



**UHASSELT**

KNOWLEDGE IN ACTION

## Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische wetenschappen

### ***Masterthesis***

#### ***De drijvers van patiënten om te procederen na een medisch incident***

#### **Maxime Vanherle**

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](http://www.uhasselt.be)

Universiteit Hasselt  
Campus Hasselt:  
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt  
Campus Diepenbeek:  
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

**2021**  
**2022**



# Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische  
wetenschappen

## ***Masterthesis***

### ***De drijvers van patiënten om te procederen na een medisch incident***

#### **Maxime Vanherle**

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



## Woord vooraf

---

Deze masterproef vormt het finale stuk van mijn master Toegepaste Economische Wetenschappen met afstudeerrichting Beleidsmanagement aan de Universiteit Hasselt. In dit onderzoek zal nagegaan worden welke factoren een invloed hebben op de intentie van patiënten om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident. De uitwerking van deze masterproef vroeg heel wat toewijding, wilskracht en tijd. Uiteindelijk was het schrijven van deze masterproef een leerzame opportuniteit. Ik had mijn masterproef niet kunnen uitwerken zonder de hulp en steun van een aantal personen. Graag zou ik van de gelegenheid gebruik maken om deze personen te bedanken.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor, Prof. Dr. Dr. Samantha Bielen, bedanken om mij de kans te geven dit interessante onderwerp te onderzoeken. Tevens ben ik mevrouw Lotte Daniels dankbaar voor haar deskundige begeleiding en advies gedurende het proces. Zonder haar zou ik dit resultaat niet hebben kunnen neerzetten. Verder wil ik alle personen bedanken die de tijd en moeite namen om mijn online enquête zo goed mogelijk in te vullen. Deze respondenten hebben ertoe bijgedragen dat ik voldoende input had om mijn onderzoek te kunnen afronden. Tot slot wil ik graag een woord van dank richten tot mijn ouders, familie, vriend en vrienden voor hun steun en bijdrage gedurende mijn gehele opleiding en voornamelijk tijdens het schrijven van mijn masterproef.

Maxime Vanherle  
Diepenbeek, mei 2022



# Samenvatting

---

## Probleemstelling

Ondanks de wereldwijde aandacht voor patiëntveiligheid, komen medische incidenten nog steeds frequent voor. Deze medische incidenten kunnen aanzienlijke fysieke, morele en financiële gevolgen veroorzaken voor de patiënt (Institute of Medicine, 2000). Om slachtoffers van een medisch incident van een gepaste schadevergoeding te voorzien, zijn er diverse vervolgpcedures die geïnitieerd kunnen worden na het voordoen van een medisch incident, zoals het aanspannen van een rechtszaak (Brouwers, 2021). Er bestaan zowel drijvers, waaronder het verkrijgen van een schadevergoeding, als barrières, zoals de relatie met de zorgverstrekker, die patiënten al dan niet aanzetten om vervolgpcedures op te starten (Surbone & Rowe, 2015). Daarnaast bestaan er enkele factoren die een invloed hebben op keuze om vervolgpcedures te initiëren, waaronder de kenmerken van het medisch incident en de patiënt. Doordat er geen consensus bestaat in de literatuur over welke invloed deze kenmerken hebben, maken zorgverstrekkers hier zelf veronderstellingen over. Om hun aansprakelijkheidsrisico te verlagen en zo ook reputatieschade en morele schade te vermijden, weigeren zorgverstrekkers bepaalde bevolkingsgroepen te behandelen of stellen ze mogelijk defensieve handelingen (Fishbain, Bruns, Disorbio, & Lewis, 2008). Om meer duidelijkheid te scheppen voer ik onderzoek naar wat de intentie van patiënten bepaalt om vervolgpcedures te initiëren.

## Methodologie

Door het uitvoeren van een literatuurstudie trachtte ik meer informatie te verkrijgen omtrent medische incidenten en de factoren die een impact zouden kunnen hebben op het initiëren van vervolgpcedures. De literatuurstudie in dit onderzoek diende als basis voor het empirisch onderzoek. In het empirisch onderzoek lag de focus op het onderzoeken van de impact van de ernst van het medisch incident, de patiëntkarakteristieken en de drijvers en barrières op de intentie om vervolgpcedures te initiëren. Ook de impact van de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident op drijvers en barrières werd onderzocht. Voor het empirisch onderzoek heb ik mijn data verzameld via een enquête, die opgesteld werd in het programma Qualtrics. Het onderzoeksdesign dat gebruikt werd in de enquête is een *randomised controlled trial* (RCT). In deze RCT behoren de respondenten die zich inleefden in het scenario van een levensbedreigend medisch incident tot de behandelingsgroep, terwijl de respondenten die zich inleefden in het scenario van een niet-levensbedreigend medisch incident tot de controlegroep behoren. Aan de hand van een *balance check* werd getest of de randomisatie geslaagd was, wat het geval bleek te zijn. Door middel van meerdere OLS-regressiemodellen, werd de impact van de ernst van het medisch incident, de patiëntkarakteristieken (en de drijvers en barrières) onderzocht via het softwareprogramma STATA.

