, & Sørensen, 2011). Onder deze tweede vorm van discriminatie kunnen artsen geplaatst worden die voornamelijk redeneren vanuit eigenbelang en minder vanuit het medisch belang van de patiënt. Het begrip defensieve geneeskunde kan dus hieronder gebracht worden. Artsen willen namelijk hun medisch aansprakelijkheidsrisico minimaliseren en op die manier streven ze hun eigenbelang na.

Aangezien bepaalde patiënten een andere behandeling ontvangen, rijst de vraag of een verschil in het medisch aansprakelijkheidsrisico daaraan de basis ligt. Er werd reeds onderzocht of artsen defensieve handelingen stellen afhankelijk van bijvoorbeeld de socio-economische status van een patiënt (Dubay, Kaestner, & Waidmann, 1999). Vermits defensieve geneeskunde per definitie ontstaat door het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts, zijn niet alleen onderzoeken betreffende de drijvers van defensieve geneeskunde, maar ook onderzoeken betreffende de drijvers van het medisch aansprakelijkheidsrisico bruikbaar voor deze masterproef. Patiënten met bepaalde karakteristieken kunnen minder snel geneigd zijn om een arts aansprakelijk te stellen. Diverse studies tonen bijvoorbeeld aan dat oudere patiënten minder snel geneigd zijn om een klacht in te dienen dan jongere patiënten (Burstin, Johnson, Lipsitz, & Brennan, 1993; Järvelin, Häkkinen, Rosenqvist, & Remes, 2012; Studdert et al., 2000; Zengerink, Reijman, Mathijssen, Eikens-Jansen, & Bos, 2016) en dat patiënten met een lagere socio-economische status, een lager inkomen bijvoorbeeld, minder snel geneigd zijn om hun arts aansprakelijk te stellen (Burstin et al., 1993; McClellan, White Iii, Jimenez, & Fahmy, 2012; Studdert et al., 2000).

Er dient wereldwijd grondig onderzoek gevoerd te worden naar de drijvers van defensieve geneeskunde die van invloed zijn op de mate waarin defensief gedrag beoefend wordt en bijgevolg ook een impact hebben op de mate waarin de effecten van defensieve geneeskunde voorkomen. Het verband tussen enerzijds defensieve geneeskunde en anderzijds *performance management*, het specialisme waarin de arts tewerkgesteld wordt, andere artskaracteristieken en patiëntkarakteristieken dient uitgebreider in kaart gebracht te worden. In het bijzonder dient er gefocust te worden op patiëntkarakteristieken. Naast de studie van Dubay et al. (1999) zijn er namelijk nog maar weinig onderzoeken uitgevoerd wat betreft de verschillende patiëntkarakteristieken die kunnen leiden tot een hogere mate van defensieve geneeskunde bij artsen. Aangezien studies betreffende dit onderzoeksdomein ontbreken, kunnen studies inzake drijvers van het medisch aansprakelijkheidsrisico eveneens geraadpleegd worden. Dankzij onder andere Burstin et al. (1993), McClellan et al. (2012), Studdert et al. (2000) en Zengerink et al. (2016) zijn reeds enkele inzichten in de Verenigde Staten en Europa betreffende dit onderzoeksdomein aanwezig. Desalniettemin is verder onderzoek gewenst om een diepgaander bewijs te leveren omtrent de verschillende patiëntkarakteristieken die een invloed hebben op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en defensieve geneeskunde.

Wanneer er nog specifiekere gekeken wordt naar de patiëntkarakteristiek 'wantrouwen' of 'kritische ingesteldheid', haalden onder andere He (2014) en Qiao, Fan, Geater, Chongsuvivatwong en McNeil (2019) aan dat wantrouwen van de patiënt in de arts leidt tot spanningen tussen beiden. Dat kan op zijn beurt leiden tot het percipiëren van een hoger medisch aansprakelijkheidsrisico en het ontstaan van defensieve geneeskunde. Wanneer een patiënt weinig vertrouwen heeft in de arts, zou de arts mogelijks een hoger medisch aansprakelijkheidsrisico kunnen percipiëren en bijgevolg meer medicatie, meer medische testen of meer medische procedures kunnen voorschrijven. Het effect van deze patiëntkarakteristiek op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico en defensieve geneeskunde werd tot op heden nog niet frequent onderzocht, ook niet in de Verenigde Staten. Bijkomend onderzoek is bijgevolg noodzakelijk om een diepgaand bewijs te leveren omtrent dat effect. Het onderzoek van mijn masterproef zal een bijdrage leveren aan de beperkte

wetenschappelijke basis wat betreft de patiëntkarakteristiek 'wantrouwen' of 'kritische ingesteldheid'.

Daarnaast kan gesteld worden dat ook bijkomend onderzoek naar onder andere de prevalentie van defensieve geneeskunde gewenst is. De absolute prevalentie van defensieve geneeskunde, de bijbehorende gezondheidszorguitgaven en de effecten op de kwaliteit van de gezondheidszorg zijn echter moeilijk vast te stellen. Doorgaans zijn er vele Amerikaanse studies binnen dit onderzoeksdomein. Binnen Europa beperkt de bestaande literatuur zich voornamelijk tot Italië en het Verenigd Koninkrijk. Bestaande onderzoeken uit diverse landen kunnen echter niet eenvoudigweg vergeleken worden, aangezien het gezondheidszorgsysteem en het medisch aansprakelijkheidssysteem van landen ook verschillend zijn. Toch lijkt er een mondiale opwaartse tendens aanwezig te zijn naar het gebruik van defensieve geneeskunde, wat gepaard gaat met toenemende gezondheidszorguitgaven wereldwijd (Elli et al., 2013).

Het gebrek aan studies inzake de prevalentie van defensieve geneeskunde zou verklaard kunnen worden door het feit dat het niet eenvoudig is om nauwkeurig te beoordelen of en in welke mate artsen defensieve geneeskunde beoefenen. De effecten van het fenomeen zijn daarnaast niet eenvoudig te kwantificeren. De bestaande bevindingen dienen dan ook met enige voorzichtigheid behandeld te worden. Desondanks is een nauwkeurige meting ervan noodzakelijk ten behoeve van onder andere beleidsmakers en is bijkomend onderzoek in Europese landen, waaronder ook België, gewenst. In België werd na de hervorming van 2010 reeds onderzoek gevoerd naar de impact van het medisch aansprakelijkheidssysteem en defensieve geneeskunde door Daniels et al. (2021), Vandersteegen et al. (2017), Vandersteegen, Marneffe, Lierman, et al. (2015) en Vandersteegen, Marneffe en Vandijck (2015). Aangezien studies inzake defensieve geneeskunde in België slechts zeer beperkt aanwezig zijn, is het tot op heden onduidelijk in welke mate Belgische artsen defensief handelen.

2. Onderzoeksvragen

In bovenstaande probleemstelling haalde ik reeds aan dat defensieve geneeskunde kan resulteren in bijkomende kosten voor het gezondheidszorgsysteem. Daarnaast bestaan er effecten op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Defensieve geneeskunde is bijgevolg een belangrijk punt op de agenda van vele beleidsmakers. Elke beleidsmaker heeft dus baat bij een duidelijke en kritische beschrijving over wat defensieve geneeskunde is, hoe het fenomeen ontstaat en wat de onderliggende drijvers ervan zijn. Aan de hand van onderstaande centrale onderzoeksvraag wordt dan ook beoogd een globaal beeld te schetsen over het ontstaan van defensieve geneeskunde.

Centrale onderzoeksvraag: Wat zet artsen aan tot defensieve geneeskunde?

De literatuurstudie wordt opgebouwd rond drie deelvragen. Steunend op deze drie deelvragen wordt getracht de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden. De eerste deelvraag licht het ontstaan van defensieve geneeskunde toe. De tweede en derde deelvraag zoomen in op drijvers die van invloed zijn op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt, waarbij er in het bijzonder gefocust zal worden op patiëntkarakteristieken. Onderstaande deelvragen worden vervolgens nader besproken.

Deelvraag 1: Hoe kan het medisch aansprakelijkheidssysteem in België leiden tot defensieve geneeskunde bij artsen?

Deelvraag 2: Wat zijn drijvers van defensieve geneeskunde?

Deelvraag 3: Welke patiëntkarakteristieken leiden tot defensieve geneeskunde?

De eerste deelvraag behandelt het ontstaan van defensieve geneeskunde omwille van het medisch aansprakelijkheidsrisico. Een algemeen begrip van het fenomeen defensieve geneeskunde is noodzakelijk om verder in te kunnen gaan op de drijvers ervan, waarbij gefocust zal worden op de mogelijke impact van patiëntkarakteristieken. Nadat de begrippen 'medisch aansprakelijkheidssysteem' en 'defensieve geneeskunde' verduidelijkt worden, zal ook beschreven worden wat de rol van een medisch aansprakelijkheidssysteem is bij het ontstaan van defensieve geneeskunde en welke effecten defensieve geneeskunde kent. Daarnaast wordt er ingezoomd op het medisch aansprakelijkheidssysteem en de prevalentie van defensieve geneeskunde in België en enkele andere landen.

Nadat duidelijk is hoe het medisch aansprakelijkheidssysteem kan leiden tot defensieve geneeskunde, zullen aan de hand van de tweede deelvraag enkele drijvers van defensieve geneeskunde besproken worden. Zo kunnen *performance management* in de gezondheidszorg, het specialisme waarin een arts tewerkgesteld wordt en enkele andere artskaracteristieken de mate waarin artsen defensief gedrag vertonen mogelijks beïnvloeden. Dat onderscheidt deze masterproef met de reeds bestaande literatuur, aangezien er naast het medisch aansprakelijkheidssysteem ook drijvers van defensieve geneeskunde gebundeld worden in het literatuuronderzoek. De derde deelvraag sluit hierop aan door dieper in te gaan op de bestaande wetenschappelijke literatuur omtrent één specifieke drijver van defensieve geneeskunde, namelijk patiëntkarakteristieken. Er zal in het derde hoofdstuk eveneens ingezoomd worden op de termen statistische discriminatie en *agency* discriminatie.

Met de derde deelvraag wordt het literatuuronderzoek afgesloten, om vervolgens een diepgaander onderzoek naar patiëntkarakteristieken te voeren in het empirisch luik. Naast de kritische literatuurstudie zal de empirische studie namelijk meer inzicht leveren in de patiëntkarakteristiek 'wantrouwen' of 'kritische ingesteldheid'. Met behulp van de eerste onderzoeksvraag wordt onderzocht of er een causaal effect bestaat van deze patiëntkarakteristiek op de perceptie van het medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. De tweede onderzoeksvraag gaat vervolgens na of er een causaal effect bestaat van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts op de handeling die de arts zal uitvoeren. Daarnaast worden analyses uitgevoerd met betrekking tot de handeling die de patiënt zou verkiezen, waarbij ook het wantrouwen van de patiënt in de arts in rekening gebracht wordt. De resultaten van deze masterstudie zullen dan ook een relevante bijdrage leveren aan de beperkte wetenschappelijke kennis inzake de patiëntkarakteristiek wantrouwen.

Onderzoeksvraag 1: Is er een causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts?

Onderzoeksvraag 2: Is er een causaal effect van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde?

3. Onderzoeksopzet

Allereerst wordt getracht een antwoord te formuleren op de hierboven vermelde onderzoeksvragen door middel van een kritische analyse van bestaande wetenschappelijke literatuur. Deze literatuurstudie bevat naast academische papers ook publicaties van instituties, wetgeving en allerhande analyses en rapporten. De literatuur zal zowel bekomen worden via het opzoeken van onderstaande zoektermen en trefwoorden als via combinaties ervan (Tabel 1). Deze literatuur wordt verkregen via de digitale databanken Google Scholar en de catalogus van de Universiteit Hasselt. Er zal eveneens literatuur verzameld worden via bibliografieën van wetenschappelijke artikels. Uiteraard zal de kwaliteit van wetenschappelijke artikels beoordeeld worden alvorens ze mee opgenomen worden in het kritisch literatuuronderzoek.

Om de kwaliteit van de wetenschappelijke artikels te beoordelen, zullen enkele cruciale elementen nagegaan worden. Het profiel van de auteur en de ouderdom van de publicatie spelen hierbij een rol. Inhoudelijk zal er ook gekeken worden naar de aanwezigheid van een expliciete vraagstelling, een conclusie en een goed onderbouwde verantwoording van de methode. De aanwezigheid van voldoende en hoogwaardige literatuurverwijzingen zal bovendien in acht genomen worden bij de beoordeling van de kwaliteit. Wanneer de paper gepubliceerd werd in een wetenschappelijk tijdschrift, wijst dat eveneens op enige mate van kwaliteit. *Peer reviews*, recensies, citaties en impactfactoren spelen evenzeer een belangrijke rol bij het beoordelen van wetenschappelijke papers.

Tabel 1: Zoektermen en trefwoorden

Aansprakelijkheid	<i>Fund for Medical Accidents</i>	<i>No-fault</i>
Aansprakelijkheidsrisico	Gezondheidszorg	<i>No-fault compensation</i>
Aansprakelijkheidssysteem	<i>Gynaecology</i>	<i>No-fault system</i>
Aansprakelijkheidsverzekering	<i>Health</i>	<i>Obstetrician</i>
<i>Agency discrimination</i>	<i>Health care</i>	<i>Obstetrics</i>
België	<i>Healthcare</i>	<i>Patient</i>
<i>Belgium</i>	<i>High-risk</i>	Patiënt
<i>Caesarean section</i>	<i>Hospital</i>	<i>Patient characteristics</i>
<i>Characteristics</i>	Klacht	<i>Patient claims</i>
<i>Claim</i>	Kosten	<i>Performance</i>
<i>Clinical</i>	Kwaliteit	<i>Performance indicators</i>
<i>Compensation</i>	<i>Liability</i>	<i>Performance management</i>
<i>Compensation system</i>	<i>Liability insurance</i>	<i>Physician</i>
<i>Complaint</i>	<i>Liability law</i>	<i>Prevalence</i>
<i>Costs</i>	<i>Liability risk</i>	Prevalentie
Defensieve geneeskunde	<i>Malpractice</i>	<i>Quality</i>
<i>Defensive medicine</i>	<i>Malpractice claims</i>	<i>Quality of care</i>
<i>Defensive practices</i>	<i>Malpractice litigation</i>	Schadevergoeding
<i>Discrimination</i>	<i>Medicaid</i>	<i>Sociodemographic</i>
<i>Doctor</i>	<i>Medical</i>	<i>Socioeconomic</i>
<i>Doctor-patient relationship</i>	<i>Medical liability</i>	<i>Specialism</i>
Europa	<i>Medical liability system</i>	Specialisme
<i>Europe</i>	<i>Medical malpractice</i>	<i>Statistical discrimination</i>

<i>Expenditures</i>	<i>Medical malpractice system</i>	Uitgaven
Fonds voor Medische Ongevallen	<i>Medicare</i>	<i>United States</i>
<i>Frequency</i>	Medisch aansprakelijkheidssysteem	Verenigde Staten
Frequentie	Medische aansprakelijkheid	Vergoeding

In het empirisch luik ligt de focus op de patiëntkarakteristiek 'wantrouwen' of 'kritische ingesteldheid'. Aan de hand van vier verschillende scenario's betreffende hypothetische consultaties binnen het specialisme gynaecologie wordt getracht te achterhalen of er een causaal effect bestaat van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Daarnaast wordt er nagegaan of het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico een causaal effect heeft op het ontstaan van defensieve geneeskunde. Van elk scenario zijn er twee verschillende versies. In de ene versie toont de patiënt in de conversatie wantrouwen in de gynaecoloog. In de andere versie doet de patiënt blijken vertrouwen te hebben in de arts. Belangrijk om te vermelden is dat de ingesteldheid van de patiënt het enige verschil is tussen beide versies. Met andere woorden zijn er dus geen verschillen op te merken in onder andere de reactie van de arts en de medische toestand van de patiënt.

Om na te gaan of er een causaal effect bestaat, worden voor elk scenario vragen opgesteld. Deze vragen peilen onder andere naar de houding van de arts en de patiënt. Respondenten dienen eveneens een inschatting te maken van het vertrouwen dat de patiënt in de arts heeft, het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts, de handeling die de arts zal uitvoeren en de handeling die de patiënt zou verkiezen. De vragenlijst wordt aangemaakt via de software Qualtrics XM. Via sociale media wordt getracht respondenten te bereiken. Deze respondenten zijn inwoners uit België die geboren zijn tussen 1940 en 2005. Daarnaast dienen de respondenten geen juridische of medische achtergrond te hebben. Het zijn willekeurige mensen, niet specifiek artsen of andere zorgverleners.

Het empirisch onderzoek is een *Randomized Controlled Trial* (RCT). De antwoorden van respondenten die het scenario met de wantrouwige patiënt lezen (behandelingsgroep) en de antwoorden van respondenten die het scenario met de niet-wantrouwige patiënt lezen (controlegroep), kunnen vergeleken worden aan de hand van statistische analyses. Opdat er causale effecten bekomen worden, is het van belang dat beide groepen respondenten vergelijkbaar zijn. Ook dat zal aan de hand van statistische toetsen nagegaan worden.

B. Literatuurstudie

1. Hoe kan het medisch aansprakelijkheidssysteem in België leiden tot defensieve geneeskunde bij artsen?

1.1. Inleiding

Een medisch aansprakelijkheidssysteem richt zich enerzijds op het vergoeden van patiënten die slachtoffer zijn van een medisch incident en anderzijds op het berispen van zorgverleners die nalatig handelen. Aansprakelijkheidsprocedures zijn vaak gelinkt aan reputatieschade of morele schade voor zorgverleners. Bijgevolg kunnen zorgverleners aangespoord worden om voorzorgsmaatregelen te nemen. Ze kunnen zowel bijkomende testen of procedures uitvoeren als bepaalde risicovolle patiënten of procedures vermijden. Beide handelingen worden gesteld met het oog op het reduceren van het medisch aansprakelijkheidsrisico en vallen onder het begrip defensieve geneeskunde.

In de literatuur wordt defensieve geneeskunde vaak omschreven als een nadelig gevolg van het medisch aansprakelijkheidssysteem. Het brengt namelijk kosten met zich mee voor het gezondheidszorgsysteem en het kan patiënten bovendien onderwerpen aan aanzienlijke risico's. Patiënten kunnen bijvoorbeeld blootgesteld worden aan onnodige stralingen bij het uitvoeren van bijkomende scans. Toch is defensieve geneeskunde ook een verhaal van waarde. Indien nog geen optimaal niveau van zorg bereikt werd, zou de kwaliteit van de gezondheidszorg namelijk kunnen toenemen wanneer voorzorgsmaatregelen genomen worden. De bezorgdheid over mogelijke aansprakelijkheidsclaims kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat artsen de onzekerheid over medische resultaten minder tolereren.

Een hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem zou van invloed kunnen zijn op onder andere de prevalentie en de gevolgen van defensieve geneeskunde. Er wordt namelijk gesteld dat wanneer de tekortkomingen van medische aansprakelijkheidssystemen volledig worden aangepakt, de negatieve gevolgen van defensieve geneeskunde ook zullen vervagen. In vele landen vond reeds een hervorming van het systeem plaats, waaronder ook in België in 2010. Toch wordt er in de literatuur geschreven dat defensieve geneeskunde nog steeds plaatsvindt. Wat nu de rol van een medisch aansprakelijkheidssysteem is bij het ontstaan van defensieve geneeskunde, wordt in dit hoofdstuk beschreven.

1.2. Wat is een medisch aansprakelijkheidssysteem?

Een medisch aansprakelijkheidssysteem kent twee hoofddoelen. Ten eerste tracht het systeem patiënten die schade lijden van een gepaste schadevergoeding te voorzien (Kessler & McClellan, 1996, 1998; Mello, Chandra, Gawande, & Studdert, 2010; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Op deze manier zorgt het systeem voor rechtvaardigheid voor benadeelden. Er bestaan doorgaans drie soorten vergoedingen. Ten eerste kan een benadeelde patiënt recht hebben op een schadevergoeding voor niet-economische verliezen, zoals pijn. Verder kan deze patiënt recht hebben op een schadevergoeding voor economische verliezen, zoals huidige of toekomstige medische kosten en het (tijdelijk) wegvallen van een inkomen. Tot slot zijn er punitieve schadevergoedingen. Deze zijn bedoeld om de schuldige zorgverlener een straf op te leggen (Mello et al., 2010)

Naast het voorzien van een gepaste schadevergoeding voor benadeelde patiënten, tracht het medisch aansprakelijkheidssysteem zorgverleners (artsen, verpleegkundigen of ander verzorgend personeel) aan te sporen om gepaste voorzorgsmaatregelen te nemen tijdens medische behandelingen (Kessler & McClellan, 1996, 1998; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Het systeem geeft hierbij het signaal aan zorgverleners dat ze een sanctie zullen krijgen indien ze nalatig handelen (Mello et al., 2010). Voorzorgsmaatregelen worden genomen zodat patiënten niet worden blootgesteld aan een buitensporig risico. Het medisch aansprakelijkheidssysteem wordt op deze manier gezien als een prikkel om zorgvuldig te handelen om zodoende een verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg te bekomen (Office of Technology Assessment, 1994).

1.2.1. Het conventioneel aansprakelijkheidssysteem in België

België kende aanvankelijk geen specifiek compensatiesysteem. Patiënten die leden onder het nalatig handelen van een arts beschikten over twee mogelijkheden. Om aanspraak te maken op een schadevergoeding konden ze enerzijds opteren voor een buitengerechtelijke procedure, een minnelijke schikking, waarbij het geschil rechtsreeks met de betrokken arts opgelost wordt. Anderzijds konden ze via een gerechtelijke procedure aanspraak maken op een schadevergoeding. Dat kon zowel via contractuele en strafrechtelijke aansprakelijkheidsregels als via het conventioneel aansprakelijkheidssysteem met betrekking tot onrechtmatige daad (Vandersteegen et al., 2017).

Het conventioneel aansprakelijkheidssysteem met betrekking tot onrechtmatige daad in België gaat gepaard met een hoge bewijslast voor de benadeelde patiënt (Vandersteegen et al., 2017; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Volgens de conventionele regels moet een patiënt eerst de fout van een arts bewijzen. Vervolgens moet de patiënt aantonen dat de schade die hij of zij lijdt, het gevolg is van het nalatig handelen van de arts. Er dient dus ook een oorzakelijk verband aanwezig te zijn tussen de fout en de schade om een compensatie te ontvangen (Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015).

Het conventioneel aansprakelijkheidssysteem in België kent een burgerrechtelijk en een strafrechtelijk luik (KBC; Vandersteegen et al., 2017; Vansweevelt, 1997). Het burgerrechtelijk luik heeft betrekking op de foutaansprakelijkheid waarbij de begrippen fout, schade en oorzakelijk verband belangrijk zijn (KBC; Vansweevelt, 1997). De artikelen 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek vormen hierbij de rode draad (Vansweevelt, 1997). Het strafrechtelijk luik is van toepassing wanneer een arts gedragingen stelt die in strijd zijn met de wet en dus strafbaar zijn volgens het strafrecht. Het strafrecht kan de arts een boete of een gevangenisstraf opleggen (KBC).

1.2.2. Een specifiek compensatiesysteem in België

Het medisch aansprakelijkheidssysteem in België kende een grondige hervorming (Vandersteegen et al., 2017). Het gebrek aan een specifiek compensatiesysteem zorgde voor problemen voor zowel patiënten als artsen. Patiënten ondervonden moeilijkheden met het bewijzen van de fout, de schade en het oorzakelijk verband (Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Bijgevolg was de uitkomst van het onderzoek naar de medische wanpraktijk vaak onzeker en onvoorspelbaar (Vandersteegen et al., 2017; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Het vond frequent plaats dat benadeelde patiënten niet vergoed werden, ondanks de dure en tijdrovende procedures

(Vandersteegen et al., 2017). Daarnaast konden artsen bezorgd zijn over de mogelijke uitkomsten van aansprakelijkheidsclaims (Vandersteegen et al., 2017; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015).

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg wordt gezien als een grondige hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België (Vandersteegen et al., 2017). De wet werd op 2 april 2010 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en is enkel van toepassing op schade die veroorzaakt werd door een feit dat na deze publicatiedatum dateert (Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010). Als gevolg hiervan kan een benadeelde patiënt sinds 1 september 2012 beroep doen op een driesporensysteem. De patiënt beschikt bijgevolg over drie mogelijkheden indien er schade opgelopen wordt ten gevolge van een medische praktijk. Ten eerste kan het geschil nog steeds rechtstreeks met de betrokken zorgverlener opgelost worden (Vandersteegen et al., 2017). Ten tweede kan de benadeelde patiënt ook nog een schadevergoeding vorderen voor hoven en rechtbanken volgens het conventioneel aansprakelijkheidssysteem. Tot slot kan deze patiënt aanspraak maken op een buitengerechtelijk orgaan, namelijk het Fonds voor Medische Ongevallen (Boone & Lierman, 2011; Vandersteegen et al., 2017; Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010).

Het Fonds voor Medische Ongevallen beheert een buitengerechtelijke procedure (Vandersteegen et al., 2017). Het Fonds trad vanaf 12 april 2010 in werking (Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010). Het heeft enkel de bevoegdheid om schadevergoedingen te verlenen aan benadeelde patiënten die schade hebben geleden ten gevolge van de verlening van gezondheidszorg (Boone & Lierman, 2011; Vandersteegen et al., 2017; Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010). Twee vormen van schade kunnen vergoed worden. Ten eerste gaat het om schade die voortvloeit uit een feit dat aanleiding geeft tot aansprakelijkheid. Ten tweede kan het gaan om schade die voortvloeit uit een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Het gaat hier over abnormale schade die zich niet had voorgedaan in normale omstandigheden. Daarnaast moet de schade voldoen aan een bepaalde ernstgraad (Vandersteegen et al., 2017; Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010). Deze tweede mogelijkheid berust op een *no-fault* basis (Vandersteegen et al., 2017).

In België werd dus een *not-only-fault* systeem ingevoerd, wat een beperkte of gedeeltelijke *no-fault* regeling omvat (Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Het Fonds bepaalt of de schade ten gevolge van gezondheidszorg aanleiding geeft tot medische aansprakelijkheid van de zorgverlener. Daaropvolgend wordt de ernst van de schade beoordeeld. Om de schade te kunnen beoordelen, kan het Fonds aan elke natuurlijke persoon of rechtspersoon informatie opvragen en een beroep doen tot verduidelijking van gespecialiseerde beroepsbeoefenaars. Het Fonds dient vast te stellen of de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener voldoende gedekt wordt door een verzekering. Overigens zal het Fonds ervoor zorgen dat de benadeelde patiënt een vergoeding ontvangt (Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010).

Het Fonds zal de patiënt zelf vergoeden indien het gaat over een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, waarbij de schade abnormaal is en voldoet aan een bepaalde ernstgraad. Ook in andere gevallen voorziet het Fonds zelf een vergoeding: wanneer de burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener niet (voldoende) gedekt wordt door een verzekering, wanneer de verzekeraar

de aansprakelijkheid van de zorgverlener betwist of wanneer de verzekeraar een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds ontoereikend vindt. Wanneer het Fonds oordeelt dat de zorgverlener aansprakelijk is voor de veroorzaakte schade, zal het de verzekeraar een voorstel doen tot vergoeding van de patiënt (Boone & Lierman, 2011; Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010). Daarenboven kan het op verzoek van de patiënt, de zorgverlener of de verzekeraar een bemiddeling organiseren en de patiënt advies verstrekken over de toereikendheid van het vergoedingsbedrag dat door de zorgverlener of de verzekeraar wordt voorgesteld (Vlaams Artsensyndicaat vzw, 2010).

De procedure via het Fonds brengt geen juridische kosten met zich mee voor de benadeelde patiënt. Het Fonds heeft slechts een adviserende rol, waaruit volgt dat beslissingen en adviezen juridisch niet bindend zijn. Bijgevolg kan men in beroep gaan bij de rechtbank. Toch heeft het Fonds een belangrijke bijdrage bij het bewijzen van de fout, de schade en het oorzakelijk verband, wat een noodzakelijke voorwaarde is voor de burgerlijke aansprakelijkheid (Vandersteegen et al., 2017).

1.2.3. Medische aansprakelijkheid in andere landen

De laatste decennia is het aantal geschillen wegens medische nalatigheid toegenomen in vele landen. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld komen procedures betreffende medische wanpraktijken frequent voor (Bal, 2009; Garattini & Padula, 2020). Het medisch aansprakelijkheidssysteem is er gebaseerd op oudere wetgeving, maar ook op moderne wetgeving inzake onrechtmatige daad. Deze wetgeving is een onderdeel van het burgerlijk recht, niet van het strafrecht. Verder is het medisch aansprakelijkheidssysteem geen federale aangelegenheid zoals in de meeste landen. Daarentegen behoort deze bevoegdheid tot de individuele staten. Toch kunnen sommige claims ingediend worden bij een federale rechtbank (Bal, 2009).

In Frankrijk werd in 2002 een beperkte *no-fault* of *out-of-court no-fault* regeling ingevoerd (Bal, 2009; Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). Indien de arts nalatig handelt, wordt er een standaardregel toegepast. Enkel indien er een afwezigheid is van nalatigheid wordt er een niet-standaardregel toegepast. Deze regel bepaalt of een patiënt al dan niet in aanmerking komt voor een vergoeding (Vandersteegen, Marneffe, Cleemput, et al., 2015). In Duitsland hebben benadeelde patiënten twee mogelijkheden. Ze kunnen hun claim indienen bij bemiddelingsraden en *panels* van experts. Indien ze niet akkoord zijn met de uitkomst van de bemiddeling, kunnen ze een claim indienen bij de rechtbank (Bal, 2009).

In Noord-Europese landen zoals Denemarken, Zweden, Finland en Noorwegen gelden *out-of-court no-fault* regelingen (Bal, 2009). Klachten worden dus niet meteen voor de rechter gesleept, maar op andere manieren opgelost (Bal, 2009; Garattini & Padula, 2020). Artsen zijn hier dus minder financieel aansprakelijk (Garattini & Padula, 2020). In Nederland kunnen patiënten verschillende buitengerechtelijke stappen ondernemen, waardoor het aantal rechtszaken inzake medische fouten vrij laag ligt. Indien de rechtszaak zelf verloren wordt, moeten alle juridische kosten, dus ook die van de winnende partij, betaald worden door de verliezende partij. Dat schrikt patiënten mogelijk af om een lichtzinnige rechtszaak aan te spannen (Yan et al., 2017).

1.3. Wat is de rol van een medisch aansprakelijkheidssysteem bij het ontstaan van defensieve geneeskunde?

Artsen hebben de neiging om hun medisch aansprakelijkheidsrisico te overschatten omwille van onduidelijkheden omtrent de zorg die ze moeten verlenen en de kans op een aansprakelijkheidsclaim. Om hun aansprakelijkheidsrisico te beperken, kunnen artsen defensief gedrag gaan stellen (Office of Technology Assessment, 1994; Vandersteegen et al., 2017). Een alomvattende definitie van defensieve geneeskunde wordt gegeven door *The Office of Technology Assessment* (1994), een voormalig kantoor van het Amerikaanse Congres:

"Defensive medicine occurs when doctors order tests, procedures, or visits, or avoid high-risk patients or procedures, primarily (but not necessarily solely) to reduce their exposure to malpractice liability. When physicians do extra tests or procedures primarily to reduce malpractice liability, they are practicing positive defensive medicine. When they avoid certain patients or procedures, they are practicing negative defensive medicine."

(Office of Technology Assessment, 1994)

Aan de hand van bovenstaande definitie wordt defensieve geneeskunde in de literatuur opgesplitst in enerzijds positieve en anderzijds negatieve defensieve geneeskunde. Positieve defensieve geneeskunde wordt omschreven als het uitvoeren van bijkomende procedures en handelingen of het inplannen van bijkomende consultaties. In de literatuur wordt hiervoor ook de term *assurance behaviour* of verzekeringsgedrag gebruikt (Office of Technology Assessment, 1994). Negatieve defensieve geneeskunde daarentegen wordt omschreven als het vermijden van bepaalde risicovolle procedures of patiënten, wat vaak ook als *avoidance behaviour* of vermijdingsgedrag wordt beschreven (Office of Technology Assessment, 1994). De terminologie kan verwarrend zijn, maar laat duidelijk zijn dat zowel positieve als negatieve defensieve geneeskunde eveneens positieve en negatieve effecten kunnen veroorzaken. De termen verzekerings- en vermijdingsgedrag zijn daarom meer gepast (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Beide vormen van defensieve geneeskunde worden gesteld in de aanwezigheid van een medisch aansprakelijkheidsrisico (Kessler & McClellan, 1996, 2002; Office of Technology Assessment, 1994; Vandersteegen et al., 2017). Defensieve geneeskunde vindt bijgevolg voornamelijk plaats binnen risicovolle specialismen, zoals chirurgie, gynaecologie of spoedeisende geneeskunde (Catino, 2009; Garattini & Padula, 2020; Studdert et al., 2005).