## Resultaten

De verschillende drijvers worden beïnvloed door minstens één van de volgende vier variabelen: de ernst van het incident, leeftijd, het al dan niet hebben van ervaring met een medisch incident en gezondheidsstatus. Ten eerste hechten patiënten bij een levensbedreigend medisch incident aan alle drijvers meer belang, op 1% significantieniveau, dan bij een niet-levensbedreigend medisch incident. Verder zullen oudere mensen of mensen die ervaring hebben met een medisch incident meer belang hechten aan het krijgen van een schadevergoeding. Vervolgens zouden mensen met een minder goede gezondheid het opstellen van zorgstandaarden, het opnemen van verantwoordelijkheid door de zorgverstrekker en het verkrijgen van een verklaring belangrijker vinden dan mensen met een goede gezondheid.

De barrières om vervolgprocedures niet te initiëren worden beïnvloed door vijf variabelen: de ernst van het medisch incident, leeftijd, educatie, inkomen en het al dan niet hebben van een juridische of medische achtergrond. Ten eerste zullen mensen bij een levensbedreigend medisch incident de relatie met de zorgverstrekker minder als barrière zien om vervolgprocedures te initiëren dan bij een niet-levensbedreigend incident. Verder zien jongere mensen de grootte van de compensatie en de duur, complexiteit en kostprijs van het proces als een grotere barrière dan oudere mensen. Een ander evident resultaat is dat mensen met een hogere educatie een medisch incident 0,792 punten op een zevenpuntschaal vaker herkennen dan mensen met een lagere educatie. Bovendien zouden mensen met een hoger inkomen de relatie met de zorgverstrekker 0,841 punten op een zevenpuntschaal meer zien als een barrière dan mensen met een lager inkomen. Tevens zouden mensen met een juridische of medische achtergrond minder belang hechten aan de relatie met de zorgverstrekker en zullen ze een medisch incident sneller herkennen.

De vervolgprocedures die het frequentst zouden worden opgestart na een medisch incident zijn twee van de vervolgprocedures zonder tussenkomst van de rechtbank, namelijk het vragen naar het medisch dossier en het veranderen van zorgverstrekker. De vervolgprocedure met tussenkomst van het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) komt op de derde plaats te staan, vóór het aanspannen van een rechtszaak tegen de betrokken zorgverstrekker.

De intentie van patiënten om vervolgprocedures te initiëren wordt allereerst significant beïnvloed door vier patiëntkarakteristieken: leeftijd, het al dan niet hebben van een juridische of medische achtergrond, geslacht en inkomen. Oudere mensen en mensen met een juridische of medische achtergrond zouden frequenter vervolgprocedures initiëren. Verder zouden vrouwen 0,789 punten op een zevenpuntschaal vaker hun medisch dossier opvragen dan mannen. Ten derde heeft het inkomen van de mensen een negatieve impact op het aanspannen van een rechtszaak tegen de zorgverstrekker. Naast de patiëntkarakteristieken, heeft ook de ernst van het medisch incident een beduidend positieve impact op de intentie om diverse vervolgprocedures op te starten na een medisch incident. Bij een levensbedreigend medisch incident zouden patiënten dus frequenter vervolgprocedures initiëren dan bij een niet-levensbedreigend medisch incident.

Vervolgens zijn er vier drijvers die een significante impact hebben op de keuze om vervolgpcedures te initiëren: compensatie, zorgstandaarden, verantwoordelijkheid en verklaring. Mensen die een compensatie wensen, zouden alle vervolgpcedures frequenter initiëren, behalve het indienen van een klacht bij de ombudsdienst. Ten tweede zouden mensen die verlangen dat het medisch incident niet nog eens gebeurt in de toekomst 0,699 punten op een zevenpuntschaal meer vragen naar hun medisch dossier dan mensen die dit niet verlangen. Mensen die belang hechten aan het opnemen van de verantwoordelijkheid door de zorgverstrekker zouden daarentegen 0,256 punten op een zevenpuntschaal minder frequent vragen naar hun medisch dossier. De respondenten die het belangrijk vinden om een verklaring over het medisch incident te krijgen, zouden 0,135 punten op een zevenpuntschaal meer stimulans hebben om vervolgpcedures te initiëren. De drijvers waar over het algemeen het meeste belang gehecht wordt zijn de niet-monetaire drijvers, waaronder het verkrijgen van een verklaring over het medisch incident. Naast deze vier drijvers, zijn er twee barrières die een significante impact hebben op de keuze om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident, namelijk de relatie met de zorgverstrekker en de complexiteit, duur en kostprijs van het proces. De respondenten die de complexiteit, duur en kostprijs van het proces als barrière zien, zouden 0,179 punten op een zevenpuntschaal minder frequent een rechtszaak tegen de zorgverstrekker aanspannen. Verder heeft de relatie met de zorgverstrekker een negatieve impact op het initiëren van vervolgpcedures.