De literatuur stelt dat het medisch aansprakelijkheidssysteem een prikkel is tot defensieve geneeskunde. Meer specifiek is het de perceptie van de arts van dat systeem dat effectief de aanleiding geeft tot het stellen van defensieve handelingen. Bij het vormen van deze perceptie maken artsen een inschatting van hun aansprakelijkheidsrisico (Kessler & McClellan, 2002; Vandersteegen et al., 2017). De perceptie van het aansprakelijkheidsrisico kan vervolgens de perceptie van een arts over geschikte behandelingsbeslissingen beïnvloeden (Kessler & McClellan, 1998; Vandersteegen et al., 2017). Veranderingen in de perceptie van geschikte behandelingsbeslissingen kunnen vervolgens veranderingen teweegbrengen in werkelijke behandelingsbeslissingen. Mogelijks ontstaat defensieve geneeskunde, wat kan leiden tot veranderingen in medische kosten en mogelijks ook tot

veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt (Kessler & McClellan, 1998, 2002; Vandersteegen et al., 2017).

Opdat een medisch aansprakelijkheidssysteem zorgverleners aanspoort om zorgvuldig te handelen, moet aan ten minste twee voorwaarden voldaan worden. De eerste voorwaarde stelt dat het aansprakelijkheidssysteem informatie betreffende aanvaardbare zorg moet voorzien. Artsen moeten namelijk weten welk niveau van zorg aanvaardbaar is en welk niveau niet meer. Uit de tweede voorwaarde vloeit voort dat artsen ook in staat moeten zijn om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren. Aansprakelijkheidssystemen geven echter niet altijd duidelijk aan wat de vereiste zorgstandaard is. Daarnaast beweren artsen dat deze theoretische zorgstandaard geen juiste weerspiegeling is van de medische praktijk. Deze praktijk verandert snel, waardoor de zorgstandaard telkens aangepast moet worden. Het is bijgevolg mogelijk dat artsen niet geloven in de effectiviteit van het systeem: ze zijn van mening dat het systeem onvoorspelbaar en incompetent is om de kwaliteit van de gezondheidszorg te beoordelen. Ze kunnen er bijvoorbeeld van overtuigd zijn dat het systeem de medische aansprakelijkheidsclaims oneerlijk oplost. Artsen kunnen vervolgens hun aansprakelijkheidsrisico overschatten. Het aansprakelijkheidsrisico wordt dan hoger gepercipieerd, wat op zijn beurt meer aanleiding kan geven tot defensieve geneeskunde (Office of Technology Assessment, 1994).

Wanneer artsen zich moeten verdedigen tegen een aansprakelijkheidsclaim, krijgen ze te kampen met zowel financiële als niet-financiële kosten (Kessler & McClellan, 1998, 2002; Vandersteegen et al., 2017). De meeste artsen zijn verzekerd tegen de financiële kosten die een aansprakelijkheidsclaim met zich meebrengt (Kessler & McClellan, 1996; Office of Technology Assessment, 1994). Artsen vrezen echter voor de niet-financiële kosten die eraan verbonden zijn. Bijgevolg worden ze geprikkeld tot het stellen van defensieve handelingen (Garattini & Padula, 2020; Kessler & McClellan, 1996, 1998, 2002; Mello et al., 2010; Office of Technology Assessment, 1994).

Een eerste niet-financiële kost is reputatieschade. Ten tweede kunnen artsen ook hun zelfrespect verliezen ten gevolge van de negatieve publiciteit. Deze twee kosten zijn vaak beperkt of enkel significant op korte termijn (Garattini & Padula, 2020; Kessler & McClellan, 1996, 1998, 2002; Office of Technology Assessment, 1994). Ten derde kent een aansprakelijkheidsclaim psychologische gevolgen. In sommige omstandigheden leidt een aansprakelijkheidsclaim tot vermoeidheid en prikkelbaarheid (Office of Technology Assessment, 1994). Ook woede en symptomen van een depressie kunnen ontstaan (Cunningham & Wilson, 2011; Office of Technology Assessment, 1994). Daarnaast duiken schuldgevoelens en gevoelens van schaamte op, maar overheerst een gevoel van schaamte. Gevoelens van schaamte gaan gepaard met het verlangen om zich terug te trekken. Het is een emotionele reactie ten gevolge van de beoordeling als mislukking (Cunningham & Wilson, 2011). Verder is een *burn-out* niet altijd onvermijdelijk. Een aansprakelijkheidsclaim kan bij artsen zelfs leiden tot een *clinical judicial syndrome*. Dat syndroom wordt ten eerste veroorzaakt door het feit dat er een gerechtelijke procedure ingegaan wordt, maar kan versterkt worden door agressief taalgebruik tijdens de rechtszaak zelf (Garattini & Padula, 2020).

De druk van het aansprakelijkheidsrisico zorgt daarnaast voor het ontstaan van stressvolle werkomstandigheden bij artsen, wat eveneens kan leiden tot het stellen van defensieve handelingen

(Garattini & Padula, 2020). Verder dienen artsen zich te verdedigen tegen een aansprakelijkheidsclaim, wat ze mogelijks als onaangenaam kunnen ervaren (Kessler & McClellan, 1996, 1998, 2002; Office of Technology Assessment, 1994). Bovendien is de sociale cultuur sterk gericht op het vinden van een schuldige en artsen te identificeren die persoonlijk verantwoordelijk zijn voor medische fouten (Garattini & Padula, 2020). Deze bestraffende cultuur kan artsen ervan weerhouden om een patiënt te melden wanneer er iets misgegaan is. Open communicatie is desalniettemin uitermate belangrijk voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en de patiëntveiligheid. *Non disclosure* of het niet bekendmaken van medische fouten door artsen aan patiënten moet dientengevolge ook aanzien worden als defensief gedrag (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015).

Naast de niet-financiële kosten, zijn er persoonlijke financiële kosten verbonden aan een medische aansprakelijkheidsclaim (Garattini & Padula, 2020; Kessler & McClellan, 1996, 1998, 2002; Office of Technology Assessment, 1994; Vandersteegen et al., 2017). Het kost bijvoorbeeld veel tijd om zulke claims te verdedigen en er kunnen inkomensverliezen ontstaan voor de betreffende arts (Garattini & Padula, 2020). Verder kan de werktijd van de arts verloren gaan (Mello et al., 2010). Er kan in het geval van een aansprakelijkheidsclaim bijvoorbeeld aan de arts gevraagd worden om schriftelijke of mondelinge vragen te beantwoorden. Deze vragen kunnen door zowel de advocaat van de patiënt, de verzekeraar als het ziekenhuis gesteld worden (Kessler & McClellan, 2002). Dit alles kan ertoe leiden dat er bij artsen een gebrek aan vertrouwen in patiënten ontstaat, maar ook een gebrek aan *goodwill* voor en toewijding tot patiënten kunnen ontstaan (Cunningham & Wilson, 2011).

De financiële of professionele kosten verbonden aan een medische aansprakelijkheidsclaim kunnen eveneens leiden tot het stellen van defensieve handelingen, maar deze redenen komen minder frequent voor (Office of Technology Assessment, 1994). Zo zijn er kosten van het vergoeden van benadeelde patiënten en administratiekosten verbonden aan een medische aansprakelijkheidsclaim (Kessler & McClellan, 1996, 1998; Mello et al., 2010). Artsen zijn vaak verzekerd tegen medische aansprakelijkheidsclaims (Office of Technology Assessment, 1994). Het vergoeden van benadeelde patiënten vindt dan ook doorgaans plaats via hun verzekeraars. De administratiekosten bestaan voornamelijk uit de kosten van advocaten voor zowel de benadeelde patiënt als de zorgverlener, andere juridische kosten en vaste kosten voor verzekeraars (Mello et al., 2010). Het vergoeden van benadeelde patiënten en de administratiekosten verbonden aan een medische aansprakelijkheidsclaim zijn immers niet meteen een belangrijke bron van de stijgende gezondheidszorguitgaven (Kessler & McClellan, 1996, 1998).

1.4. Wat zijn de effecten van defensieve geneeskunde?

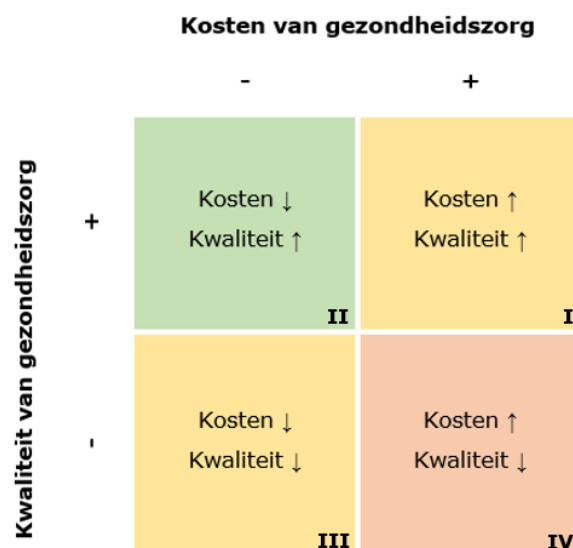
Over de diverse effecten van defensieve geneeskunde bestaan wellicht onduidelijkheden. Bijkomende procedures en handelingen brengen kosten met zich mee, aangezien het vaak een overmatig gebruik van behandelingsfaciliteiten impliceert. Overigens stellen deze bijkomende, vaak onnodige, procedures patiënten bloot aan aanzienlijke risico's (Tancredi & Barondess, 1978; Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Artsen hanteren een overmatig niveau van zorg ten gevolge van de druk van een aansprakelijkheidsrisico (Kessler & McClellan, 1996, 2002). Technologieën worden defensief gebruikt en dat heeft een sneeuwbaaleffect: hoe meer artsen onnodige procedures of

handelingen stellen, hoe meer dat een nieuwe standaard wordt voor medische praktijken (Catino, 2009; Studdert et al., 2005). Verder kunnen artsen stoppen met het uitvoeren van nieuwe experimentele behandelingen, waardoor de innovatie in de gezondheidszorg in het gedrang komt (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015).

Positieve defensieve geneeskunde duwt de kosten van gezondheidszorg de lucht in (Tancredi & Barondess, 1978; Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Negatieve defensieve geneeskunde daarentegen heeft minimale effecten op de kosten van gezondheidszorg (Tancredi & Barondess, 1978). Defensieve geneeskunde kan leiden tot suboptimale medische zorg voor patiënten ten gevolge van het vermijdingsgedrag (Tancredi & Barondess, 1978). Nochtans sluit de definitie van defensieve geneeskunde niet uit dat de handelingen patiënten ten goede kunnen komen. Defensieve geneeskunde is niet altijd een volledige verspilling en is dus niet altijd slecht voor patiënten, ook al stellen de politiek en de media van wel (Office of Technology Assessment, 1994). De bezorgdheid over mogelijke aansprakelijkheidsclaims kan er namelijk voor zorgen dat artsen de onzekerheid over medische resultaten minder tolereren, ze willen zekerder zijn van hun stuk (Cunningham & Wilson, 2011; Office of Technology Assessment, 1994; Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Artsen kunnen bijvoorbeeld de documentatie in het patiëntendossier beter uitvoeren, patiënten nauwlettender en intensiever opvolgen en aanvullende uitleg geven zodat de kwaliteit van de gezondheidszorg verbetert. Dat leidt uiteraard tot een betere uitkomst voor de patiënt. Op basis van deze interpretatie kan geconcludeerd worden dat het aantal medische fouten en het aantal rechtszaken kunnen afnemen ten gevolge van defensieve geneeskunde (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015). Verder kan het aansprakelijkheidsrisico ertoe leiden dat artsen met een lagere prestatiekwaliteit niet meer actief zullen zijn (Vandersteegen et al., 2017; Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015).

Het is duidelijk dat defensieve geneeskunde over het algemeen een impact heeft op twee elementen: enerzijds zijn er effecten op de kosten van de gezondheidszorg, anderzijds zijn er effecten op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Opdat en zo volledig mogelijk beeld van defensieve geneeskunde verkregen wordt, toont Figuur 1 vier soorten van defensieve geneeskunde. In het schema komen zowel de effecten op de kosten als op de kwaliteit van de gezondheidszorg terug. Sommige defensieve handelingen kunnen medisch gerechtvaardigd worden, terwijl anderen als medisch ongepast worden beschouwd. Defensieve geneeskunde kan de kosten in de gezondheidszorg zowel verhogen als verlagen. Daarnaast is het niet altijd nadelig wat betreft de kwaliteit van de gezondheidszorg en kan het patiënten ten goede komen (Office of Technology Assessment, 1994).

Figuur 1: Effecten van defensieve geneeskunde



Bovenstaande figuur splitst de effecten van defensieve geneeskunde op in vier kwadranten. Het eerste en derde kwadrant geven twee soorten van defensieve geneeskunde weer waarin wisselwerkingen plaatsvinden tussen de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Het tweede kwadrant toont een soort die onweerlegbaar goed is: de gezondheidszorg komt de patiënt ten goede, terwijl de kosten van gezondheidszorg verlagen. Het vierde kwadrant representeert een soort die onweerlegbaar slecht is: naast het feit dat de kosten toenemen, ondervindt de patiënt nadelen ten gevolge van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zoals eerder aangehaald werd, voorziet het medisch aansprakelijkheidssysteem een prikkel om zorgvuldig te handelen. In de eerste twee kwadranten zien we het effect daarvan. Artsen willen patiënten niet blootstellen aan buitensporige risico's, want de kwaliteit van de gezondheidszorg neemt in deze kwadranten namelijk toe. Het is in eerste instantie al niet eenvoudig om de prevalentie van defensieve geneeskunde vast te stellen, maar het categoriseren van defensieve geneeskunde in de praktijk is nog moeilijker (Office of Technology Assessment, 1994).

1.5. De prevalentie van defensieve geneeskunde

Nu duidelijk is wat defensieve geneeskunde is, hoe het ontstaat en wat de gevolgen ervan zijn, kan overgegaan worden naar de prevalentie van defensieve geneeskunde. De mate waarin artsen defensief handelen en bijkomend de prevalentie van defensieve geneeskunde zijn echter moeilijk vast te stellen. Het primaire motief van defensieve geneeskunde is het verminderen van het aansprakelijkheidsrisico, ongeacht of de arts bewust of onbewust geprikkeld wordt daardoor. Na verloop van tijd kunnen bepaalde handelingen geworteld raken in de gebruikelijke praktijk van artsen, zodat ze zelfs niet meer beseffen dat ze bepaalde handelingen oorspronkelijk stelden met het oog op het vermijden van een aansprakelijkheidsclaim. Kortom, bepaalde handelingen kunnen een gewoonte worden en dat bemoeilijkt het meten van defensieve geneeskunde. Daarnaast sluit de definitie van defensieve geneeskunde niet uit dat er ook andere motieven aanwezig kunnen zijn tot het stellen van defensieve handelingen naast het medisch aansprakelijkheidsrisico (Office of Technology Assessment, 1994). Eveneens kunnen enkele drijvers van invloed zijn op de mate waarin

defensieve geneeskunde beoefend wordt. Deze komen aan bod in het tweede en het derde hoofdstuk van dit literatuuronderzoek.

Defensieve geneeskunde is een concept dat zijn oorsprong vindt in de Verenigde Staten (Garattini & Padula, 2020). Voor 1960 waren aansprakelijkheidsclaims voor medische wanpraktijken zeldzaam en was er slechts een kleine impact op het gedrag van artsen. Sinds 1960 nam de frequentie van deze claims toe (Bal, 2009). Dat breidde zich sinds 1970 uit naar onder andere Europa (Garattini & Padula, 2020). Defensieve geneeskunde vormt een toenemende bezorgdheid in Europa, aangezien het fenomeen medeverantwoordelijk is voor de stijgende gezondheidszorguitgaven. Toch bestaan er nog hiaten in de kennis omtrent defensieve geneeskunde in Europa (Osti & Steyrer, 2015).

Een nauwkeurige meting van de omvang van defensieve geneeskunde is vrij moeilijk, maar niet onmogelijk. Er zijn namelijk twee mogelijke benaderingen om na te gaan hoe vaak artsen procedures wel of niet uitvoeren omwille van defensieve redenen. Ten eerste kan via vragenlijsten rechtstreeks aan artsen gevraagd worden hoe vaak ze defensieve geneeskunde beoefenen. Artsen kunnen bij deze benadering mogelijk een politiek gewenst antwoord geven en zullen hun bezorgdheid inzake wanpraktijken vergroten. Daarnaast kunnen ze hun antwoord puur op medische gronden rechtvaardigen, terwijl ook andere factoren een belangrijke rol kunnen spelen bij het stellen van defensieve handelingen. Onbewuste defensieve geneeskunde kan dus niet gemeten worden door deze vragenlijsten. Door middel van vragenlijsten kan er bijgevolg een vertekend beeld ontstaan.

Ten tweede kan het werkelijke beslissingsgedrag van artsen met het medisch aansprakelijkheidsrisico vergeleken worden. Door middel van statistische analyses kan berekend worden welk percentage van de uitgevoerde procedures voortvloeit uit een bezorgdheid voor aansprakelijkheidsclaims. Variaties in het werkelijke beslissingsgedrag van artsen kunnen op deze manier gerelateerd worden aan variaties in de gevoeligheid voor het medisch aansprakelijkheidsrisico. Artsen die tewerkgesteld worden in ziekenhuizen met een groot aantal wanpraktijken of hoge premies voor wanpraktijken bijvoorbeeld gevoeliger zijn voor het aansprakelijkheidsrisico en bijgevolg hun gedrag aanpassen. Deze benadering kent immers beperkingen. Naast het medisch aansprakelijkheidssysteem zijn er ook gegevens noodzakelijk over andere factoren die een impact hebben op het beslissingsgedrag van artsen. Deze gegevens zijn echter niet altijd beschikbaar. Denk hierbij bijvoorbeeld aan gegevens over de gezondheidsstatus van de patiënten. Daarnaast kan deze benadering geen inschatting maken van het basisniveau van defensieve geneeskunde dat in alle praktijken kan bestaan (Office of Technology Assessment, 1994).

Het gezondheidszorgsysteem van de Verenigde Staten staat wereldwijd bekend als het duurste gezondheidszorgsysteem. De kosten ten gevolge van defensieve geneeskunde worden bijvoorbeeld jaarlijks geschat op een bedrag van ongeveer 210 miljard dollar (Chen et al., 2015). Vele studies tonen aan dat defensieve geneeskunde een hoge prevalentie kent in de Verenigde Staten (Chen et al., 2015; Reisch et al., 2015; Sethi, Obremskey, Natividad, Mir, & Jahangir, 2012; Studdert et al., 2005; Titus et al., 2018; Yan et al., 2016). Bovendien tonen onderzoekers aan dat er voornamelijk verzekeringsgedrag gesteld wordt. Het percentage artsen dat defensieve geneeskunde beoefent, zal dus voornamelijk positieve defensieve geneeskunde beoefenen (Reisch et al., 2015; Studdert et al., 2005; Titus et al., 2018). Vermijdingsgedrag of negatieve defensieve geneeskunde vindt minder

vaak plaats (Studdert et al., 2005). Dat is anders dan in Japan bijvoorbeeld, waar zowel verzekeringsgedrag als vermijdingsgedrag een hoge prevalentie kennen. Vermijdingsgedrag neemt er de bovenhand. De prevalentie van defensieve geneeskunde is er erg hoog, maar het aantal geschillen wegens medische fouten is relatief gezien veel kleiner in Japan dan het aantal geschillen in de Verenigde Staten (Hiyama et al., 2006). In Japan is er, naast een gerechtelijke procedure, ook een systeem van toepassing voor de beoordeling van claims buiten de rechtbank. Dat systeem is sneller en goedkoper dan een procedure bij de rechter (Bal, 2009).

Hoewel defensieve geneeskunde een Amerikaans fenomeen is, werden er in Europa ook al studies uitgevoerd. De meesten hiervan hebben betrekking op Italië en het Verenigd Koninkrijk. In Europa kent Italië namelijk het hoogste percentage geschillen wegens medische wanpraktijken. In 2014 bedroeg dat percentage voor Italië negentig procent, gevolgd door Frankrijk met een percentage van zestig procent en Duitsland met een percentage van veertig procent (Garattini & Padula, 2020). Bijgevolg is defensieve geneeskunde een fenomeen met een hoge prevalentie (Catino, 2009; Elli et al., 2013). Italiaanse artsen verantwoorden hun hoge prevalentie van defensieve geneeskunde aan de hand van het bestaan van een zwakke bescherming tegen individuele rechtszaken (Garattini & Padula, 2020). Net zoals in de Verenigde Staten komt positieve defensieve geneeskunde er vaker voor dan negatieve defensieve geneeskunde (Catino, 2009). Hetzelfde geldt voor het Verenigd Koninkrijk. Verzekeringsgedrag wordt er vaker gesteld dan vermijdingsgedrag. Defensieve geneeskunde komt er eveneens frequent voor, maar kent er een lagere prevalentie dan bijvoorbeeld in de Verenigde Staten of Italië (Ortashi, Virdee, Hassan, Mutrynowski, & Abu-Zidan, 2013).

In Noord-Europese landen (Denemarken, Zweden, Finland en Noorwegen) wordt defensieve geneeskunde als een minder prangende kwestie beschouwd aangezien klachten niet meteen voor de rechter worden geslept (Garattini & Padula, 2020). In Oostenrijk vormt defensieve geneeskunde wel een grote uitdaging en kent het een erg hoge prevalentie (Osti & Steyrer, 2015). Ook in Nederland werd de prevalentie van defensieve geneeskunde geschat. Het fenomeen kent er een lagere prevalentie dan in de Verenigde Staten. Verder zien Nederlandse artsen hun verzekeringspremie niet als een last en vormen patiënten geen grote bedreiging, wat in contrast staat met de Verenigde Staten. Dat kan te wijten zijn aan het gunstige Nederlandse klimaat betreffende medische en juridische aspecten (Yan et al., 2017).

Studies inzake de prevalentie van defensieve geneeskunde in België werden slechts beperkt teruggevonden. Vandersteegen et al. (2017) gingen in hun onderzoek reeds op zoek naar de impact van de hervorming naar een driesporensysteem op defensieve geneeskunde. Hiervoor bekeken ze enkele resultaten van het Fonds van september 2012 tot december 2014. In deze periode werden elke maand ongeveer negentig compensatieaanvragen ingediend bij het Fonds. Ten gevolge van een onderbezetting van personeel, een continue stroom van nieuwe compensatieaanvragen en langdurige medische beoordelingen liep het Fonds een aanzienlijke achterstand op. Bijgevolg waren de procedures nog steeds tijdrovend en kregen slechts enkele patiënten een vergoeding via het Fonds.

Het onderzoek van Vandersteegen et al. (2017) wees uit dat zowel defensieve geneeskunde in het algemeen als positieve en negatieve defensieve geneeskunde individueel een stijging kenden na de

invoering van het nieuwe driesporensysteem in België. Van de artsen die op de hoogte waren van de hervorming gaf veertien procent aan meer defensieve handelingen te stellen. Achttien procent gaf aan meer verzekeringsgedrag te vertonen (positieve defensieve geneeskunde) en dertien procent gaf aan meer vermijdingsgedrag te vertonen (negatieve defensieve geneeskunde). Hieruit volgt dat de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem in België zorgde voor een toename in defensieve geneeskunde. Artsen die op de hoogte waren van de hervorming bevestigden namelijk meer testen uit te voeren en minder patiënten met een hoog risicoprofiel te behandelen, uitsluitend vanwege de hervorming.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is een centrum dat beleidsondersteunende onderzoeken uitvoert binnen de sectoren gezondheidszorg en ziekteverzekering (Maréchal, Denuit, Vinck, & Closon, 2007). Het KCE voerde reeds enkele budgettaire impactanalyses uit met betrekking tot de impact van de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem op defensieve geneeskunde in België (Maréchal et al., 2007; Vandersteegen et al., 2017). Naast deze analyses is er tot op heden immers geen diepgaand bewijs aanwezig om de impact van de hervorming te evalueren. Daarnaast is er weinig bekend over de perceptie van artsen van (de hervorming van) het medisch aansprakelijkheidssysteem in België (Vandersteegen et al., 2017).

Het gebrek aan onderzoeken kan te wijten zijn aan de moeilijkheidsgraad van het nauwkeurig beoordelen in welke mate artsen defensief handelen. Hoewel deze aspecten moeilijk te bepalen zijn, is een nauwkeurige meting ervan noodzakelijk. Onder andere beleidsmakers en professionals in de gezondheidszorg hebben nood aan deze informatie om beslissingen te nemen. Het gebrek aan informatie betreffende defensieve geneeskunde, maar ook betreffende de hervorming van het medisch aansprakelijkheidssysteem, impliceert dat verder onderzoek naar defensieve geneeskunde in België noodzakelijk is (Vandersteegen, Marneffe, & Vandijck, 2015).

1.6. Conclusie

Het medisch aansprakelijkheidssysteem vormt de aanleiding tot defensieve geneeskunde. Door reputatieschade en psychologische gevolgen die een aansprakelijkheidsclaim met zich mee kan brengen, kunnen artsen geprikkeld worden tot het stellen van defensieve handelingen. De reputatieschade en de psychologische gevolgen verbonden aan een aansprakelijkheidsclaim vormen namelijk een reden waarom artsen aansprakelijkheidsprocedures wensen te vermijden. In de literatuur wordt defensieve geneeskunde opgesplitst in positieve en negatieve defensieve geneeskunde. Beiden kunnen zowel een positieve als een negatieve impact hebben op de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg. In verband met de prevalentie van defensieve geneeskunde werden allerhande onderzoeken uitgevoerd binnen verschillende specialismen en verschillende landen. Defensieve geneeskunde vindt namelijk wereldwijd plaats binnen meerdere specialismen. Elk specialisme is kwetsbaar voor defensieve geneeskunde, maar het fenomeen vindt voornamelijk plaats binnen de meest risicovolle specialismen, zoals chirurgie, gynaecologie of spoedeisende geneeskunde.

Sedert enkele decennia krijgen medische aansprakelijkheidssystemen te maken met kritiek. Omwille van deze kritiek werden er wereldwijd hervormingen doorgevoerd in medische aansprakelijkheidssystemen. In België kende men aanvankelijk geen specifiek compensatiesysteem. De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg bracht echter een grondige hervorming teweeg. Sindsdien is er namelijk een driesporensysteem van toepassing in België. Benadeelde patiënten beschikken over drie mogelijkheden: ze kunnen het geschil met de betrokken zorgverlener oplossen, ze kunnen stappen ondernemen via het conventioneel aansprakelijkheidssysteem en ze kunnen gebruikmaken van de mogelijkheid om aanspraak te maken op het Fonds voor Medische Ongevallen. De onderzoeken inzake defensieve geneeskunde in België zijn beperkt, maar in een bestaand onderzoek werd er niet meteen een daling van defensieve handelingen geconstateerd ten gevolge van het nieuwe systeem. Daarentegen werd er een stijging van defensieve geneeskunde gerapporteerd na de invoer van het driesporensysteem. Om een diepgaander bewijs te leveren omtrent de mate waarin Belgische artsen defensief handelen, is verder onderzoek noodzakelijk.

2. Wat zijn drijvers van defensieve geneeskunde?

2.1. Inleiding

In het eerste hoofdstuk werd geconcludeerd dat defensieve geneeskunde ontstaat omwille van onzekerheid omtrent het werkelijke medische aansprakelijkheidsrisico gerelateerd aan bepaalde medische handelingen. Bijkomend kunnen er drijvers van defensieve geneeskunde onderscheiden worden die bepalen in welke mate artsen defensief handelen. In deze masterproef worden vier drijvers van defensieve geneeskunde besproken: *performance management*, specialisme, arts- en patiëntkarakteristieken. De eerste drie drijvers komen aan bod in dit hoofdstuk. De laatste drijver, patiëntkarakteristieken, vormt het onderwerp van het derde hoofdstuk en vormt eveneens de basis voor de empirische studie betreffende het effect van de patiëntkarakteristiek 'wantrouwen' op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts.

2.2. *Performance management*

Beleidsmakers en patiënten verwachten een kwalitatieve en efficiënte gezondheidszorg. De kwaliteit van de gezondheidszorg kan gedefinieerd worden als de mate waarin gezondheidszorgdiensten voor individuen en populaties enerzijds de kans op gewenste gezondheidsresultaten vergroten en anderzijds consistent zijn met de huidige professionele kennis (Devos et al., 2019; Lohr & Field, 1992). De kwaliteit van de gezondheidszorg kan bijkomend verder onderverdeeld worden in de effectiviteit, de geschiktheid, de veiligheid, de continuïteit en de patiëntgerichtheid van de gezondheidszorg (Devos et al., 2019).

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg en de bijbehorende onderverdelingen te meten, ontwikkelen gezondheidszorgorganisaties *performance*-indicatoren (Devos et al., 2019; van der Geer et al., 2009). Op deze manier kunnen de prestaties van zorgverleners gemonitord worden (van der Geer et al., 2009). Aangezien vele van deze indicatoren publiek worden gemaakt, kunnen beleidsmakers en patiënten de kwaliteit van de gezondheidszorgorganisaties en zorgverleners vergelijken. Op deze manier kan de druk op gezondheidszorgorganisaties en zorgverleners om kwaliteitsvol te handelen toenemen, wat een rechtstreeks gevolg kan hebben op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt.

Ook in België worden de prestaties van zorgverleners gemonitord aan de hand van openbaar gepubliceerde *performance*-indicatoren (Jessa Ziekenhuis, 2020; Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg). In Vlaanderen bijvoorbeeld wordt de kwaliteit van de gezondheidszorg gemeten door het VIP², dat ook gekend staat als het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (Jessa Ziekenhuis, 2020). Zoals de naam van het project zelf zegt, kunnen zowel patiënten als professionals beroep doen op de informatie betreffende de kwaliteit van de gezondheidszorg (Jessa Ziekenhuis, 2020; Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg). Patiënten kunnen op deze manier een weloverwogen keuze maken voor een bepaald ziekenhuis. Professionals daarentegen kunnen de informatie intern gebruiken voor vergelijkingen met andere ziekenhuizen (Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg).

De resultaten van het VIP² kunnen verschijnen op de website www.zorgkwaliteit.be. Ziekenhuizen kiezen zelf of ze indicatoren meten. Indien ze meten, kunnen ze ook zelf kiezen welke indicatoren ze

meten. Vervolgens kunnen de ziekenhuizen eveneens de beslissing maken om de metingen al dan niet te laten verschijnen op de website. De Vlaamse overheid wil op deze manier samen met de gezondheidssector de kwaliteit van de gezondheidszorg in Vlaamse ziekenhuizen verbeteren (Jessa Ziekenhuis, 2020; Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg).

Er kunnen op dit moment verscheidene indicatoren geraadpleegd worden via de Vlaamse website, zoals indicatoren inzake patiëntervaring. Aan de hand van de Vlaamse Patiënten Peiling, een vragenlijst die ontwikkeld werd door het Vlaams Patiëntenplatform vzw, wordt de mening van patiënten over de zorg verkregen (Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg). Op basis van patiëntfeedback kunnen zorginstellingen de kwaliteit van de gezondheidszorg verhogen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019; Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg). Daarom dienen patiënten betrokken te worden en is het meten van patiëntervaringen erg belangrijk (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019). Verder zijn er bijvoorbeeld indicatoren betreffende de patiëntveiligheid. Deze indicatoren peilen naar handhygiëne, medicatieveiligheid, patiëntidentificatie en het gebruik van een checklist in verband met veilige operaties. Daarnaast is er bijvoorbeeld een indicator in verband met website *screening*, waarbij er gepeild wordt naar de patiëntgerichtheid van ziekenhuiswebsites (Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg).

Naast de publicatie van verscheidene *performance*-indicatoren in Vlaanderen, werd in België een programma genaamd *Pay for Performance*, kortweg P4P, ingevoerd (Annemans et al., 2009; Devos et al., 2019; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019). Verder wordt de term P4Q gehanteerd, wat staat voor *Pay for Quality* (Annemans et al., 2009; Devos et al., 2019). Het programma selecteert een reeks van enkele *performance*-indicatoren en voorziet vervolgens financiële beloningen voor ziekenhuizen wanneer ze goede resultaten behalen voor deze indicatoren (Annemans et al., 2009; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019). De geselecteerde indicatoren fungeren als een maatstaf voor de gezondheidsuitkomsten van de behandelde patiënten, de geleverde zorg en de organisatie en de processen binnen het ziekenhuis. Het programma werd voor het eerst gehanteerd in 2018. Ook in 2019 en 2020 werden P4P-indicatorensets ontwikkeld (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019).

Een voorbeeld van een gebruikte indicator door P4P is de ISQua-accreditatie. Deze controleert de reële zorgkwaliteit door deze af te toetsen aan welomschreven hoogstaande standaarden en normen (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019). ISQua is de afkorting van *The International Society for Quality in Health Care* (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019; ISQua). Deze non-profit organisatie legt zich wereldwijd toe op het bekomen van een verbetering van de kwaliteit en de veiligheid in de gezondheidszorg (ISQua). Deze organisatie is bijkomend internationaal erkend door professionals in ziekenhuizen. Om een ISQua-accreditatiekwaliteitscertificaat te behalen, leveren ziekenhuizen grote inspanningen. Het P4P-programma voorziet dan ook een beloning voor ziekenhuizen die zulk een certificaat reeds konden behalen. Het programma gaat immers nog verder. Het voorziet namelijk eveneens beloningen voor ziekenhuizen die zich nog in een voorbereidingstraject bevinden (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de

Voedselketen en Leefmilieu, 2019). Naast de ISQua-accreditatie wordt bijvoorbeeld ook de eerder besproken indicator betreffende patiëntervaringen opgenomen in het P4P-programma (Devos et al., 2019; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2019).

2.3. Specialismen

Elk specialisme in de gezondheidszorg is kwetsbaar voor defensieve praktijken (Dudeja & Dhirar, 2018). Het fenomeen vindt echter voornamelijk plaats binnen specialismen met een hoog risico op complicaties en bijgevolg ook met een hoog medisch aansprakelijkheidsrisico (Catino, 2009; Garattini & Padula, 2020; Studdert et al., 2005), zoals gynaecologie en verloskunde, chirurgie en spoedeisende geneeskunde (Garattini & Padula, 2020; Nahed et al., 2012; Studdert et al., 2005). Daarom kan het specialisme ook aanzien worden als een drijver van defensieve geneeskunde.

2.3.1. Gynaecologie en verloskunde

Vele studies tonen aan dat defensieve geneeskunde prevalent is binnen gynaecologie en verloskunde (Asher et al., 2013; Dubay et al., 1999; Frakes, 2012). Een vaak voorkomende defensieve handeling binnen gynaecologie is een keizersnede, omdat deze handeling geassocieerd wordt met een verhoogde controle voor de arts (Asher et al., 2013; Dubay et al., 1999; Frakes, 2012; Office of Technology Assessment, 1994). Asher et al. (2013) rapporteerden in hun onderzoek dat maar liefst 87 procent van de verloskundigen uit hun steekproef een keizersnede verkiest boven een natuurlijke bevalling omwille van hun bezorgdheid omtrent een mogelijke aansprakelijkheidsclaim.

Ook bij een natuurlijke bevalling kunnen echter defensieve handelingen gesteld worden. Zo kunnen bijvoorbeeld overbodige episiotomieën uitgevoerd worden. Een episiotomie is het inknippen van de vaginale opening tijdens de bevalling. Deze ingreep wordt voornamelijk uitgevoerd wanneer een versnelde bevalling noodzakelijk is voor de gezondheid van de moeder of het kind, maar kan dus ook als een positieve defensieve handeling gezien worden omdat verloskundigen geloven dat hierdoor het kind veiliger ter wereld gebracht kan worden en het dus geassocieerd wordt met een reductie in hun potentieel medisch aansprakelijkheidsrisico (Frakes, 2012).

Gynaecologen en verloskundigen dienen eveneens een beslissing te nemen over het aantal dagen dat de moeder en het kind na de bevalling in het ziekenhuis moeten blijven. Voor de moeder en het kind zijn er, buiten het risico op een ziekenhuisinfectie, slechts weinig risico's verbonden aan het verblijven van een bijkomende dag in het ziekenhuis. De beslissing van een arts om een patiënt langer in het ziekenhuis te laten verblijven, kan beschouwd worden als een positieve defensieve handeling wanneer artsen deze beslissing maken uit voorzorg om een eventuele aansprakelijkheidsclaim te vermijden. Deze beslissing kan eveneens samenhangen met het al dan niet uitvoeren van een keizersnede. Wanneer een keizersnede wordt uitgevoerd, kan het aantal verblijfdagen in het ziekenhuis namelijk hoger liggen (Frakes, 2012).

2.3.2. Chirurgie

Naast gynaecologie en verloskunde, is defensieve geneeskunde over het algemeen erg prevalent binnen het specialisme chirurgie of heelkunde (Studdert et al., 2005). Het specialisme kan opgesplitst

worden in verschillende deeldomeinen. Defensieve geneeskunde vindt bijvoorbeeld frequent plaats binnen de orthopedische chirurgie, waar de focus ligt op het bewegingsstelsel (Osti & Steyrer, 2015; Sethi et al., 2012; Studdert et al., 2005). Daarnaast komt defensieve geneeskunde frequent voor bij neurochirurgen. Deze chirurgen voeren handelingen uit inzake de wervelkolom en het zenuwstelsel (Nahed et al., 2012; Smith et al., 2015; Studdert et al., 2005; Yan et al., 2016; Yan et al., 2017). Neurochirurgie wordt beschouwd als een risicovol specialisme omwille van de nood aan een urgente besluitvorming voor zieke patiënten. Verder beschikken artsen binnen dat specialisme, maar ook binnen andere risicovolle specialismen, over een zeer smalle foutenmarge (Nahed et al., 2012). Studies tonen aan dat defensieve geneeskunde eveneens een hoge prevalentie kent binnen het specialisme traumachirurgie, waar traumachirurgen instaan voor de behandeling van patiënten na een ongeval (Chen et al., 2015; Osti & Steyrer, 2015).

Binnen de drie deeldomeinen orthopedische chirurgie, neurochirurgie en traumachirurgie worden zowel positieve als negatieve defensieve handelingen uitgevoerd. Bijkomende *Computed Tomography*-scans (CT-scans), *Magnetic Resonance Imaging*-scans (MRI-scans), röntgenfoto's en andere medische testen kunnen uitgevoerd worden in elk deeldomein (Chen et al., 2015; Osti & Steyrer, 2015; Sethi et al., 2012; Studdert et al., 2005). Patiënten kunnen op deze manier mogelijks onnodig blootgesteld worden aan stralingen. Daarnaast kunnen bijkomende bloedonderzoeken met defensieve doeleinden uitgevoerd worden in de deeldomeinen orthopedische chirurgie en traumachirurgie (Osti & Steyrer, 2015). Verder kunnen orthopeden en neurochirurgen overbodige medicatie voorschrijven (Nahed et al., 2012; Smith et al., 2015; Studdert et al., 2005; Yan et al., 2017). Patiënten die een te hoog risico met zich meebrengen, kunnen in de deeldomeinen eveneens doorverwezen worden naar een andere arts (Nahed et al., 2012; Osti & Steyrer, 2015; Smith et al., 2015; Studdert et al., 2005; Yan et al., 2016; Yan et al., 2017). Bovendien volgt uit studies dat zowel orthopeden als neurochirurgen bepaalde risicovolle procedures kunnen vermijden om een aansprakelijkheidsclaim te voorkomen (Nahed et al., 2012; Sethi et al., 2012; Smith et al., 2015).

2.3.3. Spoedeisende geneeskunde

Het specialisme spoedeisende geneeskunde wordt eveneens beschouwd als een risicovol specialisme (Delice, Tekin, & Yılmaz, 2019; Studdert et al., 2005). Artsen hebben er frequent te maken met risicovolle patiënten en de patiënt-*turnover* is er vaak erg hoog. Artsen hebben dan ook onvoldoende tijd beschikbaar voor de patiënten. Bijgevolg dienen procedures in de meeste situaties snel uitgevoerd te worden. Er kan evenzeer een probleem ontstaan in verband met de beschikbare ruimte. Zo kan het op deze afdeling voorkomen dat er nog weinig kamers beschikbaar zijn voor patiënten. Omdat de kans groot is dat er chaotische situaties ontstaan, kan de werkdruk binnen dit specialisme erg hoog liggen. Defensieve geneeskunde kan bijgevolg niet altijd vermeden worden (Delice et al., 2019).

Binnen dit specialisme zijn artsen snel geneigd om te grijpen naar CT-scans. Naast het gebruik van overbodige CT-scans, kunnen ook onnodige MRI-scans of röntgenfoto's genomen worden (Delice et al., 2019; Studdert et al., 2005). Omwille van defensieve praktijken kunnen patiënten op de spoedafdeling eveneens sneller opgenomen worden in het ziekenhuis (Studdert et al., 2005). Verder voeren artsen bijkomende testen uit (Delice et al., 2019; Studdert et al., 2005). Tot slot kan er

binnen het specialisme een terughoudendheid bestaan inzake de zorg bij erg gecompliceerde situaties. Dat kan enerzijds resulteren in vermijdingsgedrag. Patiënten worden in dat geval doorverwezen naar andere ziekenhuizen bijvoorbeeld. Wanneer patiënten niet zozeer doorverwezen worden, maar toch behandeld worden ondanks de erg gecompliceerde situatie, resulteert dat uiteraard in een hogere werkdruk bij artsen, wat dientengevolge opnieuw resulteert in het uitvoeren van bijkomende testen bijvoorbeeld (Delice et al., 2019).

2.3.4. Radiologie

Ten gevolge van een overmatig gebruik van medische beeldvorming vormt defensieve geneeskunde een fenomeen met een hoge prevalentie (Kainberger, 2017). Radiologen voeren voornamelijk bijkomende CT-scans, MRI-scans of röntgenfoto's uit met defensieve doeleinden (Osti & Steyrer, 2015; Studdert et al., 2005). Andere testen, waaronder ook borstbiopsieën of mammografieën, kunnen eveneens defensief uitgevoerd worden binnen het specialisme radiologie (Studdert et al., 2005). De onnodige blootstelling aan stralingen kan ernstige gevolgen met zich meebrengen, maar komt binnen vele specialismen voor. Niet alleen radiologen, maar ook orthopeden en traumachirurgen bijvoorbeeld maken gebruik van medische beeldvorming met defensieve doeleinden (Kainberger, 2017).

2.3.5. Borstpathologie

Binnen het specialisme borstpathologie, waarin borstkanker een frequent voorkomende aandoening is, komt defensieve geneeskunde ook voor. Omwille van de druk van een aansprakelijkheidsrisico, vindt defensieve geneeskunde bij borstpathologen plaats in de vorm van verzekeringsgedrag, wat een vertraging teweeg kan brengen in bijvoorbeeld het constateren van borstkanker (Reisch et al., 2015). Van de respondenten uit het onderzoek van Reisch et al. (2015) beweert namelijk 88 procent verzekeringsgedrag te stellen, waaronder het gebruiken van aanvullende testen, het consulteren van een tweede opinie en het vaststellen van een meer ernstige diagnose dan eigenlijk het geval is.

2.3.6. MSL-pathologie

MSL-pathologen werken rond *Melanocytic Skin Lesions*, een aandoening inzake een afwijking van huidcellen. Binnen dit specialisme vindt defensieve geneeskunde plaats in de vorm van verzekeringsgedrag (Titus et al., 2018). Titus et al. (2018) rapporteerden in hun onderzoek dat meer dan 95 procent van de onderzochte MSL-pathologen een vorm van verzekeringsgedrag zou handhaven ten gevolge van bezorgdheden over mogelijke aansprakelijkheidsclaims. Verzekeringsgedrag wordt binnen de MSL-pathologie onder andere geassocieerd met het vaststellen van een meer ernstige MSL-diagnose dan eigenlijk het geval is. Verder verkiezen MSL-pathologen vaak een tweede opinie.

2.3.7. Gastro-enterologie

Binnen het specialisme gastro-enterologie vinden behandelingen betreffende het maag- en darmstelsel plaats. Het specialisme kent een hoge prevalentie van defensieve geneeskunde. Uit bestaande onderzoeken volgt dat 93 tot 98 procent van de gastro-enterologen defensieve geneeskunde beoefent (Elli et al., 2013; Hiyama et al., 2006). Vermijdingsgedrag is sterk aanwezig

binnen dit specialisme. Patiënten kunnen bijvoorbeeld onnodig doorverwezen worden naar andere specialisten. Eveneens kunnen bijkomende, vaak overbodige, testen uitgevoerd worden (Hiyama et al., 2006). Verder kunnen er onnodige CT-scans en MRI-scans uitgevoerd worden door gastro-enterologen (Elli et al., 2013).

2.4. Artskarakteristieken

In bestaande onderzoeken inzake de prevalentie van defensieve geneeskunde worden enkele algemene artskarakteristieken opgenomen. In dit onderdeel worden enkele belangrijke artskarakteristieken besproken die mogelijks van invloed zijn op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt: leeftijd, geslacht, mate van ervaring waarover de arts beschikt, ervaring van de arts met medische aansprakelijkheidsclaims, mening van de arts over het medisch aansprakelijkheidssysteem, mate waarin de arts risico's neemt en het al dan niet hebben van een medische aansprakelijkheidsverzekering.

Onderzoekers controleren bijvoorbeeld of er significante verschillen bestaan voor de leeftijd van een arts. Jongere artsen kunnen te maken hebben met een gebrek aan vertrouwen in hun eigen vaardigheden omdat ze minder ervaring hebben dan oudere artsen (Hiyama et al., 2006; Marin et al., 1989; Titus et al., 2018). Dat kan resulteren in een hogere mate van defensieve geneeskunde bij jongere artsen (Catino, 2009; Hiyama et al., 2006; Marin et al., 1989; Moosazadeh, Movahednia, Movahednia, Amiresmaili, & Aghaei, 2014; Ortashi et al., 2013; Titus et al., 2018). Artsen met minder ervaring zullen namelijk eerder geneigd zijn om bijvoorbeeld moeilijkere procedures of risicovolle patiënten te vermijden (Hiyama et al., 2006; Titus et al., 2018). Het kan in deze situatie dan ook aannemelijk zijn dat risicovolle patiënten beter behandeld kunnen worden door artsen met meer ervaring (Hiyama et al., 2006).

Bovendien is het mogelijk dat er een correlatie bestaat tussen de leeftijd van de arts en de mate van ervaring waarover de arts beschikt. Beide karakteristieken kunnen dus een invloed hebben op het stellen van defensief gedrag. Hoe ouder de arts, hoe waarschijnlijker dat deze arts al meer ervaring heeft kunnen opdoen. Dat kan bijgevolg een reductie teweegbrengen in de prevalentie van defensieve geneeskunde (Titus et al., 2018). Deze bevindingen weerhouden niet dat oudere artsen met meer ervaring defensieve geneeskunde beoefenen (Elli et al., 2013). Er worden bovendien niet altijd significante resultaten gevonden tussen enerzijds de leeftijd of de ervaring van de arts en anderzijds defensieve geneeskunde (Asher et al., 2013; Delice et al., 2019; Elli et al., 2013; Osti & Steyrer, 2015).

Naast de artskarakteristieken leeftijd en ervaring werd er teruggevonden dat onderzoekers controleren voor het geslacht van de arts. Er worden nochtans niet meteen significante resultaten gevonden voor deze artskarakteristiek (Asher et al., 2013; Delice et al., 2019; Elli et al., 2013; Osti & Steyrer, 2015). Onder andere Ortashi et al. (2013) en Titus et al. (2018) vonden in hun onderzoeken geen correlatie tussen het geslacht en defensieve geneeskunde. Uit deze onderzoeken vloeit dus voort dat er geen significant verschil is in de mate waarop defensieve geneeskunde beoefend wordt tussen mannelijke en vrouwelijke artsen (Ortashi et al., 2013; Titus et al., 2018). In een studie van Reisch et al. (2015) werd gerapporteerd dat vrouwelijke artsen meer geneigd zijn om

verzekeringsgedrag te stellen dan mannelijke artsen. Deze resultaten zijn echter net niet significant op een significantieniveau van vijf procent (Reisch et al., 2015). Daarnaast toonden Moosazadeh et al. (2014) aan dat vrouwelijke artsen meer geneigd zijn om vermijdingsgedrag te stellen dan hun mannelijke collega's. Daarbovenop is dit verschil wel statistisch significant (Moosazadeh et al., 2014).

Artsen die al eerder te maken kregen met een aansprakelijkheidsclaim wegens een medische fout zullen eerder geneigd zijn tot het stellen van defensieve handelingen (Cunningham & Wilson, 2011; Shurtz, 2013). Ze kennen soms een gevoel van schaamte tegenover deze claims (Cunningham & Wilson, 2011). De frequentie en de ernst van de claims spelen ook een belangrijke rol bij het ontstaan van defensieve geneeskunde. Hoe frequenter en ernstiger de claims, hoe hoger de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt. Indien een arts recentelijk te maken had met een aansprakelijkheidsclaim, zal er ten gevolge van het aansprakelijkheidsrisico een sterke positieve correlatie aanwezig zijn met waargenomen veranderingen in het gedrag van deze arts (Kessler & McClellan, 1998). Indien artsen over informatie betreffende aansprakelijkheidsclaims van hun collega's beschikken, zouden ze eveneens een hogere mate van defensieve geneeskunde kunnen beoefenen (Moosazadeh et al., 2014). Daarnaast kunnen artsen die tewerkgesteld worden in ziekenhuizen met een groot aantal wanpraktijken of hoge premies voor wanpraktijken gevoeliger zijn voor het aansprakelijkheidsrisico en bijgevolg kunnen ze hun gedrag aanpassen (Office of Technology Assessment, 1994).

Wanneer artsen van mening zijn dat het medisch aansprakelijkheidssysteem claims oneerlijk oplost, kunnen ze emoties van ergernis en vijandigheid ervaren jegens dat rechtssysteem. Deze emoties kunnen mogelijks een drijver zijn tot het stellen van een hogere mate van defensieve geneeskunde (Office of Technology Assessment, 1994). Verder speelt het feit of de arts risico-avers is ook een rol. Defensieve geneeskunde blijkt immers meer prevalent te zijn bij artsen die meer risico-avers zijn (Moosazadeh et al., 2014).

Ook het al dan niet hebben van een medische aansprakelijkheidsverzekering neemt een rol in. De frequentie van het beoefenen van defensieve geneeskunde zou hoger zijn bij artsen met een medische aansprakelijkheidsverzekering (Antoci, Maccioni, Galeotti, & Russu, 2019; Moosazadeh et al., 2014). In de aanwezigheid van een medische aansprakelijkheidsverzekering verschuift het aansprakelijkheidsrisico namelijk van de arts naar de verzekeraar (Antoci et al., 2019). Tot slot behoort ook de perceptie van de arts over de medische aansprakelijkheidsverzekering tot de artskaracteristieken. Een gebrek aan vertrouwen in de verzekeringsdekking en de perceptie dat de verzekeringspremie erg hoog is, kunnen eveneens leiden tot het stellen van een hogere mate van defensief gedrag (Studdert et al., 2005). Het omgekeerde geldt ook. Voldoende vertrouwen in de dekking door de verzekering en de perceptie dat de verzekeringspremie voldoende laag is, zorgen ervoor dat artsen minder snel geneigd zijn om af te wijken van de zorgstandaard. Defensieve geneeskunde vindt in deze gevallen dus in een mindere mate plaats (Yan et al., 2017).

2.5. Conclusie

De mate waarin artsen defensief handelen, kan beïnvloed worden door diverse drijvers. Gezondheidszorgorganisaties ontwikkelen *performance*-indicatoren om de kwaliteit van de

gezondheidszorg te meten. Vele van deze indicatoren worden publiek gemaakt, waardoor beleidsmakers en patiënten de prestaties van ziekenhuizen en zorgverleners kunnen vergelijken. De druk op zorgverleners om kwaliteitsvol te handelen kan daardoor toenemen, wat mogelijk de mate waarin ze defensieve handelingen stellen kan beïnvloeden. In België voorziet men via een programma genaamd *Pay for Performance* financiële beloningen voor ziekenhuizen wanneer deze goede resultaten behalen voor een reeks geselecteerde *performance*-indicatoren. In Vlaanderen worden verscheidene *performance*-indicatoren gemeten en vervolgens online gepubliceerd.

Door middel van zowel verzekeringsgedrag als vermijdingsgedrag kunnen artsen binnen elk specialisme defensief handelen. Defensieve geneeskunde vindt echter voornamelijk plaats binnen specialismen met een hoger risico op complicaties en dus een hoger aansprakelijkheidsrisico. Er kunnen onder andere bijkomende (onnodige) testen, CT-scans, MRI-scans of röntgenfoto's uitgevoerd worden. Verder kunnen risicovolle patiënten of procedures vermeden worden. Voor elk specialisme gelden ook specifieke handelingen. Binnen het specialisme gynaecologie en verloskunde bijvoorbeeld kan defensieve geneeskunde voorkomen door middel van een keizersnede, een episiotomie of een verhoging van het aantal verblijfdagen in het ziekenhuis.

Tot slot kunnen ook andere artskaracteristieken de mate waarop een arts defensief handelt, beïnvloeden. Het is vaak zo dat jongere artsen, dus artsen met minder ervaring, een hogere mate van defensieve geneeskunde beoefenen. Het geslacht van de arts lijkt niet altijd een significante impact te hebben, al zou het wel mogelijk kunnen zijn dat vrouwelijke artsen een hogere mate van defensieve geneeskunde beoefenen dan hun mannelijke collega's. Wanneer artsen zich al eerder moesten verdedigen tegen aansprakelijkheidsclaims, zullen ze eerder geneigd zijn tot het stellen van defensieve handelingen. Daarenboven beïnvloeden ook de frequentie en de ernst van deze claims de mate waarin defensieve geneeskunde plaatsvindt. Ten slotte kan defensieve geneeskunde ook meer plaatsvinden bij artsen die over informatie beschikken inzake aansprakelijkheidsclaims van hun collega's, bij artsen die meer risico-avers zijn, bij artsen met een medische aansprakelijkheidsverzekering en bij artsen met een gebrek aan vertrouwen in de verzekeringsdekking.

3. Welke patiëntkarakteristieken leiden tot defensieve geneeskunde?

3.1. Inleiding

In het eerste hoofdstuk werd beschreven dat defensieve geneeskunde ontstaat uit vrees voor een mogelijke aansprakelijkheidsclaim. In het tweede hoofdstuk werden enkele drijvers van defensieve geneeskunde toegevoegd aan de eerdere bevindingen. Zo kunnen *performance management*, het specialisme van de arts en andere artskaracteristieken (bijvoorbeeld leeftijd of ervaring met aansprakelijkheidsclaims) de mate waarin een arts defensief handelt, beïnvloeden. Naast voorgaande drijvers kunnen ook bepaalde patiëntkarakteristieken van invloed zijn op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt.

Door Kessler en McClellan (2002) werd het belang van de perceptie van een arts over het medisch aansprakelijkheidssysteem benadrukt. Deze perceptie vormt namelijk de basis voor het al dan niet vertonen van defensieve handelingen (Kessler & McClellan, 2002). Bepaalde patiëntkarakteristieken kunnen de perceptie van een arts over zijn of haar medisch aansprakelijkheidsrisico beïnvloeden. Deze karakteristieken vormen het sluitstuk van het literatuuronderzoek, maar ook de transitie naar het empirisch onderzoek. In de empirische studie wordt namelijk getracht te onderzoeken of wantrouwen bij een patiënt in een arts een verschil in het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts kan verklaren.

3.2. Statistische discriminatie versus *agency* discriminatie

In de geneeskunde kunnen patiënten op basis van twee uitgangspunten een andere behandeling ontvangen en in die zin op een bepaalde manier gediscrimineerd worden. De literatuur onderscheidt twee vormen van discriminatie: statistische discriminatie en *agency* discriminatie. Beide vormen van patiëntdiscriminatie zijn echter nog maar weinig onderzocht (Grytten et al., 2011).

Statistische discriminatie verwijst naar het feit dat artsen van bepaalde patiënten onnauwkeurige beschrijvingen ontvangen betreffende hun symptomen. Bijgevolg kunnen ze ook moeilijkheden ondervinden met het afstemmen van de medische behandeling op de werkelijke gezondheidstoestand en de zorgbehoeften van de patiënt. Kortom, de communicatievaardigheden tussen patiënten kunnen verschillen. Er kan hierbij de distinctie gemaakt worden tussen expertpatiënten en niet-expertpatiënten (Grytten et al., 2011). Daarnaast kunnen bijvoorbeeld taal- en culturele barrières aanwezig zijn ten gevolge van een andere herkomst van de patiënt. Bij statistische discriminatie hebben artsen niet de intentie om te discrimineren (Balsa & McGuire, 2001). De beslissingen die artsen nemen, zijn immers afhankelijk van de beschrijvingen van patiënten over hun symptomen (Balsa & McGuire, 2001; Grytten et al., 2011).

Grytten et al. (2011) toonden in een studie in Noorwegen aan dat patiënten met een lager opleidingsniveau meer moeilijkheden kunnen ondervinden met het uitdrukken van hun symptomen. Bijgevolg kunnen zij op basis van statistische discriminatie een andere behandeling krijgen dan patiënten met een hoger opleidingsniveau (Grytten et al., 2011). Naast het opleidingsniveau kunnen er ook verschillen bestaan in de communicatievaardigheden van patiënten met een andere herkomst (Balsa & McGuire, 2001). Uit een studie van Balsa en McGuire (2001) betreffende het

gezondheidszorgsysteem van de Verenigde Staten volgt namelijk dat blanken vaak een correctere behandeling krijgen ten gevolge van een betere communicatie met de arts (Balsa & McGuire, 2001).

Agency discriminatie daarentegen verwijst naar een belangenconflict tussen de arts en de patiënt. Er kan namelijk een principaal-agent probleem ontstaan. Patiënten zijn doorgaans slechter geïnformeerd dan artsen. Aangezien de informatie van de arts naar de patiënt stroomt, beschikken artsen over een informatievoordeel. De arts beschikt bijgevolg ook over de mogelijkheid om de medische behandeling te beïnvloeden (Grytten et al., 2011). Onder deze tweede vorm van discriminatie kan het begrip defensieve geneeskunde ondergebracht worden. Het gaat hierbij over artsen die voornamelijk redeneren vanuit eigenbelang en minder vanuit het medisch belang van de patiënt. Artsen willen namelijk hun aansprakelijkheidsrisico minimaliseren. Op die manier streven ze hun eigenbelang na en kunnen ze mogelijks defensieve handelingen stellen.

3.3. Een studie inzake defensieve geneeskunde

Er zijn slechts weinig onderzoeken terug te vinden inzake patiëntkarakteristieken die de mate waarin artsen defensief handelen, beïnvloeden. De oorzaak van het gebrek in onderzoeken zou kunnen liggen in de moeilijkheidsgraad van de bevraging ervan. Wanneer artsen bijvoorbeeld een vragenlijst invullen, bestaat de mogelijkheid dat ze niet precies weten voor welke patiënten ze in een hogere mate defensief handelen. Zoals eerder in deze masterproef duidelijk werd, vindt defensieve geneeskunde zowel bewust alsook onbewust plaats. Artsen kunnen bewust en onbewust defensief handelen, maar kunnen het medisch aansprakelijkheidsrisico ook onbewust hoger inschatten bij bepaalde patiënten.

Eén van de weinige studies inzake patiëntkarakteristieken met een invloed op de mate waarin artsen defensief handelen, is de studie van Dubay, Kaestner en Waidmann (1999). Door middel van het modelleren van de kans op een keizersnede gingen de onderzoekers na of het percentage keizersneden beïnvloed wordt door de verzekeringsstatus of de verzekeringsdekking van patiënten. Er werden aparte modellen geschat inzake de socio-economische status van moeders, waarbij het opleidingsniveau en de burgerlijke staat een belangrijke rol speelden en fungeerden als proxyvariabelen voor het inkomen en de verzekeringsstatus van moeders. Op basis van enkele combinaties van het opleidingsniveau en de burgerlijke staat creëerden de onderzoekers vijf socio-economische categorieën van moeders, waarbij de eerste categorie een representatie is voor moeders met de laagste socio-economische status en waarbij de vijfde categorie moeders met de hoogste socio-economische status omvat. Er werden eveneens enkele controlevariabelen opgenomen, waaronder de algemene gezondheidsstatus van de moeder (Dubay et al., 1999).

De belangrijkste bevinding uit het onderzoek van Dubay et al. (1999) toont aan dat artsen meer geneigd zijn om een keizersnede uit te voeren bij vrouwen met een lagere socio-economische status. Vrouwen uit een lagere socio-economische categorie hebben meer kans op slechte uitkomsten bij de geboorte. Artsen percipiëren bij deze vrouwen dan ook een hoger aansprakelijkheidsrisico. Daarom zou het kunnen dat artsen een hogere mate van defensieve geneeskunde beoefenen bij vrouwen met een lager inkomen bijvoorbeeld.

3.4. Studies inzake het medisch aansprakelijkheidssysteem

Het onderzoeken van de drijvers van defensieve geneeskunde vertaalt zich in het onderzoeken van de drijvers van het medisch aansprakelijkheidsrisico, aangezien defensieve geneeskunde volgens de definitie ontstaat door het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts. Vandaar worden in dit hoofdstuk eveneens studies opgenomen inzake patiëntkarakteristieken die een drijver zijn van het medisch aansprakelijkheidsrisico.

De perceptie van een arts over zijn of haar medisch aansprakelijkheidsrisico kan verschillen naargelang de patiëntkarakteristieken. Patiënten met bepaalde karakteristieken kunnen eerder geneigd zijn om een arts aansprakelijk te stellen dan andere patiënten. Bijgevolg kan het aansprakelijkheidsrisico voor de arts hoger liggen bij patiënten die eerder geneigd zijn om stappen te ondernemen (Wu, Lai, & Chen, 2009). Wanneer artsen ook een hoger aansprakelijkheidsrisico percipiëren bij deze patiënten, kan dat resulteren in het vertonen van een hogere prevalentie van defensieve handelingen. Het is daarom belangrijk om inzicht te verkrijgen in de patiëntkarakteristieken. Hieronder volgt een beschrijving van enkele bestaande onderzoeken binnen dat onderzoeksdomein. De onderzochte patiëntkarakteristieken worden in Tabel 2 per bron aangehaald. Het verband met de neiging om de arts aansprakelijk te stellen, wat niet steeds significant is, wordt aangehaald in de laatste kolom van de tabel. Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen uit deze studies gerapporteerd. Nochtans zijn de karakteristieken van patiënten die een klacht indienen of een rechtszaak aanspannen tegen een arts nog niet frequent onderzocht in Europa, zeker niet in België.