#### Kritische beschouwingen

Dit onderzoek kende echter ook enkele beperkingen die aanleiding kunnen geven tot toekomstig interessant onderzoek. Dit onderzoek is gebaseerd op een enquête met een hypothetisch scenario, waardoor het antwoord van de respondenten mogelijks afwijkt van de stappen die ze in werkelijkheid zouden ondernemen (*hypothetical bias*). De randomisatie gebeurde in een laboratoriumexperiment, wat impliceert dat de externe validiteit eerder laag is en de resultaten niet kunnen veralgemeend worden voor de gehele populatie. Ook het feit dat de enquête voornamelijk uitgestuurd is in Limburg zorgt ervoor dat de resultaten niet representatief zijn voor Vlaanderen. Verder wordt de interne validiteit niet integraal gewaarborgd, doordat er een verschil bestaat na de randomisatie tussen de behandelingsgroep en de controlegroep op basis van het geslacht van de respondenten. Vervolgens zijn er ook enkele variabelen, waaronder etniciteit, geëlimineerd uit de analyse, omdat er te weinig variatie zat in de antwoorden van de respondenten. Dit kan beholpen worden door een grotere steekproef te bevragen.





# Inhoudsopgave

---

<b>WOORD VOORAF .....</b>	<b>1</b>
<b>SAMENVATTING.....</b>	<b>3</b>
<b>INHOUDSOPGAVE .....</b>	<b>7</b>
<b>PROBLEEMSTELLING.....</b>	<b>9</b>
<b>ONDERZOEKSOPZET .....</b>	<b>11</b>
<b>LITERATUURSTUDIE.....</b>	<b>13</b>
1.    MEDISCHE INCIDENTEN .....	13
1.1. <i>Betekenis</i> .....	13
1.2. <i>Medische incidenten in België</i> .....	15
1.3. <i>Vervolgprocedures in België</i> .....	16
1.4. <i>Conclusie</i> .....	19
2.    DRIJVERS EN BARRIÈRES VOOR INITIATIE VERVOLGPROCEDURES .....	19
2.1. <i>Drijvers om vervolgprocedures te initiëren</i> .....	19
2.2. <i>Barrières voor initiatie vervolgprocedures</i> .....	21
2.3. <i>Conclusie</i> .....	22
3.    FACTOREN DIE VERVOLGPROCEDURES BEÏNVLOEDEN .....	22
3.1. <i>Kenmerken van het incident</i> .....	22
3.2. <i>Kenmerken van de patiënt</i> .....	23
3.3. <i>Conclusie</i> .....	27
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>29</b>
1.    DATAVERZAMELING.....	29
2.    DATA CLEANING .....	30
3.    STEEKPROEF.....	32
4.    ASSUMPTIES .....	32
5.    DATA-ANALYSE.....	33
5.1 <i>Beschrijvende statistieken</i> .....	33
5.2 <i>OLS-Regressiemodellen</i> .....	34
<b>RESULTATEN .....</b>	<b>37</b>
1.    BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN .....	37
1.1 <i>Vervolgprocedures</i> .....	37
1.2 <i>Drijvers</i> .....	37
1.3 <i>Barrières</i> .....	38
2.    OLS-REGRESSIEMODELLEN .....	38
2.1. <i>Regressie 1</i> .....	38
2.2. <i>Regressie 2</i> .....	40
2.3. <i>Regressie 2 met interactietermen</i> .....	42
2.4. <i>Regressie 3</i> .....	43
2.5. <i>Regressie 3 met interactietermen</i> .....	43
<b>DISCUSSIE.....</b>	<b>47</b>
1.    DRIJVERS EN BARRIÈRES.....	47
1.1. <i>Rangorde</i> .....	47

1.2.	<i>Impact ernst van het medisch incident</i> .....	47
1.3.	<i>Impact patiëntkarakteristieken</i> .....	47
2.	VERVOLGPROCEDURES.....	49
2.1.	<i>Rangorde</i> .....	49
2.2.	<i>Impact ernst van het medisch incident</i> .....	49
2.3.	<i>Impact patiëntkarakteristieken</i> .....	49
2.4.	<i>Impact drijvers en barrières</i> .....	50
<b>CONCLUSIE</b> .....		<b>53</b>
1.	BELEIDSAANBEVELINGEN.....	53
2.	BEPERKINGEN.....	53
3.	SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK.....	54
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....		<b>55</b>
<b>BIJLAGE: ENQUÊTE</b> .....		<b>61</b>