Tabel 2: Studies inzake patiëntkarakteristieken gelinkt aan aansprakelijkheidsrisico

Bron	Onderzoek	Patiëntkarakteristieken	Verband
Bismark, Brennan, Davis en Studdert (2006)	Het uitvoeren van bivariate en multivariate analyses aan de hand van gegevens over patiënten die slachtoffer waren van een ongewenst voorval en die al dan niet aanspraak maakten op een schadevergoeding bij de nationale <i>no-fault</i> verzekeraar van Nieuw-Zeeland. Op deze manier worden demografische en socio-economische verschillen tussen aanklagers en niet-aanklagers in kaart gebracht.	Ernstig medisch letsel Leeftijd Woongebied (socio-eco)	Significant: positief Significant: negatief Significant: positief
Bismark, Brennan, Paterson, Davis en Studdert (2006)	Het uitvoeren van bivariate en multivariate analyses aan de hand van gegevens over patiënten die slachtoffer waren van een ongewenst voorval en die al dan niet	Ernstig medisch letsel Leeftijd Woongebied (socio-eco)	Significant: positief Significant: negatief Significant: positief

	aanspraak maakten op een schadevergoeding bij de <i>Commissioner</i> van Nieuw-Zeeland. Op deze manier worden demografische en socio-economische verschillen tussen aanklagers en niet-aanklagers in kaart gebracht.		
Burstin, Johnson, Lipsitz en Brennan (1993)	Een <i>case-control</i> studie aan de hand van gegevens met betrekking tot ziekenhuizen in New York (Verenigde Staten).	Geslacht Herkomst Inkomen Leeftijd Socio-economische status Verzekeringsstatus	Niet-significant Niet-significant Significant: positief Significant: negatief Significant: positief Significant: positief
Järvelin, Häkkinen en Rosenqvist (2019)	Een berekening van kostenverschillen voor het gezondheidszorgsysteem, wat betreft aanklagers en niet-aanklagers, door gebruik te maken van gegevens over patiënten uit Finland.	Eerdere ervaring	Significant: positief
Järvelin, Häkkinen, Rosenqvist en Remes (2012)	Het verband tussen patiëntkarakteristieken enerzijds en aansprakelijkheidsclaims en het ontvangen van een schadevergoeding anderzijds wordt in kaart gebracht met behulp van regressieanalyses en gegevens over heup- en knieprotheses bij patiënten uit Finland.	Geslacht Leeftijd	Significant: negatief (man) Significant: negatief
Kasina, Enocson, Lindgren en Lapidus (2018)	Analyses aan de hand van Zweedse gegevens over heupprotheses, aansprakelijkheidsclaims en patiëntkarakteristieken.	Geslacht Leeftijd Socio-economische status	Niet-significant Significant: negatief Niet-significant
McClellan, White Iii, Jimenez en Fahmy (2012)	Een literatuurstudie betreffende studies over aansprakelijkheidsclaims en socio-economisch achtergestelde patiënten (Verenigde Staten).	Inkomen	Significant: positief
Sager, Voeks, Drinka, Langer en	Het onderzoeken van gegevens over wanpraktijken in Wisconsin (Verenigde Staten) en de leeftijd van	Leeftijd	Significant: negatief

Grimstad (1990)	betreffende patiënten met behulp van dossiers van rechtbanken.		
Studdert et al. (2000)	Het linken van gegevens over medische wanpraktijken in Utah en Colorado (Verenigde Staten) aan medische dossiers om vervolgens karakteristieken van aanklagers en niet-aanklagers te analyseren.	Inkomen Leeftijd Socio-economische status Verzekeringsstatus	Significant: positief Significant: negatief Significant: positief Significant: positief
Tapper, Malcolm en Frizelle (2004)	Een vragenlijst betreffende specifieke informatie over klachten werd ingevuld door chirurgen uit Nieuw-Zeeland, om vervolgens ook patiëntkarakteristieken te analyseren.	Geslacht Herkomst Leeftijd	Significant: negatief (man) Significant: positief (blank) Significant: positief
Wu et al. (2009)	Een <i>case-control</i> studie in een ziekenhuis in Taiwan.	Geslacht Leeftijd Socio-economische status Woongebied	Niet-significant Niet-significant Significant: positief Significant: positief (stedelijk)
Zengerink, Reijman, Mathijssen, Eikens-Jansen en Bos (2016)	Een observationele studie met betrekking tot Nederlandse gegevens over aansprakelijkheidsclaims en de karakteristieken van de aanklager.	Geslacht Leeftijd	Significant: negatief (man) Significant: negatief

Allereerst worden de demografische patiëntkarakteristieken leeftijd, herkomst, geslacht en woongebied besproken. Voor de leeftijd van de patiënt werd voornamelijk teruggevonden dat oudere patiënten minder snel geneigd zijn om een klacht in te dienen dan jongere patiënten (Bismark, Brennan, Davis, & Studdert, 2006; Bismark, Brennan, Paterson, Davis, & Studdert, 2006; Burstin et al., 1993; Järvelin et al., 2012; Kasina, Enocson, Lindgren, & Lapidus, 2018; Sager, Voeks, Drinka, Langer, & Grimstad, 1990; Studdert et al., 2000; Zengerink et al., 2016). Daarentegen vonden Tapper et al. (2004) dat oudere patiënten net sneller geneigd zijn om een klacht in te dienen dan jongere patiënten (Tapper, Malcolm, & Frizelle, 2004). Er bestaat een mogelijke verklaring voor deze tegenstrijdigheid in de literatuur. Wanneer er gekeken wordt naar de verschillende leeftijdscategorieën van gebruikers van het gezondheidszorgsysteem, patiënten dus, zijn het vooral de ouderen die gebruikmaken van gezondheidszorg (Bismark, Brennan, Paterson, et al., 2006). Daarbovenop zijn het vaak ook de oudere patiënten die een letsel kunnen oplopen of te maken hebben met mogelijke bijwerkingen. Wanneer onderzoekers geen rekening houden met deze onderliggende frequenties van oudere patiënten, kan er een vertekening in de resultaten ontstaan (Bismark, Brennan, Paterson, et al., 2006; Wu et al., 2009). Verder werd er een studie

teruggevonden die geen significante verschillen rapporteerde voor de patiëntkarakteristiek leeftijd (Wu et al., 2009).

Inzake de herkomst van de patiënt werd gerapporteerd dat blanke patiënten sneller geneigd zijn om een klacht in te dienen (Tapper et al., 2004). Er werd echter eveneens teruggevonden dat er geen significante verschillen zijn voor de herkomst van de patiënt (Burstin et al., 1993). Hetzelfde geldt voor de patiëntkarakteristiek geslacht. Enkele onderzoekers rapporteren geen significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten in hun neiging om een arts aansprakelijk te stellen (Burstin et al., 1993; Kasina et al., 2018; Wu et al., 2009). In drie andere studies werd immers vermeld dat voornamelijk vrouwelijke patiënten een klacht indienen tegen hun arts (Järvelin et al., 2012; Tapper et al., 2004; Zengerink et al., 2016).

Verder kan het woongebied van de patiënt een rol spelen in het al dan niet aansprakelijk stellen van een arts. Patiënten die in een stedelijk gebied wonen, zijn eerder geneigd om een arts aansprakelijk te stellen dan patiënten die in een landelijk gebied wonen. Een mogelijke verklaring is het feit dat patiënten die in een stedelijk gebied wonen een betere geografische toegang hebben tot rechtbanken. Een andere mogelijke verklaring heeft te maken met het feit dat patiënten uit een stedelijke omgeving een hogere socio-economische status kunnen hebben, maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. Er zou dus gesteld kunnen worden dat patiënten uit een stedelijk gebied of patiënten met een hogere socio-economische status meer geneigd zijn om een klacht in te dienen of om naar de rechtbank te stappen (Wu et al., 2009). De neiging om een klacht in te dienen, neemt zodoende ook af bij patiënten die leven in achtergestelde gebieden op socio-economisch vlak (Bismark, Brennan, Davis, et al., 2006; Bismark, Brennan, Paterson, et al., 2006).

Socio-economische karakteristieken spelen dus eveneens een rol in het al dan niet aansprakelijk stellen van de arts en dienen bijgevolg ook geanalyseerd te worden. De socio-economische patiëntkarakteristieken opleidingsniveau en inkomen gaan hand in hand. Het opleidingsniveau kan zodoende fungeren als een proxy voor het inkomen. Patiënten met een hoger opleidingsniveau ontvangen namelijk vaak een hoger inkomen dan patiënten met een lager opleidingsniveau. Onderzoekers nemen omwille van deze reden ofwel het opleidingsniveau ofwel het inkomen op in hun analyses. Er werd voornamelijk teruggevonden dat patiënten met een lager inkomen minder snel geneigd zijn om een klacht in te dienen dan patiënten met een hoger inkomen (Burstin et al., 1993; McClellan et al., 2012; Studdert et al., 2000). Een verklaring hiervoor is dat deze patiënten een gebrek hebben aan toegang tot juridische middelen ten gevolge van financiële barrières (McClellan et al., 2012).

Ondanks het wetenschappelijk bewijs kunnen sommige artsen toch van mening zijn dat patiënten met een lager inkomen de neiging hebben om hun arts vaker aan te klagen. Daarnaast spelen laaggeletterdheid en analfabetisme ook een rol bij het ontstaan van vooroordelen bij artsen. De geletterdheid is lager bij patiënten met onder andere een hogere leeftijd, een lager inkomen en een lagere opleiding. Op basis van deze (onbewuste) vooroordelen kunnen artsen, ongeacht hun goede bedoelingen, hun gedrag aanpassen voor patiënten met een verschillende socio-economische status (McClellan et al., 2012).

De verzekeringsstatus van de patiënt is bovendien ook van belang wanneer er gekeken wordt naar de socio-economische status van de patiënt. Patiënten zonder verzekering zijn namelijk minder snel geneigd om een arts aansprakelijk te stellen (Burstin et al., 1993). In de Verenigde Staten kan de verzekeringsdekking van de patiënt eveneens een belangrijke rol spelen. Patiënten met een *Medicare*- of *Medicaid*-verzekeringsdekking zijn namelijk minder geneigd om juridische stappen te ondernemen (Studdert et al., 2000). Een *Medicare*-verzekering voorziet een dekking voor oudere patiënten, patiënten met een handicap of patiënten met een nierziekte. Een *Medicaid*-verzekering voorziet een dekking voor patiënten met een lager inkomen (Hoffman Jr, Klees, & Curtis, 2000). Karakteristieken zoals de verzekeringsdekking door *Medicare* of *Medicaid* kunnen vanzelfsprekend niet opgenomen worden in studies buiten de Verenigde Staten, aangezien dat verzekeringsprogramma's zijn die enkel in de Verenigde Staten van toepassing zijn. De achterliggende karakteristieken, de leeftijd en het inkomen van de patiënt, zijn echter wel van belang.

Kortom, de socio-economische status van de patiënt zou de juridische mogelijkheden aldus in de weg kunnen staan (McClellan et al., 2012; Studdert et al., 2000). Patiënten met een hogere socio-economische status kunnen namelijk eerder geneigd zijn om een klacht in te dienen dan patiënten met een lagere socio-economische status (Burstin et al., 1993; Studdert et al., 2000; Wu et al., 2009). De socio-economische status van een patiënt zorgt echter niet altijd voor significante verschillen (Kasina et al., 2018).

Tot slot kunnen de gezondheidsstatus en de eerdere ervaring met een bepaalde behandeling ook een rol spelen in het al dan niet aansprakelijk stellen van een arts. Patiënten die omwille van het nalatig handelen van een arts een ernstig medisch letsel oplopen, kunnen eerder geneigd zijn om de arts aansprakelijk te stellen (Bismark, Brennan, Davis, et al., 2006; Bismark, Brennan, Paterson, et al., 2006). Daarnaast kunnen patiënten met eerdere ervaringen met een bepaalde behandeling kritischer staan tegenover deze behandeling. Deze patiënten hebben namelijk een beter zicht op de mogelijke risico's of complicaties en de te verwachten uitkomsten (Järvelin, Häkkinen, & Rosenqvist, 2019).

3.5. Wantrouwen van een patiënt in een arts

Naast voorgaande studies betreffende defensieve geneeskunde en het medisch aansprakelijkheidsrisico, tonen enkele onderzoekers het belang van vertrouwen aan. Het vertrouwen van de patiënt in de arts speelt namelijk een cruciale rol in de arts-patiënt relatie. Studies die een rechtstreeks verband aanhalen tussen wantrouwen van de patiënt in de arts en defensieve geneeskunde, zijn echter zeer beperkt aanwezig.

De arts-patiënt relatie speelt een belangrijke rol bij het dagelijkse handelen van een arts. Wanneer een patiënt weinig vertrouwen heeft in de arts, is deze relatie uiteraard niet optimaal (He, 2014). Wantrouwen van een patiënt in een arts leidt namelijk tot spanningen tussen beiden (Chan, 2018; He, 2014; Qiao et al., 2019). Aangezien artsen problemen met patiënten willen vermijden, kunnen deze spanningen leiden tot defensief gedrag bij artsen, zoals het voorschrijven van overbodige medicatie, medische testen of medische procedures (He, 2014; Qiao et al., 2019). Er zou op basis van deze gedachtegang zelfs een vicieuze cirkel kunnen ontstaan. Artsen schrijven overbodige

medicatie en dergelijke voor wanneer patiënten wantrouwig zijn, maar bijgevolg zullen patiënten meer wantrouwig zijn wanneer dat overmatig voorschrijven resulteert in hogere medische kosten voor de patiënt (He, 2014).

Bovendien hebben artsen de tijd die ze spenderen om in gesprek te gaan met patiënten de laatste decennia drastisch gereduceerd. Op deze manier kunnen ze meerdere patiënten behandelen in minder tijd. Dat leidt enerzijds tot een lagere voldoening in hun job, waaruit defensieve geneeskunde kan voortvloeien. Daarnaast verliezen patiënten op deze manier hun vertrouwen in artsen. Naast het overmatig voorschrijven kan dus ook de tijd die artsen spenderen aan patiënten het vertrouwen in de arts ondermijnen. Patiënten met weinig vertrouwen kunnen terughoudend zijn om bepaalde cruciale informatie te verlenen aan artsen, wat kan resulteren in een suboptimale behandeling (Garattini & Padula, 2020). Wantrouwen bij een patiënt zou daarnaast tot gevolg kunnen hebben dat ook de arts terughoudend wordt in de omgang met de patiënt, wat bijgevolg eveneens een nadelig effect kan hebben op de behandeling (Chan, 2018).

Uit bestaande studies blijkt dat in ontwikkelde landen het vertrouwen van patiënten in de medische zorg en in de morele normen van artsen is afgenomen. Economen schrijven het bestaan van wantrouwen van patiënten in artsen toe aan twee mogelijke redenen. Enerzijds bestaat er een informatie-asymmetrie tussen patiënten en artsen. Anderzijds zijn patiënten vaak niet in staat om de kwaliteit van de geleverde diensten te beoordelen (Chan, 2018).

Welke patiënten nu precies meer wantrouwen hebben in artsen dan andere patiënten werd reeds onderzocht. Patiënten die voorheen onaangename ervaringen met een arts (ongewenst behandelingsresultaat, overbodig voorschrijven van medicatie en dergelijke, slechte houding van een arts enzovoort) hebben gehad, kennen vaak een hogere mate van wantrouwen jegens artsen. Hetzelfde geldt voor patiënten waarvan een familielid een onaangename ervaring had. Daarnaast bestaat er niet meteen een verband tussen de mate van wantrouwen en de socio-economische status, het geslacht en de leeftijd van de patiënt (Chan, 2018). Bijgevolg kan het wantrouwen van de patiënt in de arts als een aparte patiëntkarakteristiek beschouwd worden, met een mogelijke invloed op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts.

3.6. Conclusie

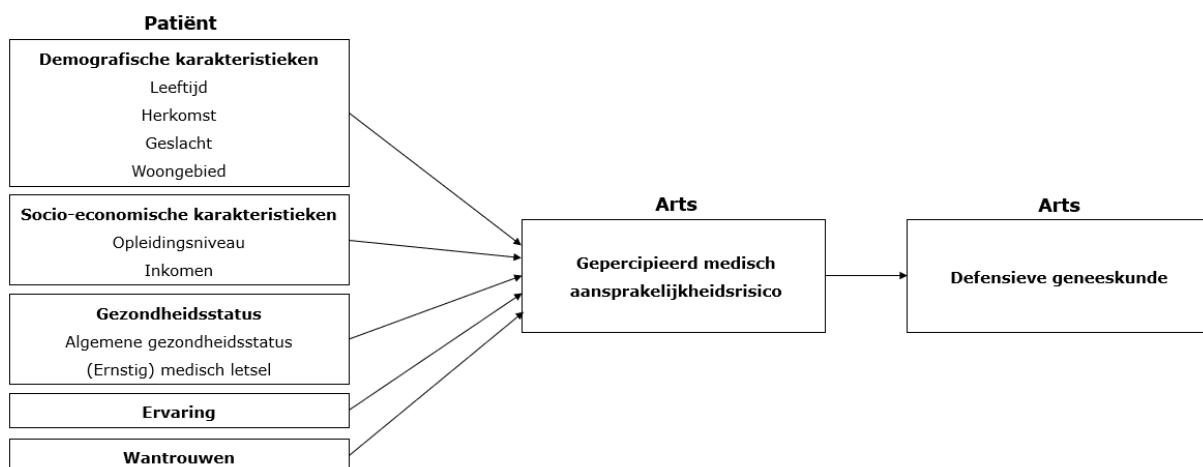
Er zijn nog maar weinig studies uitgevoerd inzake de verschillende patiëntkarakteristieken die een impact hebben op de mate waarin artsen defensief handelen. Enkele onderzoekers nemen bepaalde patiëntkarakteristieken op als controlevariabelen in hun vragenlijsten, maar in de resultaten worden deze karakteristieken niet verder geanalyseerd. Er werden wel enkele studies teruggevonden betreffende de drijvers van het medisch aansprakelijkheidsrisico. Bepaalde patiëntkarakteristieken kunnen namelijk gerelateerd zijn aan het indienen van een klacht of het instellen van een gerechtelijke procedure. Het medisch aansprakelijkheidsrisico voor de arts ligt bij deze patiënten dus hoger. Vermits defensieve geneeskunde volgens de definitie ontstaat door het medisch aansprakelijkheidsrisico, zijn de patiëntkarakteristieken uit deze onderzoeken eveneens bruikbaar voor deze masterproef.

Uit bestaande wetenschappelijke literatuur vloeit voort dat patiëntkarakteristieken een drijver kunnen zijn van het medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Zowel demografische (bijvoorbeeld leeftijd) als socio-economische karakteristieken (bijvoorbeeld inkomen) kunnen van invloed zijn op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico. Daarnaast kunnen de gezondheidsstatus en de eerdere ervaring met een bepaalde behandeling een rol spelen in het al dan niet aansprakelijk stellen van een arts en ligt het medisch aansprakelijkheidsrisico voor de betreffende arts dus hoger. Tot slot is het wantrouwen van de patiënt in de arts een belangrijke patiëntkarakteristiek met een impact op het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts. Het empirisch onderzoek zal hier dieper op ingaan.

C. Conceptuele basis

Op basis van wetenschappelijke literatuur werd onderzocht hoe defensieve geneeskunde ontstaat en welke drijvers een invloed hebben op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt. Hierbij werden verscheidene patiëntkarakteristieken geformuleerd die eventuele verschillen in het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts verklaren. Figuur 2 is een uitgebreide representatie van patiëntkarakteristieken die mogelijks van invloed zijn op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts, wat op zijn beurt een invloed heeft op het ontstaan van defensieve geneeskunde. Vooralsnog is het aantal diepgaande onderzoeken wat betreft deze dergelijke drijvers van defensieve geneeskunde gering. Verder onderzoek inzake patiëntkarakteristieken, die een effect hebben op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico en defensieve geneeskunde, is bijgevolg noodzakelijk. Het doel van deze masterstudie is enerzijds het schetsen van een algemeen beeld over de bestaande wetenschappelijke kennis binnen dit onderzoeksdomein. Anderzijds zal deze masterstudie aan de hand van het empirisch luik meer toespitsen op het effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico en op defensieve geneeskunde.

Figuur 2: Conceptueel model (uitgebreid)



In de empirische studie zal specifiek ingezoomd worden op het causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Daarnaast wordt het effect daarvan op defensieve geneeskunde onder de loep genomen. Het conceptuele model voor de empirische analyse richt zich dus tot Onderzoeksvraag A en Onderzoeksvraag B. De onafhankelijke variabele uit Onderzoeksvraag A is het wantrouwen van de patiënt in de arts en heeft mogelijks een causaal effect op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts, de afhankelijke variabele. In Onderzoeksvraag B is het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico de onafhankelijke variabele en defensieve geneeskunde de afhankelijke variabele. Figuur 3 representeert een schematische weergave hiervan. Om te onderzoeken of er causale effecten aanwezig zijn, zullen onderstaande hypothesen getest worden.

Onderzoeksvraag A: Is er een causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts?

Nulhypothese A – H_{A0}: Er is geen causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts.

Alternatieve hypothese A – H_{A1}: Er is een causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts.

Onderzoeksvraag B: Is er een causaal effect van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde?

Nulhypothese B – H_{B0}: Er is geen causaal van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde.

Alternatieve hypothese B – H_{B1}: Er is een causaal van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde.

Figuur 3: Conceptueel model (empirische studie)



Het onderzoek zal bijdragen aan een groter experiment met *virtual reality*. In dat uiteindelijke experiment zal onderzocht worden in welke mate het medisch aansprakelijkheidsrisico een impact heeft op het beslissingsgedrag van artsen. Aan de hand van *virtual reality* zullen artsen zich inleven in een bepaald scenario waarbij een medische conversatie tussen een patiënt en een arts plaatsvindt. Vervolgens zullen de artsen onder andere vragen beantwoorden betreffende de behandelingswijze en hun gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico.

Opdat de scenario's in het uiteindelijke experiment goede manipulaties bevatten in verband met het wantrouwen van de patiënt, zullen twee pilotstudies uitgevoerd worden. Een eerste pilotstudie zal uitgevoerd worden aan de hand van geschreven scenario's. Een tweede pilotstudie bevat dezelfde scenario's, maar maakt gebruik van 3D-video-opnames. Het onderzoek van deze masterproef fungeert als een eerste pilotstudie. Respondenten dienen, na het lezen van een medische conversatie, bepaalde vragen te beantwoorden inzake het vertrouwen van de patiënt in de arts. Er wordt dus gepeild naar de mate waarin de respondent de patiënt als wantrouwig of kritisch ervaart. Uiteindelijk zal er ook getracht worden de perceptie van de respondent betreffende het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts te bekomen. Hierbij dient de respondent eveneens een inschatting te maken van de handeling die de arts zal uitvoeren en de handeling die de patiënt zou verkiezen.

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen, worden eveneens enkele controlevariabelen opgenomen in het model. Op basis van deze controlevariabelen kunnen de respondenten vergeleken worden. Bovendien kan er nagegaan worden of deze variabelen al dan niet resulteren in een

vertekend beeld van het causaal effect van de onafhankelijke variabele op de afhankelijke variabele. Tabel 3 geeft deze controlevariabelen weer.

Tabel 3: Controlevariabelen

-
- Geslacht
 - Leeftijd
 - Woonplaats (provincie)
 - Opleidingsniveau
 - Al dan niet een medisch incident meegemaakt
 - Al dan niet verdere stappen ondernomen tegen een zorgverlener of een ziekenhuis
 - Aantal ziekenhuisopnames in de afgelopen vijf jaar
 - Algemene gezondheidstoestand
 - Al dan niet een job met een juridische functie
 - Al dan niet een job in de zorgsector
-

De scenario's die gebruikt worden in dit onderzoek hebben betrekking op het specialisme gynaecologie. Drs. Lotte Daniels stelde in samenwerking met enkele artsen deze scenario's op. Elk scenario focust op een specifiek onderwerp binnen het specialisme gynaecologie. Daarnaast heeft elk scenario twee verschillende versies. Het enige verschil tussen beide versies is het wantrouwen of de kritische ingesteldheid van de patiënt. In de ene versie is de patiënt namelijk minder wantrouwig dan in de andere versie. Dat komt in de scenario's tot uiting aan de hand van de volgende aspecten: de wantrouwige patiënt loopt vooruit op de feiten, lijkt geïnformeerd te zijn, vraagt naar de ervaring van de arts, vraagt naar garantie, stelt de arts in twijfel enzovoort. De minder wantrouwige patiënt daarentegen stelt meer objectieve vragen om meer informatie te verschaffen inzake de medische situatie. Belangrijk om te vermelden is dat alle andere factoren constant worden gehouden in beide versies van het scenario (*ceteris paribus*): zowel de medische parameters, de context van de conversatie als hetgeen de arts zegt. Op deze manier kan nagegaan worden of er een causaal effect bestaat van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en bijgevolg op defensieve geneeskunde. In totaal werden vier verschillende scenario's opgesteld op basis van de volgende vier onderwerpen: een repetitieve sectio, een in-vitrofertilisatie, zwangerschapsdiabetes en een onduidelijke echografie.

D. Empirisch onderzoek

1. Methodologie

1.1. Onderzoeksontwerp

Met behulp van de scenario's en bijbehorende vragen wordt een kwantitatief onderzoek uitgevoerd. Meer specifiek is er sprake van een *Randomized Controlled Trial* (RCT). Hierbij is het niveau van randomisatie gelijk aan het niveau van observatie, namelijk het individu dat de vragen beantwoordt. Daarnaast is deze *trial* een *laboratory experiment*.

Er werden vier verschillende scenario's opgesteld betreffende het specialisme gynaecologie. Elk scenario bevat twee verschillende versies (niet-wantrouwe patiënt versus wantrouwe patiënt), wat resulteert in acht verschillende scenario's in totaal. Er zou dus enerzijds een vragenlijst opgesteld kunnen worden met de vier scenario's met de niet-wantrouwe patiënt en anderzijds een vragenlijst met de vier scenario's met de wantrouwe patiënt. De behandeling, een wantrouwe patiënt, is telkens het enige verschil tussen de twee scenario's met betrekking tot hetzelfde onderwerp (*ceteris paribus*). Aangezien het beoordelen van vier scenario's veel tijd vergt voor respondenten, werd besloten om slechts twee scenario's per vragenlijst te bevragen. Dat resulteert in een totaal aantal van vier vragenlijsten: twee vragenlijsten met telkens twee scenario's met een niet-wantrouwe patiënt en twee vragenlijsten met telkens twee scenario's met een wantrouwe patiënt. Meer specifiek is er dus sprake van een *between-subjects design*.

Een RCT kenmerkt zich in het feit dat er enerzijds een behandelingsgroep en anderzijds een controlegroep ontstaat. Op basis van de behandeling, een wantrouwe patiënt, worden respondenten willekeurig toegewezen aan een behandelings- of een controlegroep. Hieruit vloeit voort dat twee vragenlijsten de behandeling bevatten, namelijk scenario's met een wantrouwe patiënt. De respondenten die één van deze vragenlijsten invullen, komen terecht in een behandelingsgroep. De overige twee vragenlijsten, dus de vragenlijsten met de scenario's met een niet-wantrouwe patiënt, worden ingevuld door respondenten uit de controlegroep.

De tweefasige randomisatiebenadering wordt toegepast. Op deze manier kan een causaal effect zonder selectiebias waargenomen worden en benadert de controlegroep zo goed als mogelijk de *counterfactual*. Om de generaliseerbaarheid van de resultaten te garanderen, wordt getracht respondenten willekeurig te bereiken. Om vervolgens de vergelijkbaarheid tussen respondenten te garanderen, worden deze eveneens willekeurig toegewezen aan een behandelings- of een controlegroep. Via de software Qualtrics XM kan er op de vergelijkbaarheid hoog gescoord worden. Door middel van de toepassing *randomizer* van deze software worden respondenten willekeurig toegewezen aan één van de vragenlijsten, dus bijgevolg is er een willekeurige toewijzing aan een behandelings- of een controlegroep. Aan de hand van deze toepassing wordt een *oversubscription* methode toegepast. Respondenten die worden toegewezen aan de behandeling zijn hier ook niet van op de hoogte. Bovendien vinden *spillovers* en *crossovers* niet plaats op basis van deze onderzoeksopzet.

Door de algemene link van de gerandomiseerde vragenlijst, gegenereerd door Qualtrics XM, te delen via sociale media worden respondenten willekeurig aangesproken. Opdat de resultaten generaliseerbaar zijn naar de populatie, wordt getracht een minimaal aantal van dertig respondenten per vragenlijst te bevragen. Dat resulteert in een totaal aantal van minimaal 120 respondenten.

1.2. Vragenlijst

De volledige vragenlijst werd opgenomen als bijlage (Bijlage I), maar om een beeld te schetsen over de verschillende vragen wordt de opbouw van de vragenlijst hieronder beknopt neergeschreven. Eveneens werd hieronder een tabel toegevoegd (Tabel 4) die de verschillende vragen weergeeft per item. Na het lezen van een inleidende tekst en een scenario dienen respondenten twee open vragen te beantwoorden betreffende de inhoud van het scenario. Er wordt namelijk gevraagd welke mogelijke handelingen worden voorgesteld betreffende de medische situatie van de patiënt en welke mogelijke risico's of complicaties de patiënt zou kunnen ondervinden bij de verschillende behandelingen.

Vervolgens volgen drie open vragen die peilen naar eventuele informatie die ontbreekt in het scenario, bijkomende vragen die aan de arts gesteld zouden kunnen worden en andere bijkomende opmerkingen of suggesties. Nadien dienen twee reeksen van stellingen beoordeeld te worden betreffende de externe validiteit van de pilotstudie. Om een zekere mate van nuance toe te laten, wordt bij het beoordelen van stellingen doorheen de volledige vragenlijst gewerkt met een zevenpunt Likert-schaal met de volgende opties: volledig oneens, oneens, eerder oneens, neutraal, eerder eens, eens en volledig eens (Emerson, 2017). Een eerste reeks stellingen peilt enerzijds naar de mate waarin een respondent zich kan inleven in het scenario en anderzijds naar de moeilijkheidsgraad van het scenario. Daaropvolgend worden stellingen betreffende het realisme van het scenario beoordeeld (Darley & Lim, 1993; Esch, Schnellbacher, & Wald, 2019; Heidenreich, Kraemer, & Handrich, 2016).

In een volgend luik beoordelen respondenten zestien stellingen betreffende hun perceptie over onder andere de houding van de arts en de patiënt. Er worden eveneens acht stellingen uit de *Trust in Physician scale* bevroegd. Aan de hand van deze schaal kan namelijk ook de perceptie van respondenten inzake het vertrouwen van de patiënt in de arts achterhaald worden (Anderson & Dedrick, 1990; Freburger, Callahan, Currey, & Anderson, 2003; Marcinowicz et al., 2017).

Om de vragen betreffende het scenario af te ronden, worden twee scenario-specifieke meerkeuzevragen gesteld. Zo wordt er aan de respondenten gevraagd welke handeling ze denken dat de arts uiteindelijk zal uitvoeren en welke handeling de patiënt in het scenario volgens hen zou verkiezen. Elk scenario heeft specifieke antwoordopties. Daarnaast dienen respondenten aan te geven hoe groot ze de kans inschatten dat de patiënt in het scenario verdere stappen zou ondernemen indien er problemen of complicaties optreden tijdens de medische behandeling. Dat gebeurt aan de hand van een zevenpunt Likert-schaal, gaande van zeer onwaarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk.

De vragenlijst wordt afgesloten met enkele controlevariabelen. Deze controlevariabelen worden opgenomen, aangezien ze een invloed kunnen hebben op de antwoorden van respondenten. Een *balance check* tussen respondenten uit de behandelingsgroep en respondenten uit de controlegroep

zal uitwijzen of respondenten gelijkaardig zijn wat betreft deze controlevariabelen. Tot slot wordt er aan de respondenten gevraagd of er nog opmerkingen of suggesties zijn na het invullen van de vragenlijst.