## Probleemstelling

---

Een belangrijke evolutie in de gezondheidszorg rond patiëntveiligheid startte dankzij twee publicaties van het *Institute of Medicine*, een Amerikaans instituut dat onderzoek voert naar beleidskwesties met betrekking tot de volksgezondheid (Institute of Medicine, 2000; Longo, Hewett, Ge, & Schubert, 2005). Enerzijds publiceerde het *Institute of Medicine* in 2000 het rapport *To Err Is Human*. In dit rapport werd het probleem met betrekking tot de medische incidenten in de Amerikaanse gezondheidszorg aangekaart en werd er bekeken hoe deze incidenten verminderd konden worden om de patiëntveiligheid in Amerika te verbeteren (Institute of Medicine, 2000; Longo et al., 2005). Anderzijds werd in 2001 het rapport *Crossing the Quality Chasm* gepubliceerd waarin een oproep werd gedaan om meer aandacht te schenken aan kwaliteitsvolle zorg. Om kwaliteitsvolle zorg te garanderen, zouden er verbeteringen moeten doorgevoerd worden op zes domeinen binnen de gezondheidszorg, waaronder patiëntveiligheid (Institute of Medicine, 2001; Longo et al., 2005). Sindsdien hebben ook andere landen meer maatregelen genomen om de gezondheidszorg veiliger te maken en zo de medische incidenten in ziekenhuizen te beperken (Mooter, 2009).

Ondanks de wereldwijde aandacht voor patiëntveiligheid, komen medische incidenten nog steeds frequent voor. Zo vindt een medisch incident plaats bij ongeveer 10% van de ziekenhuisopnames in Europa (World Health Organization, 2022). Uiteraard brengen dergelijke medische incidenten heel wat gevolgen met zich mee. Ten eerste is het mogelijk dat het incident gepaard gaat met fysieke en/of morele schade voor de patiënt en/of familieleden (Wears & Wu, 2002). Zo is het overlijden van een patiënt omwille van een medisch incident de achtste meest voorkomende doodsoorzaak in de Verenigde Staten van Amerika, vóór het aantal overlijdens als gevolg van ongevallen met motorvoertuigen, borstkanker of aids. Verder zijn medische incidenten kostelijk voor zowel de maatschappij als voor de patiënt zelf (Institute of Medicine, 2000). Bovendien kunnen de incidenten aanleiding geven tot medische geschillen tussen de patiënt en de zorgverstreker. Deze medische geschillen vereisen bemiddeling die verkregen kan worden door vervolgpcedures op te starten, zoals een rechtszaak tegen de betrokken zorgverstreker (Chen et al., 2018).

Er bestaan verschillende procedures die door de patiënt kunnen worden opgestart na een medisch incident. Zo kunnen patiënten onder andere een rechtszaak aanspannen, een klacht indienen bij de ombudsdienst of een aanvraag doen voor het verkrijgen van een schadevergoeding bij het fonds voor medische ongevallen. Daarnaast kunnen ze er ook voor kiezen om te veranderen van huisarts, een gesprek aan te gaan met de betrokken zorgverstreker of hun medisch dossier aan te vragen (Brouwers, 2021). Er bestaan zowel drijvers als barrières die patiënten al dan niet aanzetten tot het opstarten van vervolgpcedures. Enerzijds kan er een schadevergoeding verkregen worden voor de schade veroorzaakt door het medisch incident of een verklaring verkregen worden over het medisch incident. Bovendien kan de patiënt verzekerd worden dat dit medisch incident niet nog eens zal gebeuren in de toekomst (Bismark, Dauer, Paterson, & Studdert, 2006). Anderzijds kan de procedure langdurig, kostelijk en complex zijn voor de patiënt en de goede relatie met de zorgverstreker beschadigen (McCarthy, 2010; Surbone & Rowe, 2015).

De intentie van patiënten om dergelijke procedures op te starten, wordt grotendeels beïnvloed door kenmerken gerelateerd aan het incident, de zorgverstrekker, de patiënt en/of de arts-patiëntrelatie (Fishbain et al., 2008). Doordat er al relatief veel informatie beschikbaar is over de invloed van het gedrag van artsen op het initiëren van vervolgpcedures, focus ik in mijn onderzoek vooral op de impact van de kenmerken gerelateerd aan het medisch incident en de patiënt. De impact van de kenmerken van het incident komt heel gering aan bod in de bestaande literatuur. Volgens enkele onderzoekers zou de ernst van het medisch incident een positieve invloed hebben op het initiëren van een rechtszaak, het aangaan van een gesprek met de zorgverstrekker en het veranderen van zorgverstrekker in de toekomst (Mazor et al., 2004; Penchansky & Macnee, 1994). Hierover zijn echter niet alle onderzoekers het eens (May & Stengel, 1990).

De impact van de kenmerken van patiënten op het initiëren van vervolgpcedures na een medisch incident is vooral in de Verenigde Staten van Amerika reeds onderzocht. Hieruit blijkt dat de patiëntkarakteristieken inkomen, leeftijd, opleidingsniveau, geslacht, etniciteit en het al dan niet hebben van een zorgverzekering de keuze van patiënten om vervolgpcedures te initiëren, beïnvloeden (Burstin, Johnson, Lipsitz, & Brennan, 1993; Fishbain et al., 2008). In de literatuur kan er echter geen consensus worden teruggevonden over welke patiëntkarakteristieken een positieve of negatieve impact hebben op de initiatie van vervolgpcedures. Doordat er onduidelijkheid heerst over welke patiëntkarakteristieken het aansprakelijkheidsrisico van artsen bepalen, maken zorgverstrekkers zelf veronderstellingen over welke invloed deze patiëntkarakteristieken hebben. Hierdoor weigeren zorgverstrekkers bepaalde bevolkingsgroepen te behandelen of stellen ze mogelijk defensieve handelingen om hun aansprakelijkheidsrisico te verlagen. Zij trachten immers reputatieschade en morele schade te vermijden. Bepaalde zorgverstrekkers discrimineren bijgevolg onbewust op basis van hun perceptie over de frequentie van de initiatie van vervolgpcedures (Fishbain et al., 2008). Hierom is het belangrijk dat er onderzoek gedaan wordt naar de impact van patiëntkarakteristieken op het initiëren van vervolgpcedures na een medisch incident.

In mijn onderzoek beoog ik een antwoord te geven op de vraag: "Wat bepaalt de intentie van patiënten om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident?" Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, heb ik enkele deelvragen opgesteld:

- Op welke wijze kunnen medische incidenten worden afgehandeld in België?
- Wat drijft patiënten om na een medisch incident vervolgpcedures te initiëren ten aanzien van de behandelde arts?
- Welke factoren hebben een impact op het initiëren van vervolgpcedures na een medisch incident ten aanzien van de behandelde arts?
- Welke impact hebben patiëntkarakteristieken op de verschillende drijvers en barrières om vervolgpcedures te initiëren en op de intentie om eventuele vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident in Vlaanderen?
- Welke impact heeft de ernst van het medisch incident op de verschillende drijvers en barrières om vervolgpcedures te initiëren en op de intentie om eventuele vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident in Vlaanderen?
- Welke impact hebben de drijvers en barrières om vervolgpcedures te initiëren op de intentie om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident in Vlaanderen?

# Onderzoeksopzet

---

De eerste stap in mijn onderzoek naar welke factoren de intentie bepalen om vervolgprocedures te initiëren na een medisch incident, was het uitvoeren van een literatuurstudie. Hierbij heb ik mij gefocust op de volgende deelvragen:

- Op welke wijze kunnen medische incidenten worden afgehandeld in België?
- Wat drijft patiënten om na een medisch incident vervolgprocedures te initiëren ten aanzien van de behandelde arts?
- Welke factoren hebben een impact op het initiëren van vervolgprocedures na een medisch incident ten aanzien van de behandelde arts?

Om deze informatie te verkrijgen, maakte ik gebruik van Google Scholar en de online bibliotheek van UHasselt. Aangezien ik onder andere wou achterhalen op welke manier medische incidenten aangepakt worden in België, ging ik ook op zoek naar informatie op Belgische overheidssites. Om artikels en studies op deze online platformen te vinden die aansluiten bij mijn onderzoek, zocht ik op basis van combinaties van trefwoorden. De meest gebruikte trefwoorden zijn "medical incident", "malpractice litigation", "medical error" en "adverse events". De meerderheid van de gevonden literatuur is geschreven in het Engels, met uitzondering van de informatie verkregen van de Belgische overheidswebsites die in het Nederlands te vinden is. Al deze literatuur werd gepubliceerd in de periode van 1990 – 2021. Doordat de evolutie in de gezondheidszorg rond patiëntveiligheid rond 2000 zijn hoogtepunt kende, is dit een acceptabele tijdsperiode.