Tabel 4: Beknopt overzicht vragenlijst

Item	Vraag	Bron
Inlevingsvermogen en moeilijkheidsgraad	Ik kan mezelf makkelijk inleven in het scenario.	Darley en Lim (1993) Esch et al. (2019) Heidenreich et al. (2016)
	Het scenario is voor mij makkelijk te begrijpen.	
	Ik kan me het scenario makkelijk voorstellen.	
	Ik merkte op dat mijn gedachten afdwaalden tijdens het lezen van het scenario.	
	Tijdens het lezen van het scenario had ik een levendig beeld van de arts.	
	Tijdens het lezen van het scenario had ik een levendig beeld van de patiënt.	
Realisme	Ik ben ervan overtuigd dat het scenario in het echte leven zou kunnen plaatsvinden.	Darley en Lim (1993) Esch et al. (2019) Heidenreich et al. (2016)
	De interactie tussen de arts en de patiënt is realistisch.	
	De lengte van de conversatie tussen de arts en de patiënt is realistisch.	
	De medische situatie waarin de patiënt verkeert, is realistisch.	
	De beschrijving van wat de patiënt zei, is realistisch.	
	De beschrijving van wat de arts zei, is realistisch.	
	De conversatie in dit scenario is realistisch.	
Algemene perceptie	De situatie waarin de patiënt verkeert, is ernstig.	/
	De arts is op de hoogte van de mogelijke risico's en complicaties verbonden aan de medische situatie van de patiënt.	Titus et al. (2018)
	De arts is ervaren.	
	De arts is bekwaam.	
	De arts schept vertrouwen.	He (2014)
	De arts neemt tijd voor de patiënt.	Garattini en Padula (2020)
	De patiënt heeft vertrouwen in de vaardigheden van de arts.	He (2014)
	De patiënt heeft een voorkennis van de mogelijke risico's en complicaties.	Järvelin et al. (2019)
De patiënt wordt voldoende geïnformeerd door de arts.	Chan (2018)	

	De patiënt is wantrouwig.	He (2014)
	De patiënt is kritisch.	
	De patiënt is bezorgd.	/
	De patiënt is angstig.	
	De patiënt is vriendelijk.	
	De patiënt is beleefd.	
	De patiënt is rustig.	
<i>Trust in Physician scale</i>	De patiënt betwijfelt of de arts werkelijk om haar als persoon geeft.	Anderson en Dedrick (1990) Freburger et al. (2003) Marcinowicz et al. (2017)
	De patiënt vindt dat de arts meestal rekening houdt met haar behoeften en deze op de eerste plaats zet.	
	De patiënt vertrouwt de arts zo goed dat zij het advies altijd probeert op te volgen.	
	Als de arts zegt dat iets zo is, is het ook zo volgens de patiënt.	
	De patiënt vertrouwt de opinie van de arts soms niet en opteert daarom liever voor een tweede opinie.	
	De patiënt vertrouwt de beoordeling van de arts omtrent haar medische zorg.	
	De patiënt heeft het gevoel dat de arts niet alles doet wat deze zou moeten doen voor haar medische zorg.	
De patiënt vindt de arts een echte deskundige in het behandelen van het soort medische problemen dat zij ervaart.		
Defensieve handeling	Welke handeling denkt u dat de arts uiteindelijk zal uitvoeren?	/
	Welke handeling denkt u dat de patiënt in het scenario zou kiezen?	
Gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico	Hoe groot schat u de kans in dat de patiënt in het scenario verdere stappen zou ondernemen indien er problemen of complicaties optreden in haar medische behandeling?	/
Controlevariabelen	Wat is uw geslacht?	/
	Wat is uw geboortjaar?	
	In welke provincie bent u woonachtig?	
	Wat is uw hoogst behaalde diploma?	
	Wanneer een patiënt schade oploopt door een ongewenste gebeurtenis in zijn of haar zorgproces, heeft de patiënt te maken met een medisch incident. Heeft u zelf al ooit zo'n medisch incident meegemaakt?	UZ Gent (2020)
	Heeft u of iemand uit uw nabije omgeving al ooit verdere stappen ondernomen tegen een	/

	zorgverlener of een ziekenhuis (bv. een melding bij de ombudsdienst van het ziekenhuis, het raadplegen van een advocaat etc.)?	
	Hoe vaak bent u als patiënt in de afgelopen 5 jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis?	
	Duid op onderstaande schaal uw algemene gezondheidstoestand aan.	EuroQol Research Foundation (2018)
	Heeft u ooit een job beoefend met een juridische functie?	
	Heeft u ooit een job beoefend in de zorgsector (arts, verpleegkundige of andere zorgverlener)?	/

1.3. Respondenten

Onderstaande tabel (Tabel 5) weergeeft een representatie van de respondenten van het onderzoek. Alle inwoners uit België kunnen de vragenlijst invullen. Er is echter wel een leeftijdsvereiste: de vragenlijst kan namelijk enkel ingevuld worden door personen die in het jaar 2021 ten minste een leeftijd van zestien jaar zullen bereiken. De jongste respondenten uit de steekproef zijn dus ten laatste geboren in het jaar 2005. Daarnaast is het belangrijk om te vermelden dat de respondenten van het onderzoek niet verplicht een juridische of medische achtergrond dienen te hebben. Zoals hierboven aangehaald werd bij de beschrijving van de vragenlijst, wordt het al dan niet hebben van een job met een juridische functie of een job in de zorgsector wel opgenomen bij de controlevariabelen.

Tabel 5: Respondenten

Populatie	Inwoners uit België (vanaf 16 jaar)
Steekproef	Willekeurige inwoners uit België (vanaf 16 jaar)
Behandelingsgroep(en)	Respondenten uit de steekproef die willekeurig worden toegewezen aan een vragenlijst betreffende een wantrouwige patiënt
Controlegroep(en)	Respondenten uit de steekproef die willekeurig worden toegewezen aan een vragenlijst betreffende een niet-wantrouwige patiënt

1.4. Data

De data worden, zoals eerder aangehaald werd bij het onderzoeksontwerp, verzameld met behulp van de software Qualtrics XM. De vragenlijsten werden gerandomiseerd door middel van de optie *randomizer* van deze software. Vervolgens werd de gerandomiseerde vragenlijst verspreid via sociale media. In totaal werd de gerandomiseerde vragenlijst ingevuld door 130 respondenten. Elke vragenlijst apart werd door ongeveer dertig respondenten beoordeeld. Slechts voor één vragenlijst werd het minimale aantal van dertig respondenten niet behaald. Vermits elke vragenlijst twee scenario's met bijbehorende vragen bevat, biedt elke respondent twee verschillende datapunten in de dataset, verzameld op één bepaald tijdstip.

1.5. Analyse

Om het causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en vervolgens op defensieve geneeskunde te bekomen, dienen behandelings- en controlegroepen gelijkaardig te zijn. Omwille van deze reden worden eerst en vooral *balance checks* uitgevoerd op basis van de controlevariabelen. De respondenten die scenario's beoordeelden met een wantrouwige patiënt (behandelingsgroep) worden vergeleken met de respondenten die dezelfde scenario's beoordeelden, maar dan die met de niet-wantrouwige patiënt (controlegroep).

De uitgebreidere analyses worden opgesplitst in twee onderdelen. Enerzijds zal de externe validiteit van de pilootstudie geanalyseerd worden. Dat kan op basis van de vragen in verband met het inlevingsvermogen, de moeilijkheidsgraad en het realisme van de scenario's. Anderzijds worden de antwoorden betreffende de perceptie van de respondent over het vertrouwen van de patiënt in de arts, over de handeling die de arts zal uitvoeren, over de handelingen die de patiënt zou verkiezen en over het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts geanalyseerd, om de interne validiteit van de scenario's te bepalen en uiteindelijk een antwoord te kunnen bieden op de onderzoeksvragen.

De analyses worden uitgevoerd met behulp van de schattingstechniek *Ordinary Least Squares* (OLS) en het statistisch programma Stata 16. Alvorens de analyses uitgevoerd worden, wordt de dataset *gecleand*. Hoe het *data cleaning*-proces van deze studie uitgevoerd wordt, wordt hieronder besproken. Allereerst worden de respondenten die de vragenlijst niet volledig voltooiden verwijderd uit de dataset. Het aantal respondenten wordt hierdoor herleid van 260 respondenten naar 130 respondenten. Vervolgens worden irrelevante variabelen verwijderd uit de dataset.

Aansluitend worden variabelen per scenario gegenereerd aan de hand van de gegevens uit de dataset. Daaropvolgend wordt de dataset omgevormd van een *wide format* naar een *long format*. Aangezien elke respondent twee scenario's beoordeelde, bevat de uiteindelijke dataset een totaal aantal van 260 observaties. Daarnaast worden de verschillende antwoordopties van de categorische controlevariabelen herleid tot dummy-variabelen. De dummy-variabelen van elke categorie zullen onder andere gebruikt worden voor de beschrijvende analyses en als controlevariabelen opgenomen worden in de regressieanalyses. In de regressieanalyses zal telkens één categorie per controlevariabele weggelaten worden om perfecte collineariteit te vermijden. Een opsomming van alle variabelen uit de dataset met een bijbehorende definitie is terug te vinden in Bijlage II.

2. Resultaten

2.1. Inleiding

Aangezien uit bestaande literatuur blijkt dat wantrouwen van een patiënt in een arts mogelijk een impact heeft op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van artsen en bijgevolg op het ontstaan van defensieve geneeskunde, wordt in het empirisch luik van deze masterstudie hierop ingezoomd. De empirische studie bestaat uit drie onderdelen. Allereerst worden beschrijvende analyses met betrekking tot de steekproef gerapporteerd en wordt nagegaan of respondenten uit de steekproef vergelijkbaar zijn. Ten tweede wordt de externe validiteit van de scenario's beoordeeld. Deze studie fungeert namelijk als een pilootstudie voor verder onderzoek. Tot slot worden gedetailleerde analyses uitgevoerd met betrekking tot het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts, handelingen die de arts zou kunnen uitvoeren en handelingen die de patiënt zou verkiezen. Op deze manier wordt getracht een antwoord te formuleren op de volgende twee onderzoeksvragen: 'Is er een causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts?' en 'Is er een causaal effect van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde?'

2.2. Beschrijvende statistieken en *balance checks*

De steekproef, bestaande uit 130 respondenten, wordt beschreven in Tabel 6. De respondenten uit de behandelingsgroep beoordeelden scenario's betreffende een wantrouwige patiënt. De respondenten uit de controlegroep beoordeelden dezelfde scenario's, maar dan met een niet-wantrouwige patiënt. De steekproef bestaat grotendeels uit vrouwelijke respondenten (84,62 procent). Mannelijke respondenten worden in een mindere mate vertegenwoordigd (15,38 procent). Er waren geen respondenten die een ander geslacht aanduidden. De jongste respondenten uit de steekproef zijn 16 jaar, de oudste respondenten 78 jaar. Daarnaast wonen de meeste respondenten in Limburg (89,23 procent) en hebben de meeste respondenten een middelbareschooldiploma of vergelijkbaar (43,08 procent). Drie op vier respondenten kwamen nog niet in aanraking met een medisch incident (76,15 procent) en vier op vijf respondenten hebben nog geen verdere stappen ondernomen tegen een zorgverlener of een ziekenhuis (80,77 procent). Slechts enkele respondenten werden de afgelopen vijf jaar meer dan drie keer als patiënt opgenomen in een ziekenhuis (12,31 procent). De gemiddelde algemene gezondheidstoestand van de respondenten uit de steekproef bedraagt 78,85 met een minimum van 0 en een maximum van 100. De aandelen van respondenten die ooit een job met een juridische functie of een job in de zorgsector beoefenden, bedragen respectievelijk 3,08 procent en 31,54 procent.

Verder toont Tabel 6 de resultaten van t-testen om de vergelijkbaarheid tussen de behandelings- en de controlegroep te beoordelen. Slechts voor twee karakteristieken bestaat een significant verschil op een significantieniveau van vijf procent: Limburg en Vlaams-Brabant. Wat betreft alle overige karakteristieken kan er geconcludeerd worden dat de randomisatie geslaagd is, aangezien er geen systematische verschillen zijn tussen behandelings- en controle-eenheden op een significantieniveau van vijf procent. Op twee karakteristieken na zijn de behandelingsgroep en de controlegroep dus vergelijkbaar, wat garantie biedt voor het vinden van causale effecten.

Tabel 6: Beschrijvende statistieken & *balance check* volledige steekproef

Volledige steekproef n = 130	Behandelingsgroep n = 69	Controlegroep n = 61	Verskil
Geslacht			
Man	12 (17,39%)	8 (13,11%)	4 (4,28%)
Vrouw	57 (82,61%)	53 (86,89%)	4 (-4,28%)
Leeftijd			
Gemiddelde	37,38	38,67	-1,29
Minimum	17	16	
Maximum	78	68	
Provincie			
Limburg	65 (94,20%)	51 (83,61%)	14 (10,59%)*
Vlaams-Brabant	3 (4,35%)	9 (14,75%)	-6 (-10,40%)*
Antwerpen	1 (1,45%)	1 (1,64%)	0 (-0,19%)
Oost-Vlaanderen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
West-Vlaanderen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Opleiding			
Lager dan middelbareschooldiploma	4 (5,80%)	2 (3,28%)	2 (2,52%)
Middelbareschooldiploma of vergelijkbaar	30 (43,48%)	26 (42,62%)	4 (0,86%)
Professionele bachelor	22 (31,88%)	15 (24,59%)	7 (7,29%)
Academische bachelor	9 (13,04%)	10 (16,39%)	-1 (-3,35%)
Master	4 (5,80%)	7 (11,48%)	-3 (-5,68%)
Doctoraat	0 (0,00%)	1 (1,64%)	-1 (-1,64%)
Medisch incident			
Ja	17 (24,64%)	14 (22,95%)	3 (1,69%)
Nee	52 (75,36%)	47 (77,05%)	5 (-1,69%)
Verdere stappen			
Ja	14 (20,29%)	11 (18,03%)	3 (2,26%)
Nee	55 (79,71%)	50 (81,97%)	5 (-2,26%)
Afgelopen 5j opgenomen in ziekenhuis			
Niet	32 (46,38%)	26 (42,62%)	6 (3,76%)
1 – 2 keer	30 (43,48%)	26 (42,62%)	4 (0,86%)
3 – 5 keer	6 (8,70%)	5 (8,20%)	1 (0,50%)
6 – 8 keer	1 (1,45%)	3 (4,92%)	-2 (-3,47%)
9 – 12 keer	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Meer dan 12 keer	0 (0,00%)	1 (1,64%)	-1 (-1,64%)
Algemene gezondheidstoestand			
Gemiddelde	79,32	78,31	1,01
Minimum	20	0	
Maximum	100	100	
Juridische job			
Ja	1 (1,45%)	3 (4,92%)	-2 (-3,47%)
Nee	68 (98,55%)	58 (95,08%)	10 (3,47%)
Job in zorgsector			
Ja	22 (31,88%)	19 (31,15%)	3 (0,73%)
Nee	47 (68,12%)	42 (68,85%)	5 (-0,73%)

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

De beschrijvende analyses en de *balance check* werden eveneens apart uitgevoerd tussen de vragenlijsten met betrekking tot dezelfde scenario's. De respondenten die scenario's beoordeelden die inhoudelijk hetzelfde zijn, maar waarbij de patiënt ofwel wantrouwig (behandelingsgroep) ofwel niet-wantrouwig (controlegroep) is, worden in bijlage beschreven en vergeleken (Bijlage III).

2.3. Externe validiteit pilootstudie

Om de externe validiteit van de pilootstudie te staven, dient onder andere onderzocht te worden of respondenten de scenario's begrijpen. Dat kan nagegaan worden aan de hand van de open vragen die na het lezen van elk scenario gesteld werden. Inzake de mogelijke handelingen die worden voorgesteld betreffende de medische situatie van de patiënt worden in het algemeen bij elk scenario de juiste handelingen vooropgesteld door de respondenten, al bevatten de antwoorden van de respondenten niet steeds alle mogelijke handelingen die worden voorgesteld in het scenario. Uit de antwoorden van de respondenten op de vraag wat de mogelijke risico's en complicaties zijn, kan eveneens afgeleid worden dat de respondenten de scenario's over het algemeen goed begrijpen.

Daarnaast werden drie open vragen gesteld in verband met informatie die respondenten missen, bijkomende vragen die respondenten zouden willen stellen aan de arts en bijkomende suggesties of opmerkingen. Ongeveer de helft van de respondenten van de steekproef geeft aan dat er geen informatie ontbreekt in het scenario. De andere helft van de respondenten geeft aan dat er wel informatie ontbreekt. Deze informatie heeft voornamelijk betrekking op meer gedetailleerde beschrijvingen van de (voorgeschiedenis van de) medische situatie van de patiënt, de mogelijke handelingen en de mogelijke risico's of complicaties. Daarnaast zou ongeveer de helft van de respondenten bijkomende vragen willen stellen aan de arts omtrent de medische situatie. Deze vragen gaan hoofdzakelijk over meer specifieke informatie omtrent risico's en complicaties en wat er zal gebeuren indien deze zouden optreden. Zowel bij de bijkomende opmerkingen of suggesties aan het begin van de vragenlijst als aan het einde van de vragenlijst komen geen opvallende bemerkingen terug met betrekking tot de inhoud van de scenario's.

Daarnaast wordt er bij het beoordelen van de externe validiteit van de pilootstudie ook specifiek rekening gehouden met het inlevingsvermogen, de moeilijkheidsgraad en het realisme van de scenario's. Respondenten beoordeelden namelijk stellingen inzake deze drie aspecten op een zevenpunt Likert-schaal. Deze stellingen werden eerder aangehaald in de methodologie (Tabel 4), maar zijn ook terug te vinden in Bijlage I. Er werd een nieuwe variabele gegenereerd betreffende het gemiddelde van de zes stellingen inzake het inlevingsvermogen en de moeilijkheidsgraad. De vierde stelling (afdwalen van gedachten tijdens het lezen van het scenario) werd van richting veranderd: van volledig oneens naar volledig eens enzovoort. Op deze manier worden alle stellingen in dezelfde richting gescoord en geeft de nieuwe variabele een correct beeld inzake het inlevingsvermogen en de moeilijkheidsgraad weer. Daarnaast werd er op dezelfde manier een nieuwe variabele gecreëerd inzake het gemiddelde van de zeven stellingen betreffende het realisme van de scenario's.

Aan de hand van een t-test kan vervolgens nagegaan worden of de gemiddelden van deze nieuwe variabelen statistisch groter dan het schaalmiddelpunt (vier) zijn op een significantieniveau van vijf

procent. Wanneer het gemiddelde van deze variabelen groter is dan het schaalmiddelpunt, betekent dit namelijk dat respondenten zich goed kunnen inleven, dat de scenario's makkelijk te begrijpen zijn voor respondenten en dat de scenario's als realistisch worden ervaren door de respondenten. De t-testen tonen aan dat het gemiddelde van het inlevingsvermogen en de moeilijkheidsgraad (5,1609) en het gemiddelde van het realisme (5,6643) groter dan het schaalmiddelpunt zijn op een significantieniveau van vijf procent. De respondenten kunnen de scenario's over het algemeen dus makkelijk begrijpen, kunnen zich makkelijk inleven in de conversatie en ervaren de scenario's als realistisch. Voor de scenario's apart werden eveneens deze bevindingen bekomen (Bijlage IV). Er kan dus geconcludeerd worden dat alle scenario's positief scoren op het inlevingsvermogen, de moeilijkheidsgraad en het realisme op een significantieniveau van vijf procent.

2.4. Interne validiteit pilootstudie

2.4.1. Algemene perceptie

Allereerst beoordeelden respondenten zestien stellingen betreffende hun algemene perceptie over onder andere de houding van de arts en de patiënt op een zevenpunt Likert-schaal. Deze stellingen werden eerder in de methodologie aangehaald (Tabel 4), maar zijn eveneens terug te vinden in Bijlage I. Onderstaande tabel (Tabel 7) representeert zowel het gemiddelde per stelling voor de behandelings- en de controlegroep als het verschil tussen de gemiddelden van beide groepen. De analyses worden dus weergegeven voor zowel de scenario's met de wantrouwige patiënt (behandelingsgroep) als de scenario's met de niet-wantrouwige patiënt (controlegroep).

De percepties over de situatie en de arts zijn voor beide groepen respondenten gelijkaardig. De situatie waarin de patiënt verkeert is volgens de respondenten niet ernstig en de arts wordt in het algemeen positief geëvalueerd door alle respondenten van de steekproef. Voor één stelling met betrekking tot de arts is er een significant verschil tussen de antwoorden van behandelings- en controle-eenheden op een significantieniveau van vijf procent: de arts uit de scenario's met een niet-wantrouwige patiënt blijkt volgens de respondenten meer vertrouwen te scheppen dan de arts uit de scenario's met een wantrouwige patiënt.

Voor de patiënt, waarop de manipulaties betreffende het wantrouwen gebaseerd zijn, zijn er eveneens significante verschillen op te merken op een significantieniveau van vijf procent. In de scenario's met een wantrouwige patiënt wordt de patiënt als wantrouwer, kritischer, bezorgder, angstiger, minder vriendelijk, minder beleefd en minder rustig ervaren door de respondenten. Daarnaast vinden de respondenten dat de patiënten uit de wantrouwige scenario's een grotere voorkennis hebben omtrent de risico's en de complicaties van de medische situatie. De patiënt wordt echter zowel in de scenario's met een wantrouwige patiënt als in de scenario's met een niet-wantrouwige patiënt voldoende geïnformeerd door de arts volgens de respondenten.

Een opsplitsing per stelling per scenario wordt gerapporteerd in Bijlage V. De algemene percepties per scenario zijn over het algemeen vrij gelijkaardig aan de gehele beoordeling uit Tabel 7. Er kan dus geconcludeerd worden dat de manipulaties in de scenario's door de respondenten worden gepercipieerd zoals vooropgesteld werd.

Tabel 7: Gemiddelden algemene perceptie volledige steekproef

Stelling	Behandelingsgroep	Controlegroep	Verskil
Situatie: ernstig	3,3913	3,2623	0,1290
Arts: op hoogte van risico's en complicaties	5,7609	5,6311	0,1298
Arts: ervaren	5,5362	5,5738	-0,0376
Arts: bekwaam	5,4203	5,5328	-0,1125
Arts: schept vertrouwen	5,0145	5,4508	-0,4363*
Arts: neemt tijd voor patiënt	5,2246	5,3525	-0,1279
Patiënt: vertrouwen in vaardigheden arts	3,8623	5,5164	-1,6541*
Patiënt: voorkennis van risico's en complicaties	4,8986	4,4836	0,4150*
Patiënt: voldoende geïnformeerd door arts	4,8551	5,1639	-0,3088
Patiënt: wantrouwig	4,6739	3,1066	1,5673*
Patiënt: kritisch	4,9203	3,6967	1,2236*
Patiënt: bezorgd	5,7899	5,4508	0,3391*
Patiënt: angstig	5,1159	4,0574	1,0585*
Patiënt: vriendelijk	5,1304	5,7951	-0,6647*
Patiënt: beleefd	5,2391	5,8115	-0,5724*
Patiënt: rustig	3,8406	4,9098	-1,0692*

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

2.4.2. *Trust in Physician*

Na de analyse van de stellingen inzake de algemene perceptie werd dieper ingezoomd op het onderwerp van de empirische studie: wantrouwen van de patiënt in de arts. Aan de hand van de *Trust in Physician scale* werd de perceptie van respondenten betreffende het vertrouwen van de patiënt in de arts bevestigd. Nadat alle stellingen in dezelfde richting gescoord werden, werden deze herleid tot een gemiddeld getal tussen één en zeven voor elke respondent (*TIP*). Vervolgens werd deze nieuwe variabele gebruikt als afhankelijke variabele in Regressievergelijking 1. De onafhankelijke variabele, de behandelingsvariabele (*behandeling*), is hierbij een dummy-variabele met waarde nul indien de respondent een scenario beoordeelde met een niet-wantrouwige patiënt en waarde één indien de respondent een scenario beoordeelde met een wantrouwige patiënt.

$$\text{Regressievergelijking 1: } TIP_i = \alpha + \beta \text{behandeling}_i (+X_i) + \varepsilon_i$$

Zowel voor de analyses zonder controlevariabelen als met controlevariabelen (*X*) is de coëfficiënt (β) van de behandelingsvariabele negatief en statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent (Tabel 8). Beide analyses tonen aan dat het vertrouwen in de arts gemiddeld met iets meer dan één op een zevenpunt Likert-schaal lager wordt ingeschat bij een wantrouwige patiënt dan bij een niet-wantrouwige patiënt op een significantieniveau van vijf procent, alle andere factoren constant gehouden (*ceteris paribus*).

Daarnaast hebben twee controlevariabelen een significante invloed op de beoordeling van het vertrouwen dat de patiënt in de arts heeft op een significantieniveau van vijf procent. Respondenten die de afgelopen vijf jaar meer dan twaalf keer opgenomen werden in een ziekenhuis, zullen het vertrouwen dat de patiënt in de arts heeft hoger inschatten, *ceteris paribus*. Verder geldt dat wanneer

de algemene gezondheidstoestand van de respondent toeneemt met één op een schaal van één tot honderd het vertrouwen van de patiënt in de arts gemiddeld met 0,01 op een zevenpunt Likert-schaal zal toenemen, *ceteris paribus*.

De regressiemodellen werden eveneens geschat voor de scenario's apart (Bijlage VI). Aangezien de coëfficiënt van de behandeling (β) steeds negatief en significant is op een significantieniveau van vijf procent, liggen deze resultaten in lijn met de algemene bevinding inzake het vertrouwen van de patiënt in de arts. Er kan dus aangenomen worden dat de manipulaties in de scenario's (al dan niet een wantrouwige patiënt) over het algemeen correct worden gepercipieerd door de respondenten van het onderzoek.

Tabel 8: Regressiemodel TIP volledige steekproef

Onafhankelijke variabelen	TIP	TIP
Behandeling	-1,1036*	-1,0449*
	(0,1111)	(0,1133)
Geslacht		0,0916 (0,1689)
Leeftijd		0,0049 (0,0039)
Limburg		-0,2065 (0,4480)
Vlaams-Brabant		0,0800 (0,4489)
Lager		-0,2624 (0,4892)
Middelbaar		-0,4865 (0,4444)
Professionele bachelor		-0,5207 (0,4779)
Academische bachelor		-0,4990 (0,4782)
Master		-0,3569 (0,5195)
Medisch incident		0,0462 (0,1498)
Verdere stappen		-0,1305 (0,1806)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,2729 (0,4703)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,2960 (0,4616)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		0,0429 (0,4670)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		1,6110* (0,6327)
Algemene gezondheidstoestand		0,0100* (0,0040)
Juridische job		0,2070 (0,3457)
Job in zorgsector		0,1459 (0,1256)

Scenario 1	-0,0586 (0,1637)	
Scenario 2	0,6197* (0,1507)	
Scenario 3	0,5181* (0,1428)	
Constante	5,1906* (0,0759)	4,2480* (0,5971)
R ²	0,2737	0,4093
n	260	260
Controlevariabelen	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

2.4.3. Gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico

Om een antwoord te formuleren op de eerste onderzoeksvraag werd geanalyseerd of wantrouwen bij een patiënt een causaal effect heeft op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Dat werd geanalyseerd met behulp van de afhankelijke variabele *aansprakelijkheidsrisico* en de onafhankelijke variabele *behandeling* (Regressievergelijking 2). Respondenten beoordeelden op een zevenpunt Likert-schaal de waarschijnlijkheid dat de patiënt verdere stappen zou ondernemen tegen de arts in het geval van risico's of complicaties. Respondenten maakten dus een inschatting van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts.

Regressievergelijking 2: $aansprakelijkheidsrisico_i = \alpha + \beta behandeling_i (+X_i) + \varepsilon_i$

De bevindingen van Regressievergelijking 2 (Tabel 9) tonen aan dat wanneer het gaat over een wantrouwige patiënt, het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico met bijna één op een zevenpunt Likert-schaal toeneemt, *ceteris paribus*. De coëfficiënten van zowel het regressiemodel zonder als met controlevariabelen zijn statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Drie controlevariabelen hebben een significante invloed op de inschatting van het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts op een significantieniveau van vijf procent. Hoe ouder de respondent, hoe lager de inschatting van het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts. Wanneer de respondent een professionele bachelor heeft, zal het aansprakelijkheidsrisico hoger ingeschat worden. Indien de respondent de afgelopen vijf jaar meer dan twaalf keer opgenomen werd als patiënt in het ziekenhuis, zal het aansprakelijkheidsrisico lager ingeschat worden.

Vervolgens werden analyses uitgevoerd met behulp van dezelfde afhankelijke variabele (*aansprakelijkheidsrisico*), maar met de onafhankelijke variabele *TIP* (Regressievergelijking 3). De bevindingen uit deze analyses liggen in lijn met de bevindingen uit bovenstaande analyses, waarbij als onafhankelijke variabele de behandelingsvariabele (*behandeling*) gebruikt werd. Dat bevestigt opnieuw het verband tussen enerzijds wantrouwen bij de patiënt en anderzijds het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts. De regressiemodellen uit Tabel 9 tonen namelijk aan dat wanneer de respondent het vertrouwen van de patiënt in de arts met één op een zevenpunt Likert-schaal hoger inschat, het aansprakelijkheidsrisico met bijna één op een zevenpunt Likert-schaal lager wordt ingeschat, *ceteris paribus*. De coëfficiënt is zowel zonder als met controlevariabelen statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Opnieuw heeft

de leeftijd van de respondent een significante invloed op de inschatting van het medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts op een significantieniveau van vijf procent. Daarnaast speelt het feit of de respondent reeds in aanraking kwam met een medisch incident ook een rol in de beoordeling van het medisch aansprakelijkheidsrisico. Dat risico wordt namelijk met ongeveer 0,5 op een zevenpunt Likert-schaal hoger ingeschat indien de respondent reeds slachtoffer was van een medisch incident.

Regressievergelijking 3: $\text{aansprakelijkheidsrisico}_i = \alpha + \beta \text{TIP}_i (+X_i) + \varepsilon_i$

Wanneer de analyses uitgevoerd worden per scenario (Bijlage VII), is de coëfficiënt van *behandeling* steeds positief. De coëfficiënt van *TIP* is steeds negatief. De meeste coëfficiënten zijn daarbovenop statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Er bestaat dus een causaal effect van wantrouwen bij de patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Indien de patiënt wantrouwig is, wordt het medisch aansprakelijkheidsrisico namelijk hoger gepercipieerd door de respondenten van het onderzoek. Dat ligt in lijn met de studies van He (2014) en Qiao et al. (2019), waarin aangetoond wordt dat artsen bij wantrouwige patiënten eerder geneigd zijn om defensieve geneeskunde te beoefenen ten gevolge van een hoger medisch aansprakelijkheidsrisico.

Tabel 9: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico volledige steekproef

Onafhankelijke variabelen	Risico	Risico	Risico	Risico
Behandeling	0,9178*	0,7469*		
	(0,1945)	(0,2040)		
TIP			-0,7614*	-0,6862*
			(0,0882)	(0,0978)
Geslacht		0,0087		0,0741
		(0,3183)		(0,2939)
Leeftijd		-0,0225*		-0,0192*
		(0,0066)		(0,0061)
Limburg		-0,4231		-0,5680
		(0,5274)		(0,4593)
Vlaams-Brabant		-0,7337		-0,6923
		(0,6124)		(0,5382)
Lager		1,3906		1,2256
		(1,0746)		(0,9535)
Middelbaar		1,2722		0,9485
		(0,9374)		(0,8059)
Professionele bachelor		1,9564*		1,6123
		(0,9637)		(0,8261)
Academische bachelor		1,5838		1,2505
		(0,9459)		(0,8057)
Master		1,9004		1,6599
		(0,9980)		(0,8973)
Medisch incident		0,4835		0,5170*
		(0,2521)		(0,2394)
Verdere stappen		-0,0372		-0,1232
		(0,2584)		(0,2433)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,2266		0,4187
		(0,7552)		(0,5604)

Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer	0,6218 (0,7480)	0,8294 (0,5506)		
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer	0,5588 (0,7911)	0,5924 (0,6080)		
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer	-1,7007* (0,8282)	-0,6108 (0,5977)		
Algemene gezondheidstoestand	-0,0076 (0,0064)	-0,0007 (0,0063)		
Juridische job	-0,4310 (0,5506)	-0,2982 (0,4371)		
Job in zorgsector	-0,1491 (0,2131)	-0,0493 (0,2082)		
Scenario 1	-0,3886 (0,2596)	-0,4328 (0,2234)		
Scenario 2	-0,8004* (0,2731)	-0,3790 (0,2557)		
Scenario 3	-0,8065* (0,2647)	-0,4509 (0,2595)		
Constante	3,9590* (0,1451)	4,4341* (1,0889)	7,9521* (0,3868)	7,3533* (1,1422)
R ²	0,0799	0,2486	0,2449	0,3625
n	260	260	260	260
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

2.4.4. Defensieve geneeskunde

2.4.4.1. *Handeling arts: defensief of niet-defensief*

Om ook een antwoord te bieden op de tweede onderzoeksvraag, werden regressiemodellen geschat betreffende de handeling die de arts volgens de respondent zal uitvoeren (Tabel 11). Aan respondenten werd gevraagd een inschatting te maken van welke handeling de arts in het scenario zou uitvoeren. Hierbij werden verschillende behandelingsmogelijkheden vooropgesteld als antwoordopties (Tabel 10). Er werd een dummy-variabele gegenereerd (*handeling_arts*) met waarde nul indien de arts een niet-defensieve handeling zou uitvoeren volgens de respondent en waarde één indien de arts een defensieve handeling zou uitvoeren volgens de respondent. Het bepalen van de waarden van deze dummy-variabele werd gebaseerd op studies van Asher et al. (2013), Dubay et al. (1999) en Frakes (2012).