Daarna verzamel ik, omwille van het beperkte onderzoek omtrent medische incidenten in Vlaanderen en België, via een enquête gegevens over de gedachten en gevoelens van Vlamingen na een medisch incident. Hierbij heb ik mij gefocust op de volgende drie deelvragen:

- Welke impact hebben patiëntkarakteristieken op de verschillende drijvers en barrières om vervolgprocedures te initiëren en op de intentie om eventuele vervolgprocedures te initiëren na een medisch incident in Vlaanderen?
- Welke impact heeft de ernst van het medisch incident op de verschillende drijvers en barrières om vervolgprocedures te initiëren en op de intentie om eventuele vervolgprocedures te initiëren na een medisch incident in Vlaanderen?
- Welke impact hebben de drijvers en barrières om vervolgprocedures te initiëren op de intentie om vervolgprocedures te initiëren na een medisch incident in Vlaanderen?

De enquête zal gebaseerd zijn op een *randomised controlled trial* (RCT) waarbij de randomisatie gebeurd op basis van de ernst van het medisch incident. De respondenten die zich moeten inleven in het scenario van een levensbedreigend medisch incident zullen tot de behandelingsgroep behoren, terwijl de respondenten die zich moeten inleven in het niet-levensbedreigend medisch incident tot de controlegroep behoren. Verder zal gevraagd worden aan de respondenten hoe waarschijnlijk het zou zijn dat ze een vervolgprocedure initiëren na het beschreven medisch incident en in welke mate ze akkoord gaan met de drijvers en barrières om al dan niet een vervolgprocedure te initiëren. Tot slot worden ook enkele demografische gegevens aan de respondenten gevraagd. Uiteindelijk zal ik,

op basis van de data verzameld in de enquête, enkele regressiemodellen uitvoeren. Hierdoor kan ik enerzijds de impact van de ernst van het medisch incident en de patiëntkarakteristieken op de verschillende drijvers en barrières analyseren. Anderzijds kan ook de impact van de ernst van het medisch incident, de patiëntkarakteristieken en de drijvers en barrières op de intentie om vervolgpcedures te initiëren, onderzocht worden.

# Literatuurstudie

---

## 1. Medische incidenten

Om te onderzoeken welke factoren een impact hebben op de intentie om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident, is het belangrijk om het begrip "medisch incident" te verduidelijken in het actuele zorgsysteem en de gevolgen van dergelijke incidenten te begrijpen. Verder worden de verschillende procedures besproken die een patiënt kan opstarten tegen de betrokken zorgverstrekker na een medisch incident.

### 1.1. Betekenis

Een medisch incident kan gedefinieerd worden als "een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of nog kan leiden" (Wagner & Wal, 2005). Hieruit wordt afgeleid dat medische incidenten niet het gevolg zijn van opzettelijke handelingen door individuen maar eerder van onopzettelijk gedrag (Chen et al., 2018). Wanneer een medisch incident geen schade tot gevolg heeft, spreken de auteurs van een *near miss*. Ingeval er wel sprake is van onbedoelde schade, wordt het incident omschreven als een complicatie of een nadelige gebeurtenis. Uit Tabel 1 kan afgeleid worden dat het verschil tussen beide begrippen ligt bij de oorzaak van het medisch incident (Wagner & Wal, 2005).

Een nadelige gebeurtenis (een zogenaamde "*adverse event*") is een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door een medische fout van de zorgverlener of het zorgsysteem met schade voor de patiënt (Hellings et al., 2017; Wagner & Wal, 2005). Deze schade is zodanig ernstig dat de patiënt een tijdelijke of permanente beperking ervaart of zelfs kan overlijden (Wagner & Wal, 2005). Wagner and Wal (2005) maken een onderverdeling in deze medische fouten, die verduidelijkt wordt door voorbeelden uit de literatuur:

- Organisatorische fouten zoals verkeerde patiëntenidentificatie en overdrachtsfouten (Belgische Senaat, 2005; Vlaams Patiëntenplatform, 2012).
- Menselijke fouten, zoals slechte handhygiëne en verkeerde afweging van medicatie (Jin, Munechika, Sano, & Kajihara, 2012; Vlaams Patiëntenplatform, 2012).
- Technische fouten, zoals storingen in medische apparatuur (Europese Commissie, 2015).

Deze medische fouten zouden kunnen vermeden worden wanneer de zorgverlener zou hebben gehandeld volgens de professionele maatstaf en/of er geen gebreken waren in het zorgsysteem (Wagner & Wal, 2005).

In tegenstelling tot een nadelige gebeurtenis, is een complicatie niet vermijdbaar. In Tabel 1 wordt beschreven dat een complicatie of een bijwerking een onvoorziene reactie is van de patiënt of de onderliggende ziekte zelf tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener. Het incident wordt dus niet rechtstreeks veroorzaakt door het handelen van de zorgverstrekker of het zorgsysteem. Een complicatie is nadelig voor de gezondheid van de patiënt en kan leiden tot een aanpassing van de behandeling of zelfs onherstelbare schade (Wagner & Wal, 2005). De meest voorkomende bijwerkingen zijn complicaties van geneesmiddelen (19%), wondinfecties (14%) en technische complicaties (13%) (Belgische Senaat, 2005; Europese Commissie, 2015; Jin et al., 2012).