Tabel 10: Behandelingsmogelijkheden per scenario

Scenario	Behandelingsmogelijkheden	(Niet-)defensief
Repetitieve sectio	Keizersnede	Defensief
	Vaginale bevalling	Niet-defensief
In-vitrofertilisatie	Keizersnede	Defensief
	Natuurlijke bevalling afwachten	Niet-defensief
	Bevalling inleiden	Defensief
Zwangerschapsdiabetes	Keizersnede	Defensief
	Natuurlijke bevalling afwachten	Niet-defensief
	Bevalling inleiden	Defensief
Onduidelijke echografie	Volgende echo afwachten	Niet-defensief
	Nieuwe echo vroegtijdig inplannen	Defensief
	Doorverwijzen naar gespecialiseerd centrum (uitvoerige echo)	Defensief

Om na te gaan of er een causaal effect bestaat van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde, werd Regressievergelijking 4 geschat. Hierbij is *handeling_arts* de afhankelijke variabele en *aansprakelijkheidsrisico* de onafhankelijke variabele.

$$\text{Regressievergelijking 4: } \textit{handeling_arts}_i = \alpha + \beta \textit{aansprakelijkheidsrisico}_i (+X_i) + \varepsilon_i$$

De bevindingen uit Tabel 11 tonen aan dat de coëfficiënt van het medisch aansprakelijkheidsrisico (β) steeds positief is. Deze coëfficiënt is echter niet statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Eén controlevariabele heeft een significante invloed op de beoordeling van de handeling die de arts zal uitvoeren: indien de respondent reeds een medisch incident heeft meegemaakt, zal deze inschatten dat de arts een minder defensieve handeling zal uitvoeren, *ceteris paribus*. Het effect van wantrouwen bij de patiënt op de handeling die de arts zal stellen, kan daarnaast ook rechtstreeks geschat worden. De afhankelijke variabele is hierbij *handeling_arts*. De behandelingsvariabele (*behandeling*) kan dan als onafhankelijke variabele opgenomen worden in de regressievergelijking (Regressievergelijking 5). Op deze manier kan nagegaan worden of respondenten uit de behandelings- en de controlegroep een andere inschatting maken van de handeling die de arts in het scenario zou uitvoeren.

$$\text{Regressievergelijking 5: } \textit{handeling_arts}_i = \alpha + \beta \textit{behandeling}_i (+X_i) + \varepsilon_i$$

De bevindingen die volgen uit Regressievergelijking 5 tonen aan dat wanneer de respondent een scenario beoordeelde met een wantrouwige patiënt de handeling die de arts zou uitvoeren ook defensiever wordt ingeschat door de respondent, *ceteris paribus*. De coëfficiënten van *handeling_arts* zijn opnieuw niet statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Daarnaast heeft de controlevariabele die aangeeft of de respondent reeds een medisch incident meemaakte opnieuw een significant effect op de inschatting van de handeling die de arts zou uitvoeren. Het feit of de respondent reeds een medisch incident meemaakte, zorgt er namelijk voor dat de respondent inschat dat de arts een minder defensieve handeling zal uitvoeren, *ceteris paribus*.

Daarnaast werd een regressiemodel geschat met als afhankelijke variabele de handeling die de arts volgens de respondent zal uitvoeren (*handeling_arts*) en als onafhankelijke variabele *TIP*

(Regressievergelijking 6). Wanneer een respondent het vertrouwen van de patiënt in de arts hoger inschat, zal deze de handeling die de arts zou uitvoeren minder defensief inschatten, *ceteris paribus*. De coëfficiënten van *TIP* zijn zowel zonder controlevariabelen als met controlevariabelen statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Er is één statistisch significante controlevariabele die de beoordeling van de respondent beïnvloedt: respondenten die reeds slachtoffer waren van een medisch incident schatten de handeling die de arts zal uitvoeren namelijk minder defensief in, *ceteris paribus*.

$$\text{Regressievergelijking 6: } \textit{handeling_arts}_i = \alpha + \beta \textit{TIP}_i (+X_i) + \varepsilon_i$$

Hoewel uit Regressievergelijking 1 blijkt dat *TIP* en *behandeling* significant gerelateerd zijn aan elkaar, is de coëfficiënt van Regressievergelijking 6 statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent en de coëfficiënt van Regressievergelijking 5 niet. Bij een scenario met een wantrouwige patiënt wordt het vertrouwen in de arts significant lager geschat (Regressievergelijking 1). Ook de handeling van de arts uit deze scenario's wordt defensiever ingeschat, maar deze inschatting is statistisch niet significant (Regressievergelijking 5). Er is wel een statistisch significant verband tussen het vertrouwen in de arts (*TIP*) en de handeling die de arts zal uitvoeren volgens de respondenten (Regressievergelijking 6). De handeling die de arts zal uitvoeren wordt volgens de respondenten namelijk minder defensief ingeschat indien het vertrouwen in de arts (*TIP*) hoger is.

De resultaten van de analyses per scenario worden gerapporteerd in Bijlage VIII. De richtingen van de coëfficiënten van *behandeling* en *TIP* liggen steeds in lijn met de richtingen van de coëfficiënten van de analyses voor de volledige steekproef (Tabel 11). De coëfficiënten van *behandeling* zijn namelijk steeds positief. De coëfficiënten van *TIP* zijn steeds negatief. Met andere woorden houdt dit in dat wanneer de patiënt wantrouwig is, de respondenten inschatten dat de arts een defensieve handeling zal uitvoeren. De coëfficiënten zijn echter niet steeds statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Enkel voor het scenario betreffende zwangerschapsdiabetes en een onduidelijke echografie zijn significante coëfficiënten waar te nemen. Over het algemeen kan er dus geconcludeerd worden dat er in deze studie niet steeds een causaal effect bestaat van wantrouwen bij een patiënt op de handeling die de arts volgens de respondenten zou uitvoeren.

De coëfficiënt van *aansprakelijkheidsrisico* is enkel voor het scenario inzake een repetitieve sectio statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Indien de respondent het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts hoger inschat, wordt geacht dat de handeling die de arts zal uitvoeren defensiever is. In verband met de tweede onderzoeksvraag kan dus gesteld worden dat er op basis van de bevindingen van het onderzoek niet steeds een statistisch significant verband aanwezig is tussen het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en het ontstaan van defensieve geneeskunde op een significantieniveau van vijf procent.

De definitie van defensieve geneeskunde, die vrijwel in alle onderzoeken binnen dat onderzoeksdomein terugkomt, stelt echter dat defensieve geneeskunde ontstaat vanuit het bestaan van een medisch aansprakelijkheidsrisico (Office of Technology Assessment, 1994). Meer specifiek wordt gesteld dat de perceptie van het medisch aansprakelijkheidssysteem effectief de aanleiding geeft tot het stellen van defensieve handelingen (Kessler & McClellan, 2002; Vandersteegen et al.,

2017). Daarnaast zorgt wantrouwen bij de patiënt dat artsen meer geneigd zijn om defensief gedrag te stellen (He, 2014; Qiao et al., 2019). Uit de antwoorden van de respondenten kan afgeleid worden dat er een verband bestaat tussen enerzijds het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico en anderzijds defensieve geneeskunde, al is dat verband niet steeds aanwezig. Daarnaast zou defensieve geneeskunde eerder plaatsvinden bij wantrouwige patiënten volgens de respondenten van het onderzoek. Er dient wel opgemerkt te worden dat deze respondenten niet specifiek artsen of andere zorgverleners zijn, het zijn immers willekeurige mensen. Een onderzoek bij gynaecologen bijvoorbeeld zou mogelijks andere onderzoeksresultaten opleveren.

Tabel 11: Regressiemodel handeling arts volledige steekproef

Onafhankelijke variabelen	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts
Aansprakelijkheidsrisico	0,0030 (0,0140)	0,0218 (0,0153)				
Behandeling			0,0660 (0,0508)	0,0850 (0,0512)		
TIP					-0,0585* (0,0245)	-0,0698* (0,0258)
Geslacht		-0,1130 (0,0654)		-0,1184 (0,0653)		-0,1110 (0,0628)
Leeftijd		0,0027 (0,0022)		0,0023 (0,0021)		0,0027 (0,0021)
Limburg		-0,2133 (0,3099)		-0,2154 (0,3142)		-0,2311 (0,3123)
Vlaams-Brabant		-0,2976 (0,3167)		-0,2828 (0,3219)		-0,2826 (0,3198)
Lager		0,2635 (0,2476)		0,2591 (0,2557)		0,2468 (0,2436)
Middelbaar		0,3384 (0,2118)		0,3427 (0,2214)		0,3128 (0,2091)
Professionele bachelor		0,1821 (0,2193)		0,1943 (0,2304)		0,1632 (0,2180)
Academische bachelor		0,0998 (0,2201)		0,1133 (0,2310)		0,0821 (0,2150)
Master		0,1367 (0,2329)		0,1679 (0,2393)		0,1448 (0,2281)
Medisch incident		-0,1699* (0,0650)		-0,1633* (0,0645)		-0,1594* (0,0651)
Verdere stappen		0,0376 (0,0722)		0,0286 (0,0729)		0,0209 (0,0715)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-0,2037 (0,2239)		-0,2099 (0,2310)		-0,1889 (0,2214)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,1846 (0,2212)		-0,1814 (0,2275)		-0,1590 (0,2185)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		-0,1729 (0,2328)		-0,1703 (0,2372)		-0,1656 (0,2286)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		0,2504 (0,4549)		0,2491 (0,4559)		0,3554 (0,4694)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0025 (0,0019)		-0,0027 (0,0019)		-0,0020 (0,0020)

Juridische job		-0,0533 (0,1337)		-0,0414 (0,1374)		-0,0306 (0,1339)
Job in zorgsector		-0,0903 (0,0590)		-0,0931 (0,0587)		-0,0830 (0,0583)
Scenario 1		0,1045 (0,0739)		0,1049 (0,0720)		0,0993 (0,0724)
Scenario 2		0,0987 (0,0741)		0,0902 (0,0731)		0,1319 (0,0746)
Scenario 3		0,0660 (0,0709)		0,0484 (0,0682)		0,0846 (0,0692)
Constante	0,2023* (0,0668)	0,3853 (0,4105)	0,1803* (0,0349)	0,4725 (0,4040)	0,4849* (0,1208)	0,7709 (0,4160)
R ²	0,0001	0,1142	0,0064	0,1177	0,0225	0,1342
n	260	260	260	260	260	260
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

2.4.4.2. Handeling patiënt: defensief of niet-defensief

Naast de analyses betreffende de handeling die de arts zou uitvoeren, werden bijkomende regressiemodellen geschat op basis van de behandeling die de patiënt zou verkiezen volgens de respondent (Tabel 12). Opnieuw werd een dummy-variabele gecreëerd (*handeling_patiënt*) op basis van de mogelijke handelingen uit Tabel 10 (Asher et al., 2013; Dubay et al., 1999; Frakes, 2012). Dat is de afhankelijke variabele in Regressievergelijking 7. De behandelingsvariabele (*behandeling*) kan vervolgens opnieuw gebruikt worden als onafhankelijke variabele. De bevindingen van Regressievergelijking 7 tonen aan dat wanneer respondenten een scenario lazen met een wantrouwige patiënt, ze inschatten dat de patiënt een defensievere handeling zou verkiezen, *ceteris paribus*. Deze coëfficiënten zijn, in vergelijking met de coëfficiënten van *handeling_arts*, wel statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Daarnaast zijn er geen significante controlevariabelen die de keuze van de respondenten zouden kunnen beïnvloeden.

$$\text{Regressievergelijking 7: } \textit{handeling_patiënt}_i = \alpha + \beta \textit{behandeling}_i (+X_i) + \varepsilon_i$$

Aan de hand van Regressievergelijking 8 wordt het verband tussen de handeling die de patiënt volgens de respondent zou verkiezen (afhankelijke variabele) en *TIP* (onafhankelijke variabele) geschat. Wanneer een respondent het vertrouwen van de patiënt in de arts hoger inschat, zal de respondent de handeling die de patiënt zou verkiezen minder defensief inschatten, *ceteris paribus*. De coëfficiënten van *TIP* zijn zowel zonder controlevariabelen als met controlevariabelen statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Er zijn geen statistisch significante controlevariabelen die de beoordeling van de respondent beïnvloeden.

$$\text{Regressievergelijking 8: } \textit{handeling_patiënt}_i = \alpha + \beta \textit{TIP}_i (+X_i) + \varepsilon_i$$

Opnieuw liggen de richtingen van de coëfficiënten van de analyses per scenario in dezelfde lijn als de richtingen van de coëfficiënten voor de analyses van de volledige steekproef (Tabel 12). De coëfficiënten van *behandeling* zijn dus steeds positief en de coëfficiënten van *TIP* steeds negatief. Dat wil zeggen dat wanneer de patiënt wantrouwig is, de respondenten inschatten dat de patiënt een defensieve handeling zou verkiezen. De coëfficiënten voor de volledige steekproef zijn statistisch

significant op een significantieniveau van vijf procent. De coëfficiënten uit de aparte analyses (Bijlage IX) zijn echter niet steeds statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Over het algemeen kan er dus wel besloten worden dat er een causaal effect bestaat van wantrouwen bij een patiënt op de handeling die deze patiënt volgens de respondenten zou verkiezen.

Wanneer deze bevindingen (Regressievergelijking 7 en 8) vergeleken worden met de bevindingen inzake de handeling die de arts zou uitvoeren volgens de respondenten (Regressievergelijking 5 en 6), kan geconcludeerd worden dat niet alleen artsen mogelijks een defensieve handeling zouden uitvoeren bij wantrouwige patiënten, maar dat ook wantrouwige patiënten effectief een defensievere handeling verkiezen.

Tabel 12: Regressiemodel handeling patiënt volledige steekproef

Onafhankelijke variabelen	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt
Behandeling	0,2254*	0,2210*		
	(0,0607)	(0,0612)		
TIP			-0,1958*	-0,1571*
			(0,0265)	(0,0300)
Geslacht		-0,0424		-0,0233
		(0,0809)		(0,0770)
Leeftijd		0,0007		0,0014
		(0,0022)		(0,0022)
Limburg		0,0064		-0,0319
		(0,1991)		(0,2357)
Vlaams-Brabant		0,0237		0,0107
		(0,2158)		(0,2449)
Lager		-0,4762		-0,4887
		(0,3502)		(0,3378)
Middelbaar		-0,3261		-0,3830
		(0,3263)		(0,3182)
Professionele bachelor		-0,3564		-0,4130
		(0,3368)		(0,3251)
Academische bachelor		-0,3182		-0,3791
		(0,3326)		(0,3187)
Master		-0,4463		-0,4938
		(0,3462)		(0,3360)
Medisch incident		-0,0268		-0,0162
		(0,0794)		(0,0831)
Verdere stappen		0,0449		0,0312
		(0,0833)		(0,0747)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,1078		0,1599
		(0,1981)		(0,1811)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,1131		0,1682
		(0,1872)		(0,1725)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		0,0845		0,0992
		(0,2020)		(0,1875)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		0,0459		0,2693
		(0,2686)		(0,2922)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0023		-0,0007
		(0,0021)		(0,0020)

Juridische job		0,0055 (0,1456)		0,0204 (0,1350)
Job in zorgsector		-0,0789 (0,0649)		-0,0564 (0,0640)
Scenario 1		-0,2248* (0,0845)		-0,2414* (0,0805)
Scenario 2		-0,4896* (0,0831)		-0,3996* (0,0868)
Scenario 3		-0,5323* (0,0750)		-0,4509* (0,0801)
Constante	0,3689* (0,0439)	1,1064* (0,4289)	1,3903* (0,1214)	1,7813* (0,4530)
R ²	0,0506	0,2529	0,1701	0,2983
n	260	260	260	260
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

2.5. Conclusie

Op basis van de *balance checks* kan over het algemeen geconcludeerd worden dat de toewijzing van respondenten aan de behandelings- en de controlegroep willekeurig plaatsvond. Aangezien de vragenlijst willekeurig verspreid werd via sociale media, kan eveneens aangenomen worden dat de resultaten generaliseerbaar zijn. Inzake de externe validiteit van deze pilootstudie kan besloten worden dat de scenario's positief scoren op het inlevingsvermogen, de moeilijkheidsgraad en het realisme op een significantieniveau van vijf procent. Daarnaast percipiëren respondenten het vertrouwen van de patiënt in de arts lager wanneer ze een scenario met een wantrouwige patiënt beoordeelden. Er kan dus gesteld worden dat de manipulaties in de scenario's correct gepercipieerd worden door de respondenten uit de steekproef.

Deze empirische studie combineert verscheidene aspecten van medische aansprakelijkheid. Om een antwoord te bieden op de eerste onderzoeksvraag werden analyses uitgevoerd betreffende wantrouwen bij de patiënt en het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van de arts. De resultaten van het empirisch onderzoek tonen aan dat er op een significantieniveau van vijf procent een causaal effect bestaat van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Indien de patiënt wantrouwig is, wordt het medisch aansprakelijkheidsrisico namelijk hoger gepercipieerd door de respondenten van het onderzoek.

In verband met de tweede onderzoeksvraag werden analyses uitgevoerd inzake de handeling die de arts volgens de respondenten zou uitvoeren, om zo het ontstaan van defensieve geneeskunde in kaart te brengen. Er kan gesteld worden dat er op basis van de bevindingen van het onderzoek niet steeds een statistisch significant verband aanwezig is tussen het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en het ontstaan van defensieve geneeskunde. Slechts voor één scenario (repetitieve sectio) is het verband statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent. Indien de respondent het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico hoger inschat, wordt de handeling van de arts defensiever ingeschat.

Het effect van wantrouwen op de handeling die de arts volgens de respondenten zou stellen, werd eveneens rechtstreeks geschat. De onderzoeksresultaten van deze analyses tonen aan dat er een causaal effect bestaat van wantrouwen bij de patiënt op de handeling die de arts zal uitvoeren. Indien de patiënt wantrouwig is, zal de arts namelijk een defensievere handeling uitvoeren volgens de respondenten van het onderzoek. Bovendien werden analyses uitgevoerd betreffende de handeling die de patiënt zou verkiezen volgens de respondenten. Er bestaat een causaal verband tussen wantrouwen bij de patiënt en de behandeling die de patiënt zou verkiezen volgens de respondenten. De respondenten van het onderzoek verwachten namelijk dat wantrouwige patiënten een defensievere handeling zouden verkiezen.

E. Conclusie

Uit het literatuuronderzoek volgt dat het medisch aansprakelijkheidssysteem de aanleiding vormt tot defensieve geneeskunde. Een aansprakelijkheidsclaim kan reputatieschade en psychologische gevolgen met zich meebrengen. Artsen willen de schadelijke gevolgen van aansprakelijkheidsprocedures vermijden, wat hen mogelijk kan prikkelen tot het stellen van defensieve handelingen. Defensieve geneeskunde vindt enerzijds plaats wanneer artsen bijkomende testen of procedures uitvoeren (positieve defensieve geneeskunde of verzekeringsgedrag) en anderzijds wanneer artsen risicovolle patiënten of procedures vermijden (negatieve defensieve geneeskunde of vermijdingsgedrag) uit bezorgdheid voor een mogelijke aansprakelijkheidsclaim.

De mate waarin artsen defensief handelen, kan beïnvloed worden door diverse drijvers. Via *performance management* in de gezondheidszorg neemt de druk op zorgverleners om kwaliteitsvol te handelen toe, wat mogelijk de mate waarin ze defensieve handelingen stellen beïnvloedt. Daarnaast vindt defensieve geneeskunde voornamelijk plaats in risicovolle specialismen, zoals gynaecologie, chirurgie en spoedeisende geneeskunde. Het specialisme waarin de arts tewerkgesteld wordt kan bijgevolg ook aanzien worden als drijver van defensieve geneeskunde. Bovendien kunnen andere artskaracteristieken van invloed zijn op de mate waarin defensief gedrag gesteld wordt. De leeftijd, het geslacht en de mate van ervaring waarover de arts beschikt kunnen namelijk een rol spelen. De frequentie en de ernst van eerdere aansprakelijkheidsclaims waarmee een arts mogelijk te maken had, nemen onder andere ook een rol in. Defensieve geneeskunde kan bovendien meer plaatsvinden bij artsen die over informatie beschikken inzake aansprakelijkheidsclaims van collega's, bij risico-averse artsen, bij artsen met een medische aansprakelijkheidsverzekering en bij artsen met een gebrek aan vertrouwen in de verzekeringsdekking.

Naast bovenstaande drijvers kunnen ook patiëntkarakteristieken van invloed zijn op de mate waarin defensieve geneeskunde beoefend wordt. Aangezien onderzoeken omtrent het verband tussen defensieve geneeskunde en patiëntkarakteristieken beperkt aanwezig zijn, kunnen ook relevante kennis en inzichten verkregen worden uit onderzoeken betreffende de patiëntkarakteristieken die een drijver zijn van het medisch aansprakelijkheidsrisico. Zowel demografische patiëntkarakteristieken, socio-economische patiëntkarakteristieken, de algemene gezondheidstoestand van de patiënt als de eerdere ervaring van de patiënt met een bepaalde behandeling kunnen een impact hebben op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Ook het wantrouwen van de patiënt in de arts kan beschouwd worden als een belangrijke drijver van het medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en bijgevolg ook van defensieve geneeskunde.

Aangezien het verband tussen enerzijds wantrouwen bij de patiënt en anderzijds medische aansprakelijkheid en defensieve geneeskunde tot op heden nog niet frequent onderzocht werd, werd in de empirische studie gefocust op de volgende twee onderzoeksvragen: 'Is er een causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts?' en 'Is er een causaal effect van het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico op defensieve geneeskunde?'. De resultaten van een *Randomized Controlled Trial*, die uitgevoerd werd bij 130 willekeurige respondenten, tonen aan dat er op basis van de beoordelingen van deze respondenten

een causaal effect aanwezig is van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts. Deze onderzoeksresultaten zijn vergelijkbaar met de bevindingen van He (2014) en Qiao et al. (2019). Deze onderzoekers stellen namelijk dat artsen bij wantrouwige patiënten eerder geneigd zijn om defensieve geneeskunde te beoefenen ten gevolge van een hoger medisch aansprakelijkheidsrisico. Het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico is bij wantrouwige patiënten dus hoger.

Daarnaast zou er op basis van de antwoorden van de respondenten eveneens een verband kunnen bestaan tussen het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico en defensieve geneeskunde. De handeling van de arts zou namelijk defensiever kunnen zijn wanneer het medisch aansprakelijkheidsrisico hoger gepercipieerd wordt. Defensieve geneeskunde ontstaat volgens de definitie van *The Office of Technology Assessment* (1994) vanuit het bestaan van een medisch aansprakelijkheidsrisico. Meer specifiek wordt gesteld dat het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico de aanleiding vormt tot defensieve geneeskunde (Kessler & McClellan, 2002; Vandersteegen et al., 2017). Slechts voor de analyses van één scenario (repetitieve sectio) wordt dat bevestigd en bestaat er een causaal effect tussen enerzijds het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico en anderzijds defensieve geneeskunde. Wanneer er gekeken wordt naar het rechtstreekse effect van wantrouwen bij de patiënt op de handeling die de arts zal uitvoeren of de handeling die de patiënt zou verkiezen volgens respondenten, kan in beide gevallen gesteld worden dat ingeval van een wantrouwige patiënt de arts en de patiënt een defensievere handeling verkiezen.

Gezien de bevindingen uit de literatuur en de resultaten van het empirisch onderzoek, kan gesteld worden dat zorgverleners gesensibiliseerd dienen te worden over de mogelijke impact van wantrouwen bij een patiënt. Op deze manier kunnen ze zich meer bewust worden van de positieve en negatieve effecten van defensieve geneeskunde op de kwaliteit van de gezondheidszorg enerzijds en op de kosten binnen de gezondheidszorg anderzijds. De onderzoeksresultaten van zowel deze masterproef als van bijkomende onderzoeken kunnen hiervoor zeker en vast een startpunt bieden.

De vragenlijst van deze *trial* werd opgesteld aan de hand van scenario's betreffende het risicovolle specialisme gynaecologie. Van elk scenario werden twee versies opgesteld: een versie waarbij de patiënt in de conversatie met de gynaecoloog wantrouwen toont en een versie waarin de patiënt doet blijken vertrouwen te hebben in de arts. Het al dan niet beoordelen van een scenario met een wantrouwige patiënt geeft dus aan of de respondent toegewezen wordt aan de behandelings- of de controlegroep. Per respondent werden steeds twee scenario's bevestigd. Er werden echter niet steeds voor elk scenario significante effecten van het wantrouwen bij de patiënt bekomen. Daarnaast werd er getracht om voor elke bevestiging minimaal dertig respondenten te bereiken. Voor één bevestiging konden omwille van de beperkte periode van het onderzoek slechts 25 respondenten bereikt worden. De tijdsrestrictie en de geringe steekproefgrootte zijn dan ook een beperking van dit onderzoek. De respondenten van het onderzoek werden willekeurig bereikt via sociale media. Dat zorgt voor een goede onderbouwing van de generaliseerbaarheid van de resultaten: het eerste onderdeel van de tweefasige randomisatiebenadering. Een grotere steekproef zou echter de veralgemeenbaarheid van de bevindingen van dit onderzoek vergroten.

Het tweede onderdeel van de tweefasige randomisatiebenadering, de vergelijkbaarheid tussen de behandelings- en de controlegroep, wordt onderbouwd door *balance checks*. Deze tonen aan dat, op twee karakteristieken na (Limburg en Vlaams-Brabant), de respondenten uit de behandelings- en de controlegroep vergelijkbaar zijn en dus geen systematische verschillen kennen op een significantieniveau van vijf procent. Er kan echter steeds een hogere vergelijkbaarheid bekomen worden. In dat geval zullen respondenten uit de steekproef voor alle karakteristieken vergelijkbaar zijn. Daarnaast dient ook vermeld te worden dat de vragenlijst niet specifiek afgenomen werd bij zorgverleners. Iedereen kon deelnemen aan het onderzoek. Mogelijks worden andere resultaten bekomen wanneer de vragenlijst enkel afgenomen wordt bij gynaecologen bijvoorbeeld.

Uit deze beperkingen vloeien de aanbevelingen voor verder onderzoek voort. Een gelijkaardig onderzoek dat uitgevoerd wordt met een grotere steekproef, eventueel over een langere tijdsperiode, zou een diepgaander bewijs kunnen leveren over het causaal effect van wantrouwen bij een patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico van een arts en op defensieve geneeskunde. Opdat de generaliseerbaarheid en de vergelijkbaarheid verbeteren, zou het onderzoeksontwerp van deze studie dus geoptimaliseerd kunnen worden. Verder zou een onderzoek bij professionals binnen het specialisme gynaecologie een realistischer antwoord op de onderzoeksvragen opleveren. Deze studie was echter een pilootstudie. Op basis van deze onderzoeksresultaten zal verder onderzoek gevoerd worden bij gynaecologen en kan een diepgaander bewijs geleverd worden omtrent het causaal effect van wantrouwen bij de patiënt op het gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico, op het beslissingsgedrag van artsen en op defensieve geneeskunde.

F. Bibliografie

- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological reports*, 67(3_suppl), 1091-1100.
- Annemans, L., Boeckxstaens, P., Borgermans, L., De Smedt, D., Duchesnes, C., Heyrman, J., . . . De Gauquier, K. (2009). Voordelen, nadelen en haalbaarheid van de introductie van 'Pay for Quality' programma's in België. *KCE Reports vol 118A(D/2009/10.273/50)*.
- Antoci, A., Maccioni, A. F., Galeotti, M., & Russu, P. (2019). Defensive medicine, liability insurance and malpractice litigation in an evolutionary model. *Nonlinear Analysis: Real World Applications*, 47, 414-435.
- 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*, 8(3).
- Bal, B. S. (2009). An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical orthopaedics and related research*, 467(2), 339-347.
- Balsa, A. I., & McGuire, T. G. (2001). Statistical discrimination in health care. *Journal of health economics*, 20(6), 881-907.
- Belga. (2014). 1 op 7 artsen vreest schadeclaims. *De Standaard*. Retrieved from https://www.standaard.be/cnt/dmf20141022_01335092
- Bismark, M. M., Brennan, T. A., Davis, P. B., & Studdert, D. M. (2006). Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants. *Medical journal of Australia*, 185(4), 203-207.
- Bismark, M. M., Brennan, T. A., Paterson, R. J., Davis, P., & Studdert, D. M. (2006). Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events. *BMJ Quality & Safety*, 15(1), 17-22.
- Boone, I., & Lierman, S. (2011). Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: praktijkgerichte analyse van wet 31 maart 2010. *Gezondheidsrecht*, 1.
- Burstin, H. R., Johnson, W. G., Lipsitz, S. R., & Brennan, T. A. (1993). Do the poor sue more?: A case-control study of malpractice claims and socioeconomic status. *Jama*, 270(14), 1697-1701.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine* (1982), 51(11), 1611-1625.
- Catino, M. (2009). Blame culture and defensive medicine. *Cognition, technology & work*, 11(4), 245-253.
- Chan, C. S. c. (2018). Mistrust of physicians in China: society, institution, and interaction as root causes. *Developing world bioethics*, 18(1), 16-25.
- Chen, J., Majercik, S., Bledsoe, J., Connor, K., Morris, B., Gardner, S., . . . White, T. (2015). The prevalence and impact of defensive medicine in the radiographic workup of the trauma patient: a pilot study. *The American Journal of Surgery*, 210(3), 462-467.
- Cunningham, W., & Wilson, H. (2011). Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Quality & Safety*, 20(5), 449-452.

- Daniels, L., Vandersteegen, T., & Marneffe, W. (2021). Het medisch aansprakelijkheidssysteem en defensief gedrag in België. *Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg*
- Darley, W. K., & Lim, J.-S. (1993). Assessing demand artifacts in consumer research: an alternative perspective. *Journal of Consumer Research*, 20(3), 489-495.
- Delice, O., Tekin, E., & Yilmaz, S. (2019). Defensive Medicine in the Emergency Department: A Cross-sectional Study from the Perspective of Emergency Medical Specialists. *Eurasian journal of emergency medicine*, 18(4), 178-184.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). Performance of the Belgian health system - Report 2019
- Dubay, L., Kaestner, R., & Waidmann, T. (1999). The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *Journal of health economics*, 18(4), 491-522.
- Dudeja, S., & Dhirar, N. (2018). Defensive medicine: Sword of Damocles. *The National Medical Journal of India*, 31(6), 364-365.
- Elli, L., Tenca, A., Soncini, M., Spinzi, G., Buscarini, E., & Conte, D. (2013). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Lombardy: between lawsuits and the economic crisis. *Digestive and Liver Disease*, 45(6), 469-473.
- Emerson, R. W. (2017). Likert scales. *Journal of Visual Impairment & Blindness (Online)*, 111(5), 488-488.
- Esch, M., Schnellbacher, B., & Wald, A. (2019). Does integrated reporting information influence internal decision making? An experimental study of investment behavior. *Business Strategy and the Environment*, 28(4), 599-610.
- EuroQol Research Foundation. (2018). EQ-5D-3L User Guide. Retrieved from <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid; Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2019). Blikvanger Gezondheidszorg: Algemene ziekenhuizen
- Frakes, M. (2012). Defensive medicine and obstetric practices. *Journal of Empirical Legal Studies*, 9(3), 457-481.
- Freburger, J. K., Callahan, L. F., Currey, S. S., & Anderson, L. A. (2003). Use of the Trust in Physician Scale in patients with rheumatic disease: psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 49(1), 51-58.
- Garattini, L., & Padula, A. (2020). Defensive medicine in Europe: a 'full circle'? In: Springer.
- Grytten, J., Skau, I., & Sørensen, R. (2011). Do expert patients get better treatment than others? Agency discrimination and statistical discrimination in obstetrics. *Journal of health economics*, 30(1), 163-180.
- He, A. J. (2014). The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Social science & medicine (1982)*, 123, 64-71.
- Heidenreich, S., Kraemer, T., & Handrich, M. (2016). Satisfied and unwilling: Exploring cognitive and situational resistance to innovations. *Journal of Business Research*, 69(7), 2440-2447.
- 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: WJG*, 12(47), 7671.