**Tabel 1** Beschrijving variabelen

Begrippen	Beschrijving
Medisch incident	Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of nog kan leiden.
Near miss	Een medisch incident dat geen schade tot gevolg heeft.
Adverse event	Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door een medische fout van de zorgverlener of het zorgsysteem met schade voor de patiënt. Deze schade is zodanig ernstig dat de patiënt een tijdelijke of permanente beperking ervaart of zelfs kan overlijden.
Complicatie	Een onvoorziene reactie van de patiënt of de onderliggende ziekte zelf tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener. Deze reactie is nadelig voor de gezondheid van de patiënt en kan leiden tot een aanpassing van de behandeling of zelfs onherstelbare schade.

(Wagner & Wal, 2005)

Deze complicaties of nadelige gebeurtenissen brengen zowel voor de zorgverstrekker (*second victime*) als voor de patiënten en familieleden (*first victime*) gevolgen met zich mee (Wears & Wu, 2002). Volgens Abd Elwahab and Doherty (2014) heeft ongeveer 80% van de zorgverstrekkers last van negatieve emoties zoals schuldgevoel en schaamte na een nadelige gebeurtenis of een complicatie. Deze emoties kunnen leiden tot blijvende of langdurige gevolgen voor de zorgverstrekker waaronder slapeloosheid en het verlies van zelfvertrouwen. Hierdoor is het mogelijk dat de kwaliteit van de zorg afneemt en er meer medische fouten voorkomen (O'Beirne, Sterling, Palacios-Derflingher, Hohman, & Zwicker, 2012). Net als de zorgverstrekkers, kunnen ook patiënten emotionele schade ervaren na een medisch incident. Doordat patiënten behandeld worden voor een ziekte, bevinden ze zich meestal reeds in een kwetsbare positie voordat het medisch incident plaatsvindt. Hierdoor beleven deze patiënten sterke gevoelens wanneer er een medisch incident voorvalt (Coulter & Vincent, 2002). Uiteindelijk kan dit resulteren in een posttraumatische stressstoornis (PTSS), wat betekent dat patiënten last hebben van verontrustende herinneringen, depressies en angsten met betrekking tot het medisch incident (Abd Elwahab & Doherty, 2014).

Verder kunnen deze complicaties of nadelige gebeurtenissen leiden tot gevolgen voor de gezondheid van de patiënt. Zo kan een medisch incident in het ergste geval resulteren in het overlijden van de patiënt (Chen et al., 2018). Het overlijden van een patiënt omwille van een medisch incident is de achtste meest voorkomende doodsoorzaak in de Verenigde Staten van Amerika (44000 - 98000 Amerikanen/jaar), vóór sterfgevallen als gevolg van ongevallen met motorvoertuigen (43.458 Amerikanen/jaar), borstkanker (42.297 Amerikanen/jaar) of aids (16.516 Amerikanen/jaar). Ook wanneer het niet resulteert in het overlijden van de patiënt, kan de patiënt blijvend invalide zijn na een medisch incident (Institute of Medicine, 2000). Een medisch incident kan het leven, de gezondheid en het welzijn van de patiënt significant wijzigen (Chen et al., 2018).

Naast mogelijke gezondheidsgevolgen, kunnen medische incidenten gepaard gaan met verhoogde medische kosten. Er zijn twee soorten medische kosten die gelinkt zijn aan medische incidenten: directe en indirecte kosten. De directe kosten verwijzen naar hogere uitgaven voor de gezondheidszorg zelf, terwijl indirecte kosten verwijzen naar factoren zoals productiviteitsverlies, arbeidsongeschiktheidskosten en persoonlijke zorgkosten (Institute of Medicine, 2000). In een onderzoek van Thomas et al. (1999) werden de kosten van 459 ongewenste incidenten geanalyseerd in Colorado en Utah. De onderzoekers schatten de indirecte en directe kosten samen op ongeveer 662 miljoen dollar of 585 miljoen euro. De directe kosten telden ongeveer 348 miljoen dollar of 308 miljoen euro (Thomas et al., 1999).

Ten laatste kunnen incidenten ook leiden tot een geschil tussen de zorgverstrekker en de patiënt. Medische geschillen worden door Chen et al. (2018) gedefinieerd als gebeurtenissen die bemiddeling door een derde partij vereisen, omdat de goede relatie tussen de zorgverstrekker en de patiënt geschaad wordt. De vereiste bemiddeling tussen de zorgverstrekker en de patiënt kan worden verkregen door vervolgpcedures op te starten, waaronder een rechtszaak tegen de betrokken zorgverstrekker (Chen et al., 2018).