- Hoffman Jr, E. D., Klees, B. S., & Curtis, C. A. (2000). Overview of the Medicare and Medicaid programs. *Health Care Financing Review*, 22(1), 175.
- ISQua. International Society for Quality in Health Care. Retrieved from <https://isqua.org/>
- Järvelin, J., Häkkinen, U., & Rosenqvist, G. (2019). Comparison of Health Care Costs Between Claimants and Nonclaimants in the No-Fault Compensation System of Finland. *Journal of patient safety*, 15(2), 121.
- Järvelin, J., Häkkinen, U., Rosenqvist, G., & Remes, V. (2012). Factors predisposing to claims and compensations for patient injuries following total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, 83(2), 190-196.
- Jessa Ziekenhuis. (2020). De kwaliteit van de Vlaamse ziekenhuizen in kaart gebracht. Retrieved from <https://www.jessazh.be/>
- Kainberger, F. (2017). Defensive medicine and overutilization of imaging—an issue of radiation protection. In: Springer.
- Kasina, P., Enocson, A., Lindgren, V., & Lapidus, L. J. (2018). Patient claims in prosthetic hip infections: a comparison of nationwide incidence in Sweden and patient insurance data. *Acta Orthopaedica*, 89(4), 394-398.
- KBC. Medische aansprakelijkheid, wat is dat precies? Retrieved from <https://www.kbc.be/>
- Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (1996). Do Doctors Practice Defensive Medicine? *The Quarterly journal of economics*, 111(2), 353-390.
- Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (1998). The effects of malpractice pressure and liability reforms on physicians' perceptions of medical care.
- Kessler, D. P., & McClellan, M. B. (2002). How liability law affects medical productivity. *Journal of health economics*, 21(6), 931-955.
- Lohr, K. N., & Field, M. J. (1992). *Guidelines for clinical practice: from development to use*: National Academies Press.
- Marcinowicz, L., Jemiołkowski, J., Gugnowski, Z., Strandberg, E., Fagerström, C., & Pawlikowska, T. (2017). Evaluation of the trust in physician scale (TIPS) of primary health care patients in north-east poland: A preliminary study. *Family Medicine & Primary Care Review*(1), 39-43.
- Maréchal, X., Denuit, M., Vinck, I., & Closon, J.-P. (2007). Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg - Fase IV - Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars.
- Marin, P., Bayer, A. J., Tomlinson, A., & Pathy, M. (1989). Attitudes of hospital doctors in Wales to use of intravenous fluids and antibiotics in the terminally ill. *Postgraduate Medical Journal*, 65(767), 650-652.
- McClellan, F. M., White Iii, A. A., Jimenez, R. L., & Fahmy, S. (2012). Do Poor People Sue Doctors More Frequently? Confronting Unconscious Bias and the Role of Cultural Competency. *Clinical orthopaedics and related research*, 470(5), 1393-1397.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National Costs Of The Medical Liability System. *Health Affairs*, 29(9), 1569-1577.
- Moosazadeh, M., Movahednia, M., Movahednia, N., Amiresmaili, M., & Aghaei, I. (2014). Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *International journal of health policy and management*, 2(3), 119-123.
- Nahed, B. V., Babu, M. A., Smith, T. R., & Heary, R. F. (2012). Malpractice liability and defensive medicine: a national survey of neurosurgeons. *PloS one*, 7(6), e39237.

- Office of Technology Assessment. (1994). *Defensive Medicine and Medical Malpractice* In: US Government Printing Office Washington, DC.
- 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*, *14*(1), 42.
- 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*(2), 278-284.
- Qiao, T., Fan, Y., Geater, A. F., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E. B. (2019). Factors associated with the doctor-patient relationship: doctor and patient perspectives in hospital outpatient clinics of Inner Mongolia Autonomous Region, China. *Patient preference and adherence*, *13*, 1125-1143.
- Reisch, L. M., Carney, P. A., Oster, N. V., Weaver, D. L., Nelson, H. D., Frederick, P. D., & Elmore, J. G. (2015). Medical malpractice concerns and defensive medicine: a nationwide survey of breast pathologists. *American journal of clinical pathology*, *144*(6), 916-922.
- Sager, M., Voeks, S., Drinka, P., Langer, E., & Grimstad, P. (1990). Do the elderly sue physicians? *Archives of Internal Medicine*, *150*(5), 1091-1093.
- Sethi, M. K., Obremsky, W. T., Natividad, H., Mir, H. R., & Jahangir, A. A. (2012). Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. *Sports medicine*, *42*(1), 35-35.
- Shurtz, I. (2013). The impact of medical errors on physician behavior: Evidence from malpractice litigation. *Journal of health economics*, *32*(2), 331-340.
- Smith, T. R., Habib, A., Rosenow, J. M., Nahed, B. V., Babu, M. A., Cybulski, G., . . . Heary, R. F. (2015). Defensive Medicine in Neurosurgery: Does State-Level Liability Risk Matter? *Neurosurgery*, *76*(2), 105-114.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., Desroches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA*, *293*(21), 2609-2617.
- Studdert, D. M., Thomas, E. J., Burstin, H. R., Zbar, B. I., Orav, E. J., & Brennan, T. A. (2000). Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Medical care*, *250*-260.
- Tancredi, L. R., & Barondess, J. A. (1978). The Problem of Defensive Medicine. *Science (American Association for the Advancement of Science)*, *200*(4344), 879-882.
- Tapper, R., Malcolm, L., & Frizelle, F. (2004). Surgeons' experiences of complaints to the Health and Disability Commissioner. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, *117*(1198).
- Titus, L. J., Reisch, L. M., Tosteson, A. N. A., Nelson, H. D., Frederick, P. D., Carney, P. A., . . . Elmore, J. G. (2018). Malpractice Concerns, Defensive Medicine, and the Histopathology Diagnosis of Melanocytic Skin Lesions. *American journal of clinical pathology*, *150*(4), 338-345.
- UZ Gent. (2020). Patiëntveiligheid Retrieved from <https://www.uzgent.be/>
- van der Geer, E., van Tuijl, H. F. J. M., & Rutte, C. G. (2009). Performance management in healthcare: Performance indicator development, task uncertainty, and types of performance indicators. *Social science & medicine* (1982), *69*(10), 1523-1530.

- Vandersteegen, T., Marneffe, W., Cleemput, I., Vandijck, D., & Vereeck, L. (2017). The determinants of defensive medicine practices in Belgium. *Health Economics, Policy and Law*, 12(3), 363-386.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W., Cleemput, I., & Vereeck, L. (2015). The impact of no-fault compensation on health care expenditures: An empirical study of OECD countries. *Health policy (Amsterdam)*, 119(3), 367-374.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W., Lierman, S., De Gendt, T., Cleemput, I., Vandijck, D., & Vereeck, L. (2015). Invloed van het Belgische vergoedingssysteem voor medische ongevallen op het gedrag van artsen. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht/Revue de Droit de la Santé*(5), 331-346.
- Vandersteegen, T., Marneffe, W., & Vandijck, D. (2015). Defensive medicine: implications for clinical practice, patients and healthcare policy. *Acta Clinica Belgica*, 70(6), 396.
- Vansweevelt, T. (1997). *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis* (Vol. 9): Maklu.
- Vlaams Artsensyndicaat vzw. (2010). Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. Retrieved from <http://www.vlaamsartsensyndicaat.be/>
- Vlaams Instituut Kwaliteit van Zorg. De kwaliteit van de zorg in Vlaanderen in beeld. Retrieved from <https://www.zorgkwaliteit.be/>
- Wu, C.-Y., Lai, H.-J., & Chen, R.-C. (2009). Patient characteristics predict occurrence and outcome of complaints against physicians: a study from a medical center in central Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 108(2), 126-134.
- Yan, S. C., Hulou, M. M., Cote, D. J., Roytowski, D., Rutka, J. T., Gormley, W. B., & Smith, T. R. (2016). International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa, and the United States. *World neurosurgery*, 95, 53-61.
- Yan, S. C., Hulsbergen, A. F. C., Muskens, I. S., van Dam, M., Gormley, W. B., Broekman, M. L. D., & Smith, T. R. (2017). Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta neurochirurgica*, 159(12), 2341-2350.
- Zengerink, I., Reijman, M., Mathijssen, N. M., Eikens-Jansen, M. P., & Bos, P. K. (2016). Hip arthroplasty malpractice claims in the Netherlands: closed claim study 2000-2012. *The Journal of arthroplasty*, 31(9), 1890-1893. e1894.

G. Bijlagen

I. Bijlage: Vragenlijst

Beste,

Ik ben een masterstudente aan de opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen met als afstudeerrichting Beleidsmanagement aan de Universiteit van Hasselt. In kader van mijn masterproef voer ik onderzoek naar de perceptie van patiënten bij medische conversaties.

Wij zijn u heel dankbaar om deel te nemen aan dit onderzoek. Eerst vragen wij u om een scenario te lezen omtrent een medische consultatie. Het is van belang dat u zich zo goed mogelijk inleeft in de vooropgestelde situatie. Daarna zullen wij u enkele vragen stellen omtrent dit scenario. Vervolgens volgt een tweede scenario met bijbehorende vragen. We zijn hierbij geïnteresseerd in uw persoonlijke mening. Er zijn met andere woorden geen juiste of foute antwoorden. Het is voor ons van groot belang dat u deze vragen zo compleet en eerlijk mogelijk beantwoordt. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 20 minuten van uw tijd in beslag nemen. De inzichten die verkregen worden uit de vragenlijst zullen volledig vertrouwelijk en anoniem verwerkt worden volgens de wettelijke bepalingen.*

Indien er nog vragen, onduidelijkheden of opmerkingen zijn, mag u mij steeds contacteren via stephanie.govaerts@student.uhasselt.be. Alvast bedankt voor uw tijd en uw deelname aan het onderzoek.

Met vriendelijke groeten,
Govaerts Stéphanie

*Dit onderzoek wordt uitgevoerd conform de bepalingen van de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) (ook bekend als *General Data Protection Regulation* of 'GDPR'). We verzekeren u dat de door u gedeelde informatie louter voor statistische doeleinden gebruikt zal worden en niet doorgegeven zal worden aan externe partijen.

/// Scenario ///

Welke mogelijke handelingen worden voorgesteld betreffende de medische situatie van de patiënt?

Welke mogelijke risico's of complicaties zou de patiënt kunnen ondervinden bij de verschillende behandelingen?

Welke informatie mist u na het lezen van dit scenario?

Welke bijkomende vragen zou u willen stellen aan de arts na het lezen van dit scenario?

Heeft u nog bijkomende opmerkingen/suggesties met betrekking tot dit scenario?

In welke mate bent u het eens met de volgende stellingen?

Stelling	Volledig oneens	Oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Eens	Volledig eens
Ik kan mezelf makkelijk inleven in het scenario.	0	0	0	0	0	0	0
Het scenario is voor mij makkelijk te begrijpen.	0	0	0	0	0	0	0
Ik kan me het scenario makkelijk voorstellen.	0	0	0	0	0	0	0
Ik merkte op dat mijn gedachten afdwaalden tijdens het lezen van het scenario.	0	0	0	0	0	0	0
Tijdens het lezen van het scenario had ik een levendig beeld van de arts.	0	0	0	0	0	0	0
Tijdens het lezen van het scenario had ik een levendig beeld van de patiënt.	0	0	0	0	0	0	0

In welke mate bent u het eens met de volgende stellingen?

Stelling	Volledig oneens	Oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Eens	Volledig eens
Ik ben ervan overtuigd dat het scenario in het echte leven zou kunnen plaatsvinden.	0	0	0	0	0	0	0
De interactie tussen de arts en de patiënt is realistisch.	0	0	0	0	0	0	0
De lengte van de conversatie tussen de arts en de patiënt is realistisch.	0	0	0	0	0	0	0
De medische situatie waarin de patiënt verkeert, is realistisch.	0	0	0	0	0	0	0
De beschrijving van wat de patiënt zei, is realistisch.	0	0	0	0	0	0	0
De beschrijving van wat de arts zei, is realistisch.	0	0	0	0	0	0	0
De conversatie in dit scenario is realistisch.	0	0	0	0	0	0	0

In welke mate bent u het eens met de volgende stellingen?

Stelling	Volledig oneens	Oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Eens	Volledig eens
De situatie waarin de patiënt verkeert, is ernstig.	0	0	0	0	0	0	0
De arts is op de hoogte van de mogelijke risico's en complicaties verbonden aan de medische situatie van de patiënt.	0	0	0	0	0	0	0
De arts is ervaren.	0	0	0	0	0	0	0
De arts is bekwaam.	0	0	0	0	0	0	0
De arts schept vertrouwen.	0	0	0	0	0	0	0
De arts neemt tijd voor de patiënt.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt heeft vertrouwen in de vaardigheden van de arts.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt heeft een voorkennis van de mogelijke risico's en complicaties.	0	0	0	0	0	0	0

De patiënt wordt voldoende geïnformeerd door de arts.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt is wantrouwig.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt is kritisch.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt is bezorgd.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt is angstig.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt is vriendelijk.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt is beleefd.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt is rustig.	0	0	0	0	0	0	0

Onderstaande stellingen gaan over het vertrouwen van de patiënt in de arts in het scenario. Beoordeel deze stellingen op basis van het beeld dat u over de patiënt heeft na het lezen van het scenario.

Stelling	Volledig oneens	Oneens	Eerder oneens	Neutraal	Eerder eens	Eens	Volledig eens
De patiënt betwijfelt of de arts werkelijk om haar als persoon geeft.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt vindt dat de arts meestal rekening houdt met haar behoeften en deze op de eerste plaats zet.	0	0	0	0	0	0	0

De patiënt vertrouwt de arts zo goed dat zij het advies altijd probeert op te volgen.	0	0	0	0	0	0	0
Als de arts zegt dat iets zo is, is het ook zo volgens de patiënt.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt vertrouwt de opinie van de arts soms niet en opteert daarom liever voor een tweede opinie.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt vertrouwt de beoordeling van de arts omtrent haar medische zorg.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt heeft het gevoel dat de arts niet alles doet wat deze zou moeten doen voor haar medische zorg.	0	0	0	0	0	0	0
De patiënt vindt de arts een echte deskundige in het behandelen van het soort medische problemen dat zij ervaart.	0	0	0	0	0	0	0

Welke handeling denkt u dat de arts uiteindelijk zal uitvoeren?

Repetitieve sectio	In-vitrofertilisatie	Zwangerschapsdiabetes	Onduidelijke echografie
<input type="radio"/> Keizersnede	<input type="radio"/> Keizersnede	<input type="radio"/> Keizersnede	<input type="radio"/> Volgende echo afwachten
<input type="radio"/> Vaginale bevalling	<input type="radio"/> Natuurlijke bevalling <input type="radio"/> afwachten <input type="radio"/> Bevalling inleiden	<input type="radio"/> Natuurlijke bevalling <input type="radio"/> afwachten <input type="radio"/> Bevalling inleiden	<input type="radio"/> Nieuwe echo vroegtijdig inplannen <input type="radio"/> Doorverwijzen naar gespecialiseerd centrum voor uitvoerige echo

Welke handeling denkt u dat de patiënt in het scenario zou verkiezen?

Repetitieve sectio	In-vitrofertilisatie	Zwangerschapsdiabetes	Onduidelijke echografie
<input type="radio"/> Keizersnede	<input type="radio"/> Keizersnede	<input type="radio"/> Keizersnede	<input type="radio"/> Volgende echo afwachten
<input type="radio"/> Vaginale bevalling	<input type="radio"/> Natuurlijke bevalling <input type="radio"/> afwachten <input type="radio"/> Bevalling inleiden	<input type="radio"/> Natuurlijke bevalling <input type="radio"/> afwachten <input type="radio"/> Bevalling inleiden	<input type="radio"/> Nieuwe echo vroegtijdig inplannen <input type="radio"/> Doorverwijzen naar gespecialiseerd centrum voor uitvoerige echo

Hoe groot schat u de kans in dat de patiënt in het scenario verdere stappen zou ondernemen indien er problemen of complicaties optreden in haar medische behandeling?

- Zeer onwaarschijnlijk
- Onwaarschijnlijk
- Eerder onwaarschijnlijk
- Neutraal
- Eerder waarschijnlijk
- Waarschijnlijk
- Zeer waarschijnlijk

Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Andere
- Ik wens deze vraag niet te beantwoorden

Wat is uw geboortjaar?

In welke provincie bent u woonachtig?

- Limburg
- Antwerpen
- Vlaams-Brabant
- Oost-Vlaanderen
- West-Vlaanderen
- Andere, namelijk ...

Wat is uw hoogst behaalde diploma?

- Lager dan middelbareschooldiploma
- Middelbareschooldiploma of vergelijkbaar
- Professionele bachelor
- Academische bachelor
- Master
- Doctoraat

Wanneer een patiënt schade oploopt door een ongewenste gebeurtenis in zijn of haar zorgproces, heeft de patiënt te maken met een medisch incident. Heeft u zelf al ooit zo'n medisch incident meegemaakt?

- Ja
- Nee

Heeft u of iemand uit uw nabije omgeving al ooit verdere stappen ondernomen tegen een zorgverlener of een ziekenhuis (bv. een melding bij de ombudsdienst van het ziekenhuis, het raadplegen van een advocaat etc.)?

- Ja
- Nee

Hoe vaak bent u als patiënt in de afgelopen 5 jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis?

- Niet
- 1 – 2 keer
- 3 – 5 keer
- 6 – 8 keer
- 9 – 12 keer
- Meer dan 12 keer

Duid op onderstaande schaal uw algemene gezondheidstoestand aan.

De slechtste gezondheid die u zich kan voorstellen	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	De beste gezondheid die u zich kan voorstellen
--	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	--

Heeft u ooit een job beoefend met een juridische functie?

- Ja
- Nee

Heeft u ooit een job beoefend in de zorgsector (arts, verpleegkundige of andere zorgverlener)?

- Ja
- Nee

Heeft u nog opmerkingen/suggesties?

Uw antwoorden werden geregistreerd. Bedankt voor uw deelname aan het onderzoek. U kan mij steeds vrijblijvend contacteren via stephanie.govaerts@student.uhasselt.be.

II. Bijlage: Variabelen

Tabel 13: Variabelen

Variabele	Definitie
mogelijke_handelingen	Mogelijke handelingen die in het scenario worden voorgesteld betreffende de medische situatie van de patiënt
mogelijke_risicos	Mogelijke risico's of complicaties die de patiënt in het scenario zou kunnen ondervinden bij de verschillende behandelingen
info_mis	Informatie die de respondent mist na het lezen van het scenario
bijkomende_vragen	Bijkomende vragen die de respondent zou willen stellen aan de arts na het lezen van het scenario
bijkomende_opmerkingen	Bijkomende opmerkingen of suggesties van de respondent met betrekking tot het scenario
inl_mgraad	Gemiddelde van de stellingen over inlevingsvermogen en moeilijkheidsgraad (Likert-schaal): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ik kan mezelf makkelijk inleven in het scenario. ➤ Het scenario is voor mij makkelijk te begrijpen. ➤ Ik kan me het scenario makkelijk voorstellen. ➤ Ik merkte op dat mijn gedachten afdwaalden tijdens het lezen van het scenario. ➤ Tijdens het lezen van het scenario had ik een levendig beeld van de arts. ➤ Tijdens het lezen van het scenario had ik een levendig beeld van de patiënt.
realisme	Gemiddelde van de stellingen over realisme (Likert-schaal): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ik ben ervan overtuigd dat het scenario in het echte leven zou kunnen plaatsvinden. ➤ De interactie tussen de arts en de patiënt is realistisch. ➤ De lengte van de conversatie tussen de arts en de patiënt is realistisch. ➤ De medische situatie waarin de patiënt verkeert, is realistisch. ➤ De beschrijving van wat de patiënt zei, is realistisch. ➤ De beschrijving van wat de arts zei, is realistisch. ➤ De conversatie in dit scenario is realistisch.
situatie_ernstig	De situatie waarin de patiënt verkeert, is ernstig. (Likert-schaal)
arts_op_hoogte	De arts is op de hoogte van de mogelijke risico's en complicaties verbonden aan de medische situatie van de patiënt. (Likert-schaal)
arts_ervaren	De arts is ervaren. (Likert-schaal)
arts_bekwaam	De arts is bekwaam. (Likert-schaal)
arts_vertrouwen	De arts schept vertrouwen. (Likert-schaal)
arts_tijd	De arts neemt tijd voor de patiënt. (Likert-schaal)
patient_vertrouwen	De patiënt heeft vertrouwen in de vaardigheden van de arts. (Likert-schaal)
patient_voorkennis	De patiënt heeft een voorkennis van de mogelijke risico's en complicaties. (Likert-schaal)
patient_informatie	De patiënt wordt voldoende geïnformeerd door de arts. (Likert-schaal)
patient_wantrouwig	De patiënt is wantrouwig. (Likert-schaal)
patient_kritisch	De patiënt is kritisch. (Likert-schaal)
patient_bezorgd	De patiënt is bezorgd. (Likert-schaal)
patient_angstig	De patiënt is angstig. (Likert-schaal)
patient_vriendelijk	De patiënt is vriendelijk. (Likert-schaal)
patient_beleefd	De patiënt is beleefd. (Likert-schaal)
patient_rustig	De patiënt is rustig. (Likert-schaal)
TIP	Gemiddelde van de stellingen van de <i>Trust in Physician scale</i> (Likert-schaal): <ul style="list-style-type: none"> ➤ De patiënt betwijfelt of de arts werkelijk om haar als persoon geeft. ➤ De patiënt vindt dat de arts meestal rekening houdt met haar behoeften en deze op de eerste plaats zet. ➤ De patiënt vertrouwt de arts zo goed dat zij het advies altijd probeert op te volgen. ➤ Als de arts zegt dat iets zo is, is het ook zo volgens de patiënt. ➤ De patiënt vertrouwt de opinie van de arts soms niet en opteert daarom liever voor een tweede opinie. ➤ De patiënt vertrouwt de beoordeling van de arts omtrent haar medische zorg.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De patiënt heeft het gevoel dat de arts niet alles doet wat deze zou moeten doen voor haar medische zorg. ➤ De patiënt vindt de arts een echte deskundige in het behandelen van het soort medische problemen dat zij ervaart.
handeling_arts	De handeling die de arts in het scenario uiteindelijk zal uitvoeren volgens de respondent
handeling_patient	De handeling die de patiënt in het scenario zou verkiezen volgens de respondent
aansprakelijkheidsrisico	Een inschatting van het aansprakelijkheidsrisico van de arts in het scenario door de respondent
einde	Opmerkingen of suggesties van de respondent aan het einde van de vragenlijst
geslacht	Geslacht van de respondent (dummy)
geboortejaar	Geboortejaar van de respondent
provincie	Woonplaats van de respondent (dummy): <ul style="list-style-type: none"> ➤ limburg: respondent woont in Limburg ➤ vlaamsbrabant: respondent woont in Vlaams-Brabant ➤ antwerpen: respondent woont in Antwerpen
diploma	Opleidingsniveau van de respondent (dummy): <ul style="list-style-type: none"> ➤ lager: lager dan middelbareschooldiploma ➤ middelbaar: middelbareschooldiploma of vergelijkbaar ➤ pbachelor: professionele bachelor ➤ abachelor: academische bachelor ➤ master: master ➤ doctoraat: doctoraat
medisch_incident	Of de respondent al dan niet ooit een medisch incident heeft meegemaakt (dummy)
verdere_stappen	Of de respondent al dan niet ooit verdere stappen heeft ondernomen tegen een zorgverlener of een ziekenhuis (dummy)
opgenomen_zh	Aantal keer dat de respondent de afgelopen vijf jaar opgenomen werd in ziekenhuis (dummy): <ul style="list-style-type: none"> ➤ zh_niet: 0 keer opgenomen ➤ zh_12: 1 tot 2 keer opgenomen ➤ zh_35: 3 tot 5 keer opgenomen ➤ zh_68: 6 tot 8 keer opgenomen ➤ zh_912: 9 tot 12 keer opgenomen ➤ zh_m12: meer dan 12 keer opgenomen
algemene_gt	De algemene gezondheidstoestand van de respondent (0 – 100)
juridisch	Of de respondent al dan niet een job met een juridische functie heeft (dummy)
zorgsector	Of de respondent al dan niet een job beoefend in de zorgsector (dummy)
behandeling	Of de respondent scenario's met een wantrouwige of niet-wantrouwige patiënt beoordeelde (dummy)
vragenlijst	Vragenlijst die de respondent invulde (1 – 4)
scenario	Scenario dat de respondent beoordeelde (dummy): <ul style="list-style-type: none"> ➤ scenario1: respondent beoordeelde scenario repetitieve sectie ➤ scenario2: respondent beoordeelde scenario in-vitrofertilisatie ➤ scenario3: respondent beoordeelde scenario zwangerschapsdiabetes ➤ scenario4: respondent beoordeelde scenario onduidelijke echografie
respondent	Volgnummer van de respondent (1 – 130)

III. Bijlage: Beschrijvende statistieken en *balance checks*

Tabel 14: Beschrijvende statistieken & *balance check* scenario's repetitieve sectio en in-vitrofertilisatie

Gedeeltelijke steekproef n = 68	Behandelingsgroep n = 32	Controlegroep n = 36	Vershil
Geslacht			
Man	5 (15,63%)	3 (8,33%)	2 (7,30%)
Vrouw	27 (84,38%)	33 (91,67%)	-6 (-7,29%)
Leeftijd			
Gemiddelde	41,09	39,83	1,26
Minimum	17	16	
Maximum	78	68	
Provincie			
Limburg	31 (96,88%)	30 (83,33%)	1 (13,55%)*
Vlaams-Brabant	1 (3,13%)	5 (13,89%)	-4 (-10,76%)*
Antwerpen	0 (0,00%)	1 (2,78%)	-1 (-2,78%)
Oost-Vlaanderen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
West-Vlaanderen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Opleiding			
Lager dan middelbareschooldiploma	3 (9,38%)	1 (2,78%)	2 (6,60%)
Middelbareschooldiploma of vergelijkbaar	12 (37,50%)	12 (33,33%)	0 (4,17%)
Professionele bachelor	12 (37,50%)	12 (33,33%)	0 (4,17%)
Academische bachelor	3 (9,38%)	6 (16,67%)	-3 (-7,29%)
Master	2 (6,25%)	4 (11,11%)	-2 (-4,86%)
Doctoraat	0 (0,00%)	1 (2,78%)	-1 (-2,78%)
Medisch incident			
Ja	7 (21,88%)	8 (22,22%)	-1 (-0,34%)
Nee	25 (78,13%)	28 (77,78%)	-3 (0,35%)
Verdere stappen			
Ja	7 (21,88%)	6 (16,67%)	1 (5,21%)
Nee	25 (78,13%)	30 (83,33%)	-5 (-5,20%)
Afgelopen 5j opgenomen in ziekenhuis			
Niet	14 (43,75%)	16 (44,44%)	-2 (-0,69%)
1 – 2 keer	15 (46,88%)	15 (41,67%)	0 (5,21%)
3 – 5 keer	2 (6,25%)	2 (5,56%)	0 (0,69%)
6 – 8 keer	1 (3,13%)	3 (8,33%)	-2 (-5,20%)
9 – 12 keer	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Meer dan 12 keer	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Algemene gezondheidstoestand			
Gemiddelde	80,91	82,31	-1,40
Minimum	52	50	
Maximum	100	98	
Juridische job			
Ja	1 (3,13%)	2 (5,56%)	-1 (-2,43%)
Nee	31 (96,88%)	34 (94,44%)	-3 (2,44%)

Job in zorgsector			
Ja	7 (21,88%)	13 (36,11%)	-6 (-14,23%)
Nee	25 (78,13%)	23 (63,89%)	2 (14,24%)

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 15: Beschrijvende statistieken & *balance check* scenario's zwangerschapsdiabetes en onduidelijke echografie

Gedeeltelijke steekproef n = 62	Behandelingsgroep n = 37	Controlegroep n = 25	Vershil
Geslacht			
Man	7 (18,92%)	5 (20,00%)	2 (-1,08%)
Vrouw	30 (81,08%)	20 (80,00%)	10 (1,08%)
Leeftijd			
Gemiddelde	34,16	37,00	-2,84
Minimum	17	20	
Maximum	63	60	
Provincie			
Limburg	34 (91,89%)	21 (84,00%)	13 (7,89%)
Vlaams-Brabant	2 (5,41%)	4 (16,00%)	-2 (-10,59%)
Antwerpen	1 (2,70%)	0 (0,00%)	1 (2,70%)
Oost-Vlaanderen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
West-Vlaanderen	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Opleiding			
Lager dan middelbareschooldiploma	1 (2,70%)	1 (4,00%)	0 (-1,30%)
Middelbareschooldiploma of vergelijkbaar	18 (48,65%)	14 (56,00%)	4 (-7,35%)
Professionele bachelor	10 (27,03%)	3 (12,00%)	7 (15,03%)*
Academische bachelor	6 (16,22%)	4 (16,00%)	2 (0,22%)
Master	2 (5,41%)	3 (12,00%)	-1 (-6,59%)
Doctoraat	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Medisch incident			
Ja	10 (27,03%)	6 (24,00%)	4 (3,03%)
Nee	27 (72,97%)	19 (76,00%)	8 (-3,03%)
Verdere stappen			
Ja	7 (18,92%)	5 (20,00%)	2 (-1,08%)
Nee	30 (81,08%)	20 (80,00%)	10 (1,08%)
Afgelopen 5j opgenomen in ziekenhuis			
Niet	18 (48,65%)	10 (40,00%)	8 (8,65%)
1 – 2 keer	15 (40,54%)	11 (44,00%)	4 (-3,46%)
3 – 5 keer	4 (10,81%)	3 (12,00%)	1 (-1,19%)
6 – 8 keer	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
9 – 12 keer	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Meer dan 12 keer	0 (0,00%)	1 (4,00%)	-1 (-4,00%)
Algemene gezondheidstoestand			
Gemiddelde	77,95	72,56	5,39
Minimum	20	0	
Maximum	100	100	

Juridische job			
Ja	0 (0,00%)	1 (4,00%)	-1 (-4,00%)
Nee	37 (100,00%)	24 (96,00%)	13 (4,00%)
Job in zorgsector			
Ja	15 (40,54%)	6 (24,00%)	9 (16,54%)
Nee	22 (59,46%)	19 (76,00%)	3 (-16,54%)

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

De behandelings- en de controle-eenheden die de scenario's met betrekking tot een repetitieve sectio en in-vitrofertilisatie beoordeelden, kennen systematische verschillen wat betreft de woonplaats. Het verschil tussen de behandelingsgroep en de controlegroep is namelijk statistisch significant op een significantieniveau van vijf procent voor de provincies Limburg en Vlaams-Brabant. Dat komt overeen met de bevindingen van de *balance check* voor de volledige steekproef uit Tabel 6. De respondenten die de scenario's betreffende zwangerschapsdiabetes en een onduidelijke echografie beoordeelden, zijn statistisch significant verschillend op een significantieniveau van vijf procent wat betreft het opleidingsniveau. Voor het opleidingsniveau 'Professionele bachelor' kennen behandelings- en controle-eenheden namelijk systematische verschillen.

IV. Bijlage: Inlevingsvermogen, moeilijkheidsgraad en realisme

Tabel 16: Gemiddelden inlevingsvermogen, moeilijkheidsgraad en realisme

Groep	Scenario	Inlevingsvermogen & moeilijkheidsgraad	Realisme
Controlegroep	Repetitieve sectio	4,8981*	5,5278*
	In-vitrofertilisatie	5,3102*	5,9643*
	Zwangerschapsdiabetes	4,9267*	5,6457*
	Onduidelijke echografie	5,4267*	5,7257*
Behandelingsgroep	Repetitieve sectio	5,1719*	5,4866*
	In-vitrofertilisatie	5,4323*	5,9420*
	Zwangerschapsdiabetes	4,9640*	5,4903*
	Onduidelijke echografie	5,2027*	5,5637*

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde die aangeeft dat het gemiddelde groter is dan 4 < 0,05%).

V. Bijlage: Algemene perceptie

Tabel 17: Gemiddelden algemene perceptie scenario repetitieve sectio

Stelling	Behandelingsgroep	Controlegroep	Verskil
Situatie: ernstig	3,3750	3,4167	-0,0417
Arts: op hoogte van risico's en complicaties	5,8750	5,6667	0,2083
Arts: ervaren	5,3750	5,4444	-0,0694
Arts: bekwaam	5,2813	5,2778	0,0035
Arts: schept vertrouwen	4,7188	5,3056	-0,5868
Arts: neemt tijd voor patiënt	5,2813	5,2222	0,0591
Patiënt: vertrouwen in vaardigheden arts	3,0625	5,1389	-2,0764*
Patiënt: voorkennis van risico's en complicaties	5,3125	4,9167	0,3958
Patiënt: voldoende geïnformeerd door arts	5,1563	5,2222	-0,0659
Patiënt: wantrouwig	5,6250	3,3056	2,3194*
Patiënt: kritisch	5,5313	4,2500	1,2813*
Patiënt: bezorgd	6,0625	5,8889	0,1736
Patiënt: angstig	5,6563	4,3889	1,2674*
Patiënt: vriendelijk	4,9688	5,6944	-0,7256*
Patiënt: beleefd	5,1563	5,8056	-0,6493*
Patiënt: rustig	3,2500	4,9444	-1,6944*

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 18: Gemiddelden algemene perceptie scenario in-vitrofertilisatie

Stelling	Behandelingsgroep	Controlegroep	Verskil
Situatie: ernstig	3,1875	2,7778	0,4097
Arts: op hoogte van risico's en complicaties	5,8750	5,8056	0,0694
Arts: ervaren	5,8438	5,8333	0,0105
Arts: bekwaam	5,8125	5,8056	0,0069
Arts: schept vertrouwen	5,6250	5,7500	-0,1250
Arts: neemt tijd voor patiënt	5,6875	5,5000	0,1875
Patiënt: vertrouwen in vaardigheden arts	4,6563	5,8889	-1,2326*
Patiënt: voorkennis van risico's en complicaties	4,3750	4,6389	-0,2639
Patiënt: voldoende geïnformeerd door arts	5,2813	5,4167	-0,1354
Patiënt: wantrouwig	4,1563	2,6389	1,5174*
Patiënt: kritisch	4,7500	3,3333	1,4167*
Patiënt: bezorgd	5,5938	5,4444	0,1494
Patiënt: angstig	4,9063	3,7222	1,1841*
Patiënt: vriendelijk	5,3438	6,0000	-0,6562*
Patiënt: beleefd	5,5000	5,9722	-0,4722
Patiënt: rustig	4,2500	5,1389	-0,8889*

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 19: Gemiddelden algemene perceptie scenario zwangerschapsdiabetes

Stelling	Behandelingsgroep	Controlegroep	Vershil
Situatie: ernstig	4,1081	3,9600	0,1481
Arts: op hoogte van risico's en complicaties	5,8108	5,6800	0,1308
Arts: ervaren	5,6216	5,5200	0,1016
Arts: bekwaam	5,4324	5,6000	-0,1676
Arts: schept vertrouwen	5,2162	5,5200	-0,3038
Arts: neemt tijd voor patiënt	5,1892	5,4800	-0,2908
Patiënt: vertrouwen in vaardigheden arts	4,3243	5,6000	-1,2757*
Patiënt: voorkennis van risico's en complicaties	5,4324	4,5600	0,8724*
Patiënt: voldoende geïnformeerd door arts	4,7838	5,1600	-0,3762
Patiënt: wantrouwig	3,8919	2,8400	1,0519*
Patiënt: kritisch	4,6216	3,3600	1,2616*
Patiënt: bezorgd	5,8108	5,0400	0,7708*
Patiënt: angstig	4,6216	4,0000	0,6216
Patiënt: vriendelijk	5,3784	5,6400	-0,2616
Patiënt: beleefd	5,4054	5,6400	-0,2346
Patiënt: rustig	4,1622	4,9200	-0,7578*

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 20: Gemiddelden algemene perceptie scenario onduidelijke echografie

Stelling	Behandelingsgroep	Controlegroep	Vershil
Situatie: ernstig	2,8649	3,0400	-0,1751
Arts: op hoogte van risico's en complicaties	5,5135	5,2800	0,2335
Arts: ervaren	5,3243	5,4400	-0,1157
Arts: bekwaam	5,1892	5,4400	-0,2508
Arts: schept vertrouwen	4,5405	5,1600	-0,6195
Arts: neemt tijd voor patiënt	4,8108	5,2000	-0,3892
Patiënt: vertrouwen in vaardigheden arts	3,4054	5,4400	-2,0346*
Patiënt: voorkennis van risico's en complicaties	4,4595	3,5600	0,8995*
Patiënt: voldoende geïnformeerd door arts	4,2973	4,7200	-0,4227
Patiënt: wantrouwig	5,0811	3,7600	1,3211*
Patiënt: kritisch	4,8378	3,7600	1,0778*
Patiënt: bezorgd	5,7027	5,2400	0,4627
Patiënt: angstig	5,3243	4,1200	1,2043*
Patiënt: vriendelijk	4,8378	5,8000	-0,9622*
Patiënt: beleefd	4,9189	5,7600	-0,8411*
Patiënt: rustig	3,6757	4,5200	-0,8443*

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

VI. Bijlage: *Trust in Physician*

Tabel 21: Regressiemodel TIP scenario repetitieve sectio

Onafhankelijke variabelen	TIP	TIP
Behandeling	-1,3624*	-1,3040*
	(0,2342)	(0,2689)
Geslacht		0,4096
		(0,5153)
Leeftijd		0,0070
		(0,0091)
Limburg		-0,5085
		(0,6854)
Vlaams-Brabant		0,1018
		(0,7538)
Middelbaar		-0,5590
		(0,4215)
Professionele bachelor		-0,5378
		(0,3904)
Academische bachelor		-0,4440
		(0,3915)
Master		-0,3626
		(0,5016)
Doctoraat		0,4901
		(0,8178)
Medisch incident		0,1514
		(0,4567)
Verdere stappen		0,0095
		(0,4283)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,9778
		(0,8056)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		1,0076
		(0,7691)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		0,7914
		(0,7190)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0039
		(0,0129)
Juridische job		1,0593
		(0,5365)
Job in zorgsector		0,2725
		(0,2955)
Constante	5,0069*	4,8007*
	(0,1487)	(1,7717)
R ²	0,3426	0,4638
n	68	68
Controlevariabelen	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 22: Regressiemodel TIP scenario in-vitrofertilisatie

Onafhankelijke variabelen	TIP	TIP
Behandeling	-1,0130*	-0,9533*
	(0,1960)	(0,2331)
Geslacht		-0,1284
		(0,4319)
Leeftijd		-0,0001
		(0,0082)
Limburg		1,3154*
		(0,5166)
Vlaams-Brabant		1,7281*
		(0,5809)
Middelbaar		-0,1190
		(0,3514)
Professionele bachelor		-0,0438
		(0,3374)
Academische bachelor		0,0343
		(0,3123)
Master		-0,0013
		(0,3902)
Doctoraat		0,5864
		(0,6699)
Medisch incident		0,1453
		(0,3404)
Verdere stappen		0,3819
		(0,4011)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,4176
		(0,6626)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,7585
		(0,6210)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		-0,4455
		(0,7429)
Algemene gezondheidstoestand		0,0072
		(0,0088)
Juridische job		0,4694
		(0,3721)
Job in zorgsector		0,3392
		(0,2633)
Constante	5,5208*	2,9216*
	(0,1297)	(1,2525)
R ²	0,2896	0,4361
n	68	68
Controlevariabelen	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 23: Regressiemodel TIP scenario zwangerschapsdiabetes

Onafhankelijke variabelen	TIP	TIP
Behandeling	-0,6216* (0,1987)	-0,5624* (0,2270)
Geslacht		-0,4834 (0,2403)
Leeftijd		-0,0023 (0,0090)
Limburg		-0,2150 (0,3138)
Antwerpen		-0,6889 (0,4548)
Middelbaar		-0,1966 (0,4055)
Professionele bachelor		-0,4885 (0,4094)
Academische bachelor		-0,3287 (0,4078)
Master		0,7230 (0,5537)
Medisch incident		0,3208 (0,2567)
Verdere stappen		-0,3800 (0,3071)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,0538 (0,3338)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,0167 (0,3079)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		1,3349* (0,5986)
Algemene gezondheidstoestand		0,0131* (0,0057)
Juridische job		-0,8547 (0,4534)
Job in zorgsector		0,0096 (0,2050)
Constante	5,1250* (0,1558)	4,6390* (0,6035)
R ²	0,1420	0,3980
n	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 24: Regressiemodel TIP scenario onduidelijke echografie

Onafhankelijke variabelen	TIP	TIP
Behandeling	-1,3558* (0,2132)	-1,3332* (0,2299)
Geslacht		0,1602 (0,3644)
Leeftijd		0,0082 (0,0088)
Limburg		0,2537 (0,2851)
Antwerpen		-0,2466 (0,4363)
Middelbaar		-0,1497 (0,3675)
Professionele bachelor		0,0063 (0,4336)
Academische bachelor		-0,5830 (0,3646)
Master		0,1951 (0,5938)
Medisch incident		-0,5891 (0,2972)
Verdere stappen		-0,5052 (0,2661)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-0,2951 (0,2667)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,2974 (0,2825)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		2,4453* (0,6136)
Algemene gezondheidstoestand		0,0144* (0,0059)
Juridische job		-1,3526* (0,4908)
Job in zorgsector		-0,0923 (0,2152)
Constante	5,0450* (0,1612)	4,0730* (0,6539)
R ²	0,3978	0,6112
n	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

VII. Bijlage: Gepercipieerd medisch aansprakelijkheidsrisico

Tabel 25: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario repetitieve sectio

Onafhankelijke variabelen	Risico	Risico	Risico	Risico
Behandeling	1,1771*	1,1075*		
	(0,3523)	(0,4176)		
TIP			-0,7676*	-0,7319*
			(0,1412)	(0,1604)
Geslacht		-0,0319		0,2896
		(0,6878)		(0,4339)
Leeftijd		-0,0275*		-0,0226*
		(0,0117)		(0,0091)
Limburg		-0,1735		-0,4564
		(1,3734)		(1,1572)
Vlaams-Brabant		-1,1808		-1,0783
		(1,5182)		(1,3237)
Middelbaar		-0,6303		-1,0661
		(0,8844)		(0,8075)
Professionele bachelor		0,7123		0,3022
		(0,8813)		(0,8575)
Academische bachelor		-0,1781		-0,5592
		(1,0438)		(0,9493)
Master		0,6543		0,3242
		(0,9312)		(0,8525)
Doctoraat		-2,0886		-1,7723
		(1,2507)		(1,1847)
Medisch incident		0,1963		0,3088
		(0,4757)		(0,5900)
Verdere stappen		-0,8709		-0,8466
		(0,5520)		(0,4255)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-1,3864		-0,6311
		(0,8267)		(0,8918)
Opgenomen ziekenhuis: 1 - 2 keer		-0,9154		-0,1388
		(0,7886)		(0,8812)
Opgenomen ziekenhuis: 3 - 5 keer		-1,4877		-0,8501
		(0,8847)		(0,9573)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0094		-0,0129
		(0,0168)		(0,0172)
Juridische job		-0,8533		-0,0738
		(1,2301)		(1,0521)
Job in zorgsector		-0,1464		0,0221
		(0,4396)		(0,3881)
Constante	3,9167*	7,3713*	7,8216*	10,9250*
	(0,2470)	(2,4163)	(0,6189)	(2,7532)
R ²	0,1441	0,4337	0,3319	0,5681
n	68	68	68	680
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 26: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario in-vitrofertilisatie

Onafhankelijke variabelen	Risico	Risico	Risico	Risico
Behandeling	0,7743*	0,5784		
	(0,3779)	(0,4866)		
TIP			-0,7110*	-0,7356*
			(0,2211)	(0,2636)
Geslacht		0,1050		-0,0069
		(0,7252)		(0,6506)
Leeftijd		-0,0068		-0,0067
		(0,0148)		(0,0138)
Limburg		-1,1277		-0,2317
		(1,1851)		(0,9864)
Vlaams-Brabant		-1,1999		0,0488
		(1,3933)		(1,3185)
Middelbaar		-0,5705		-0,6366
		(1,1315)		(1,1628)
Professionele bachelor		0,4354		0,4163
		(1,1446)		(1,2012)
Academische bachelor		-0,0264		0,0439
		(1,3043)		(1,3327)
Master		-0,9399		-0,8889
		(1,2753)		(1,3749)
Doctoraat		-2,2724		-1,8070
		(1,8596)		(1,6558)
Medisch incident		0,1198		0,2253
		(0,6091)		(0,5352)
Verdere stappen		-0,2803		-0,0134
		(0,6135)		(0,5359)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,4046		0,6800
		(1,6055)		(1,1758)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,6362		1,1627
		(1,5726)		(1,1243)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		1,3355		0,9609
		(1,6044)		(1,1899)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0139		-0,0081
		(0,0185)		(0,0158)
Juridische job		-0,8135		-0,4716
		(1,0130)		(0,8158)
Job in zorgsector		-0,3616		-0,0873
		(0,5508)		(0,5728)
Constante	3,6944*	6,0975	7,6451	8,2144*
	(0,2728)	(3,2265)	(1,0335)	(2,8807)
R ²	0,0591	0,2229	0,1767	0,3425
n	68	68	68	68
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 27: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario zwangerschapsdiabetes

Onafhankelijke variabelen	Risico	Risico	Risico	Risico
Behandeling	0,6735 (0,4242)	0,4648 (0,4898)		
TIP			-0,4480 (0,2493)	-0,4559 (0,3061)
Geslacht		0,0716 (0,8043)		-0,1464 (0,8131)
Leeftijd		-0,0249 (0,0185)		-0,0261 (0,0185)
Limburg		0,5086 (0,8189)		0,4651 (0,8041)
Antwerpen		1,4628 (1,0561)		1,3260 (1,1383)
Middelbaar		1,8594* (0,6606)		1,7316* (0,6305)
Professionele bachelor		2,3110* (0,7655)		2,0838* (0,7577)
Academische bachelor		2,2259* (0,6776)		2,0669* (0,6352)
Master		2,9443* (1,0059)		3,2118* (1,1396)
Medisch incident		0,7613 (0,6740)		0,9340 (0,6619)
Verdere stappen		0,3454 (0,4359)		0,1961 (0,4463)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-1,1224 (0,6843)		-1,0709 (0,7850)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,4476 (0,7281)		-0,4350 (0,7768)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		-3,1169* (1,2276)		-2,6522 (1,3212)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0064 (0,0116)		0,0003 (0,0122)
Juridische job		-0,4461 (0,7449)		-0,9376 (0,8766)
Job in zorgsector		-0,0479 (0,4332)		-0,0142 (0,4564)
Constante	3,8400* (0,3287)	3,3060* (1,3802)	6,3717* (1,1777)	5,4324* (2,0794)
R ²	0,0244	0,3048	0,0487	0,3241
n	62	62	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 28: Regressiemodel aansprakelijkheidsrisico scenario onduidelijke echografie

Onafhankelijke variabelen	Risico	Risico	Risico	Risico
Behandeling	0,8854*	0,8574		
	(0,3978)	(0,4470)		
TIP			-0,8770*	-0,7873*
			(0,1544)	(0,1931)
Geslacht		-0,1600		-0,0360
		(0,7858)		(0,6555)
Leeftijd		-0,0459*		-0,0394*
		(0,0176)		(0,0150)
Limburg		-0,5259		-0,3765
		(0,5847)		(0,4131)
Antwerpen		0,0736		-0,2841
		(0,9040)		(0,7149)
Middelbaar		-0,2654		-0,3480
		(1,0268)		(1,1897)
Professionele bachelor		-0,6694		-0,6603
		(1,0949)		(1,2457)
Academische bachelor		0,0152		-0,4354
		(1,0478)		(1,1991)
Master		0,5428		0,7537
		(1,1982)		(1,3290)
Medisch incident		0,8249		0,3367
		(0,5752)		(0,4761)
Verdere stappen		0,8524		0,4326
		(0,4866)		(0,5496)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,0180		-0,2392
		(0,6887)		(0,6611)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,1940		-0,0588
		(0,6917)		(0,6233)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		-2,8321*		-0,7744
		(1,2396)		(1,1580)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0140		-0,0033
		(0,0096)		(0,0093)
Juridische job		-0,1924		-1,1634
		(0,8342)		(0,7073)
Job in zorgsector		-0,0221		-0,1218
		(0,4571)		(0,3910)
Constante	4,5200*	7,5355*	8,7631*	10,7315*
	(0,3259)	(1,4738)	(0,5878)	(1,7467)
R ²	0,0807	0,3827	0,3660	0,5286
n	62	62	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

VIII. Bijlage: Handeling arts

Tabel 29: Regressiemodel handeling arts scenario repetitieve sectio

Onafhankelijke variabelen	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts
Aansprakelijkheidsrisico	0,0736* (0,0282)	0,0727* (0,0292)				
Behandeling			0,1181 (0,1068)	0,1197 (0,1042)		
TIP					-0,0609 (0,0457)	-0,0636 (0,0487)
Geslacht		-0,0097 (0,1961)		-0,0176 (0,1931)		0,0137 (0,1931)
Leeftijd		0,0011 (0,0039)		-0,0008 (0,0040)		-0,0004 (0,0040)
Limburg		-1,4185* (0,2233)		-1,4540* (0,2517)		-1,4649* (0,2704)
Vlaams-Brabant		-1,4246* (0,2978)		-1,5176* (0,3265)		-1,5044* (0,3319)
Middelbaar		0,0286 (0,3266)		-0,0104 (0,2916)		-0,0523 (0,3010)
Professionele bachelor		0,1309 (0,3401)		0,1869 (0,3160)		0,1487 (0,3245)
Academische bachelor		-0,1525 (0,3421)		-0,1510 (0,3086)		-0,1927 (0,3182)
Master		-0,0670 (0,3534)		-0,0029 (0,3253)		-0,0415 (0,3330)
Doctoraat		-0,7532 (0,3824)		-0,8941* (0,3506)		-0,8731* (0,3422)
Medisch incident		-0,0764 (0,1764)		-0,0626 (0,1852)		-0,0526 (0,2011)
Verdere stappen		-0,0305 (0,1229)		-0,0982 (0,1192)		-0,0934 (0,1231)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-0,8517* (0,1971)		-0,9626* (0,2150)		-0,8909* (0,2052)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,6724* (0,1857)		-0,7489* (0,1987)		-0,6754* (0,1964)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		-0,6527* (0,2997)		-0,7758* (0,2905)		-0,7114* (0,2988)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0038 (0,0049)		-0,0044 (0,0049)		-0,0048 (0,0051)
Juridische job		-0,6000* (0,1237)		-0,6631* (0,1720)		-0,5947* (0,1559)
Job in zorgsector		-0,0760 (0,1281)		-0,0787 (0,1276)		-0,0688 (0,1340)
Constante	-0,0792 (0,1107)	2,3550* (0,7639)	0,1944* (0,0670)	2,8803* (0,7351)	0,5161* (0,2176)	3,1953* (0,8112)
R ²	0,0693	0,2977	0,0185	0,2683	0,0120	0,2756
n	68	68	68	68	68	68
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 30: Regressiemodel handeling arts scenario in-vitrofertilisatie

Onafhankelijke variabelen	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts
Aansprakelijkheidsrisico	-0,0171 (0,0278)	-0,0121 (0,0332)				
Behandeling			0,0278 (0,1048)	0,0108 (0,1021)		
TIP					-0,0784 (0,0562)	-0,0645 (0,0647)
Geslacht		-0,3121 (0,1767)		-0,3159 (0,1761)		-0,3314* (0,1562)
Leeftijd		-0,0016 (0,0037)		-0,0015 (0,0037)		-0,0014 (0,0036)
Limburg		-0,7706* (0,2318)		-0,7674* (0,2379)		-0,7121* (0,2541)
Vlaams-Brabant		-0,6660* (0,3189)		-0,6548* (0,3233)		-0,5526 (0,3406)
Middelbaar		0,2659 (0,2740)		0,2759 (0,2748)		0,2771 (0,2644)
Professionele bachelor		-0,0898 (0,2724)		-0,0931 (0,2716)		-0,0905 (0,2654)
Academische bachelor		-0,3490 (0,2647)		-0,3421 (0,2647)		-0,3214 (0,2567)
Master		-0,0312 (0,3108)		-0,0123 (0,3106)		0,0091 (0,3095)
Doctoraat		0,2107 (0,3238)		0,2431 (0,3357)		0,2949 (0,3444)
Medisch incident		-0,2910* (0,1228)		-0,2927* (0,1206)		-0,2839* (0,1160)
Verdere stappen		0,1860 (0,1648)		0,1874 (0,1634)		0,2063 (0,1548)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,0738 (0,2198)		0,0643 (0,2340)		0,0781 (0,2761)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,0564 (0,2208)		0,0442 (0,2339)		0,0802 (0,2788)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		-0,0688 (0,2954)		-0,0917 (0,2996)		-0,1398 (0,3371)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0035 (0,0051)		-0,0033 (0,0052)		-0,0026 (0,0049)
Juridische job		-0,0677 (0,1638)		-0,0584 (0,1750)		-0,0295 (0,2032)
Job in zorgsector		-0,2252 (0,1255)		-0,2172 (0,1237)		-0,1851 (0,1290)
Constante	0,3048* (0,1302)	1,4492* (0,6805)	0,2222* (0,0703)	1,3708 (0,6880)	0,6308* (0,2970)	1,5459* (0,7572)
R ²	0,0041	0,3595	0,0011	0,3580	0,0302	0,3737
n	68	68	68	68	68	68
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 31: Regressiemodel handeling arts scenario zwangerschapsdiabetes

Onafhankelijke variabelen	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts
Aansprakelijkheidsrisico	-0,0068 (0,0303)	0,0497 (0,0327)				
Behandeling			0,0162 (0,1065)	0,0487 (0,1149)		
TIP					-0,1645* (0,0559)	-0,2111* (0,0634)
Geslacht		-0,0818 (0,1250)		-0,0785 (0,1272)		-0,1813 (0,1231)
Leeftijd		0,0062 (0,0051)		0,0050 (0,0050)		0,0045 (0,0045)
Limburg		0,0937 (0,2073)		0,1123 (0,2093)		0,0487 (0,2097)
Antwerpen		-0,3208 (0,2731)		-0,2698 (0,2873)		-0,4748 (0,2918)
Middelbaar		-0,1721 (0,3384)		-0,0749 (0,3446)		-0,1035 (0,3829)
Professionele bachelor		-0,6136 (0,3539)		-0,4980 (0,3495)		-0,5997 (0,3961)
Academische bachelor		-0,3684 (0,3394)		-0,2566 (0,3487)		-0,3229 (0,3858)
Master		-0,6218 (0,3571)		-0,4676 (0,3506)		-0,2941 (0,3942)
Medisch incident		-0,2532 (0,1395)		-0,2186 (0,1380)		-0,1598 (0,1173)
Verdere stappen		0,0848 (0,1427)		0,0990 (0,1506)		0,0108 (0,1577)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,0748 (0,1715)		0,0157 (0,1786)		0,0179 (0,1760)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,0641 (0,1566)		-0,0889 (0,1627)		-0,0992 (0,1589)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		-0,1241 (0,2884)		-0,2615 (0,3047)		0,0686 (0,2877)
Algemene gezondheidstoestand		0,0001 (0,0035)		-0,0003 (0,0035)		0,0022 (0,0034)
Juridische job		0,0270 (0,1475)		0,0173 (0,1542)		-0,1289 (0,1374)
Job in zorgsector		0,0890 (0,1257)		0,0830 (0,1313)		0,0752 (0,1150)
Constante	0,2387 (0,1410)	0,0523 (0,5530)	0,2000* (0,0813)	0,2154 (0,5342)	0,9917* (0,2930)	1,1908 (0,6470)
R ²	0,0008	0,3245	0,0004	0,2987	0,1069	0,4187
n	62	62	62	62	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 32: Regressiemodel handeling arts scenario onduidelijke echografie

Onafhankelijke variabelen	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts	Handeling arts
Aansprakelijkheidsrisico	-0,0241 (0,0265)	0,0415 (0,0270)				
Behandeling			0,1362 (0,0882)	0,2250* (0,0869)		
TIP					-0,0161 (0,0431)	-0,0918* (0,0445)
Geslacht		0,0577 (0,1200)		0,0490 (0,1122)		0,0648 (0,1107)
Leeftijd		0,0093 (0,0048)		0,0075 (0,0042)		0,0082 (0,0043)
Limburg		0,3070* (0,1159)		0,2356* (0,1138)		0,2857* (0,1128)
Antwerpen		-0,0231 (0,1447)		-0,1811 (0,1808)		-0,1166 (0,1566)
Middelbaar		-0,0377 (0,2256)		-0,0140 (0,2768)		-0,0465 (0,2773)
Professionele bachelor		-0,0155 (0,2580)		-0,0393 (0,2960)		-0,0409 (0,3028)
Academische bachelor		-0,1742 (0,2229)		-0,1653 (0,2768)		-0,2233 (0,2800)
Master		-0,3167 (0,2205)		-0,2377 (0,2775)		-0,2503 (0,2717)
Medisch incident		-0,2510* (0,1227)		-0,2408* (0,1079)		-0,2818* (0,1142)
Verdere stappen		-0,0451 (0,1377)		-0,0314 (0,1310)		-0,0660 (0,1407)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-0,1319 (0,1448)		-0,1557 (0,1476)		-0,1695 (0,1417)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,1012 (0,1425)		-0,1116 (0,1483)		-0,1289 (0,1405)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		0,8313* (0,2199)		0,8444* (0,1962)		0,9981* (0,2417)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0011 (0,0027)		-0,0023 (0,0026)		-0,0006 (0,0028)
Juridische job		0,0339 (0,1800)		0,1184 (0,1884)		-0,0559 (0,1796)
Job in zorgsector		-0,1159 (0,0983)		-0,1435 (0,0966)		-0,1375 (0,0980)
Constante	0,2827 (0,1531)	-0,3041 (0,4560)	0,0800 (0,0552)	-0,0015 (0,3863)	0,2294 (0,1931)	0,3781 (0,3680)
R ²	0,0100	0,3171	0,0330	0,3712	0,0021	0,3458
n	62	62	62	62	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

IX. Bijlage: Handeling patiënt

Tabel 33: Regressiemodel handeling patiënt scenario repetitieve sectio

Onafhankelijke variabelen	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt
Behandeling	0,3021*	0,3285*		
	(0,1160)	(0,1289)		
TIP			-0,1746*	-0,2014*
			(0,0534)	(0,0557)
Geslacht		-0,1329		-0,0410
		(0,1983)		(0,1671)
Leeftijd		0,0047		0,0060
		(0,0045)		(0,0041)
Limburg		-0,8280*		-0,8920*
		(0,3876)		(0,3903)
Vlaams-Brabant		-0,8982		-0,8657
		(0,4515)		(0,4534)
Middelbaar		0,0641		-0,0599
		(0,2885)		(0,2684)
Professionele bachelor		0,2011		0,0857
		(0,2884)		(0,2751)
Academische bachelor		0,2038		0,0903
		(0,2963)		(0,2811)
Master		0,2917		0,1908
		(0,3460)		(0,3142)
Doctoraat		0,6741		0,7546
		(0,3554)		(0,3842)
Medisch incident		-0,1407		-0,1095
		(0,1994)		(0,2210)
Verdere stappen		0,2127		0,2221
		(0,1460)		(0,1217)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-0,3996		-0,1856
		(0,2972)		(0,3680)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,1784		0,0414
		(0,2731)		(0,3511)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		-0,3649		-0,1804
		(0,2862)		(0,3576)
Algemene gezondheidstoestand		0,0008		-0,0002
		(0,0061)		(0,0063)
Juridische job		-0,2037		0,0114
		(0,3095)		(0,2904)
Job in zorgsector		-0,1632		-0,1216
		(0,1586)		(0,1420)
Constante	0,4167*	1,1515	1,3210*	2,1355*
	(0,0834)	(0,8790)	(0,2294)	(0,9653)
R ²	0,0922	0,2737	0,1669	0,3599
n	68	68	68	68
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 34: Regressiemodel handeling patiënt scenario in-vitrofertilisatie

Onafhankelijke variabelen	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt
Behandeling	0,0938 (0,1124)	0,0179 (0,1353)		
TIP			-0,1355* (0,0587)	-0,1231 (0,0718)
Geslacht		-0,0068 (0,2073)		-0,0368 (0,1752)
Leeftijd		-0,0033 (0,0038)		-0,0032 (0,0037)
Limburg		0,0900 (0,3555)		0,1939 (0,3999)
Vlaams-Brabant		-0,1681 (0,4073)		0,0264 (0,4552)
Middelbaar		0,2226 (0,2702)		0,2253 (0,2556)
Professionele bachelor		0,2908 (0,2848)		0,2961 (0,2684)
Academische bachelor		0,1156 (0,3134)		0,1563 (0,2908)
Master		-0,0138 (0,2903)		0,0281 (0,2875)
Doctoraat		0,2719 (0,3426)		0,3715 (0,3663)
Medisch incident		-0,1966 (0,2035)		-0,1799 (0,1870)
Verdere stappen		-0,1267 (0,1458)		-0,0910 (0,1269)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,1280 (0,2545)		0,1536 (0,3124)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,0698 (0,2402)		0,1377 (0,3090)
Opgenomen ziekenhuis: 3 – 5 keer		-0,0888 (0,2574)		-0,1815 (0,3153)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0088 (0,0066)		-0,0076 (0,0065)
Juridische job		-0,1463 (0,2868)		-0,0913 (0,3404)
Job in zorgsector		-0,2246 (0,1391)		-0,1628 (0,1376)
Constante	0,2500* (0,0733)	0,9338 (0,9027)	0,9775* (0,3094)	1,2673 (0,9064)
R ²	0,0105	0,1920	0,0780	0,2418
n	68	68	68	68
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 35: Regressiemodel handeling patiënt scenario zwangerschapsdiabetes

Onafhankelijke variabelen	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt
Behandeling	0,1514 (0,1139)	0,1422 (0,1426)		
TIP			-0,1681* (0,0659)	-0,1747* (0,0755)
Geslacht		0,0707 (0,1909)		-0,0132 (0,2006)
Leeftijd		0,0086 (0,0055)		0,0082 (0,0056)
Limburg		-0,0400 (0,2488)		-0,0660 (0,2267)
Antwerpen		-0,2463 (0,3652)		-0,3293 (0,3040)
Middelbaar		0,2619 (0,2307)		0,2195 (0,2062)
Professionele bachelor		-0,0653 (0,3020)		-0,1516 (0,2706)
Academische bachelor		0,1358 (0,1741)		0,0765 (0,1654)
Master		-0,2762 (0,2247)		-0,1629 (0,2470)
Medisch incident		0,0238 (0,1832)		0,0855 (0,1845)
Verdere stappen		0,2564 (0,2112)		0,1950 (0,2014)
Opgenomen ziekenhuis: niet		0,0913 (0,2107)		0,1064 (0,2002)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		0,0930 (0,2200)		0,0944 (0,2124)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		-0,5424 (0,3392)		-0,3395 (0,3703)
Algemene gezondheidstoestand		0,0022 (0,0042)		0,0046 (0,0041)
Juridische job		0,0838 (0,2167)		-0,0871 (0,2352)
Job in zorgsector		0,1323 (0,1491)		0,1402 (0,1423)
Constante	0,2000* (0,0813)	-0,5341 (0,3667)	1,0894* (0,3353)	0,2789 (0,5538)
R ²	0,0268	0,2448	0,0898	0,2931
n	62	62	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).

Tabel 36: Regressiemodel handeling patiënt scenario onduidelijke echografie

Onafhankelijke variabelen	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt	Handeling patiënt
Behandeling	0,3059*	0,4122*		
	(0,1046)	(0,0967)		
TIP			-0,1310*	-0,1423*
			(0,0449)	(0,0578)
Geslacht		0,0335		0,0588
		(0,1194)		(0,1518)
Leeftijd		-0,0082*		-0,0071
		(0,0037)		(0,0041)
Limburg		-0,4402*		-0,3459*
		(0,1364)		(0,1431)
Antwerpen		-0,5636*		-0,4094*
		(0,1646)		(0,1784)
Middelbaar		-0,1020		-0,1640
		(0,1287)		(0,1612)
Professionele bachelor		-0,1643		-0,1681
		(0,1866)		(0,2317)
Academische bachelor		0,1121		0,0195
		(0,1205)		(0,1337)
Master		-0,2559		-0,2946
		(0,2099)		(0,2967)
Medisch incident		0,0997		0,0442
		(0,1082)		(0,1381)
Verdere stappen		-0,1105		-0,1569
		(0,1407)		(0,1394)
Opgenomen ziekenhuis: niet		-0,1218		-0,1350
		(0,1219)		(0,1233)
Opgenomen ziekenhuis: 1 – 2 keer		-0,2778*		-0,2985*
		(0,1054)		(0,1203)
Opgenomen ziekenhuis: meer dan 12 keer		0,2715		0,4657
		(0,2236)		(0,2946)
Algemene gezondheidstoestand		-0,0070*		-0,0042
		(0,0024)		(0,0025)
Juridische job		0,8454*		0,5442*
		(0,1792)		(0,2689)
Job in zorgsector		-0,0009		0,0173
		(0,0856)		(0,1067)
Constante	0,6400*	2,0276*	1,3774*	2,6191*
	(0,0976)	(0,2840)	(0,1582)	(0,4370)
R ²	0,1543	0,5200	0,1307	0,3973
n	62	62	62	62
Controlevariabelen	Nee	Ja	Nee	Ja

* Statistisch significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05).