## **1.2. Medische incidenten in België**

In 2000 publiceerde het *Institute of Medicine*, de commissie voor kwaliteitszorg in Amerika die nu beter bekend is als *National Academy of Medicine*, een rapport over medische fouten in de gezondheidszorg. In dit rapport werd het probleem met betrekking tot de medische incidenten in de Amerikaanse gezondheidszorg aangekaart en werd er bekeken hoe deze incidenten konden verminderd worden om de patiëntveiligheid in Amerika te verbeteren (Institute of Medicine, 2000). Vanaf dit rapport werd er wereldwijd meer aandacht gevestigd op patiëntveiligheid en zo ook op het beperken van medische incidenten in de gezondheidszorg. Sindsdien heeft ook de Belgische overheid meer maatregelen genomen om de gezondheidszorg in België veiliger te maken en zo de medische incidenten in Belgische ziekenhuizen te beperken (Mooter, 2009).

In 2007, 2013 en 2018 stelde de federale overheid in België een contract op betreffende de coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid. Ziekenhuizen die dergelijk contract ondertekenden kregen financiële steun om hun gezondheidszorg veiliger en kwaliteitsvoller te maken en dienden in ruil een patiëntveiligheidsplan op te maken in overeenstemming met het meerjarig programma van de federale overheid (Hellings et al., 2017; Vlaams Patiëntenplatform, 2012). De deelnemende ziekenhuizen werden nauwgezet opgevolgd. Zij moesten jaarlijks een rapport inleveren omtrent de voortgang van hun activiteiten om te komen tot een patiëntveiliger ziekenhuisomgeving. Uit deze jaarlijkse rapporten kunnen we concluderen dat het meerjarig programma van de federale overheid heeft bijgedragen aan een betere rapportage van het aantal medische incidenten, waardoor deze incidenten ook verminderd zijn. Zo stijgt de analyse van medische incidenten tussen 2007 en 2012, waardoor ook het aantal gemelde medische incidenten daalt tussen 2011 en 2012. Het type incidenten dat het meest gerapporteerd werd, zijn medische incidenten met betrekking tot de medicatie of IV-vloeistoffen, het proces van de zorg, het gedrag van het personeel of de patiënt en een ongeval zoals een valincident (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2016).

Verder werd in 2010 het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) opgericht. Dit fonds geeft enerzijds advies aan de patiënt over de omvang van de schade en de eventuele aansprakelijkheid van de zorgverstreker. Anderzijds stelt het FMO statistieken en een jaarlijks activiteitenverslag op omtrent medische incidenten. In dit activiteitenverslag staat onder andere vermeld hoeveel dossiers er werden opgestart. Deze cijfers zouden kunnen gebruikt worden als de nationale cijfers over het aantal medische incidenten in België. Natuurlijk bestaan er slachtoffers van een medisch incident die niet kiezen om een dossier op te starten bij het FMO, waardoor dit slechts een indicatie is van de nationale cijfers omtrent medische incidenten. Op basis van het activiteitenverslag geeft het Fonds voor Medische Ongevallen wel algemene adviezen aan de gezondheidszorg om medische incidenten in de toekomst te verminderen.

Ondanks alle maatregelen zijn er slechts beperkte nationale cijfers over medische incidenten beschikbaar in België (Hellings et al., 2017). Andere landen, zoals Nederland en het Verenigd Koninkrijk, beschikken wel over deze cijfers. België beschikt echter wel over cijfers omtrent medische incidenten per ziekenhuis. De reden hiervoor is dat België meldsystemen heeft die zich beperken tot het eigen ziekenhuis. Dit kunnen we ook afleiden uit de jaarlijkse rapporten die melden dat meer ziekenhuizen doorheen de tijd over een ziekenhuisbreed, elektronisch meldsysteem beschikken om medische incidenten aan te geven (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2016). Om nationale cijfers over medische incidenten te bekomen, is er nood aan een centraal meldsysteem. Op die manier kan er een preventiebeleid worden opgezet om het aantal medische incidenten te doen dalen (Vlaams Patiëntenplatform, 2012). Zowel het centraal meldsysteem als het meldsysteem van ziekenhuizen zou aan enkele voorwaarden moeten voldoen (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2007):

- Er mag geen straf opgelegd worden aan de betrokken zorgverstreker.
- Er moet confidentieel omgegaan worden met de gegevens met betrekking tot de melding.
- De melding moet onderzocht worden door experts.
- De manier waarop soortgelijke incidenten vermeden kunnen worden in de toekomst moet op tijd gecommuniceerd worden.

Terwijl meldsystemen informatie verzamelen en analyseren over medische incidenten om iets te zeggen over de patiëntveiligheid van bepaalde activiteiten van zorgverstrekkers, geven patiëntveiligheidsindicatoren een meting van het niveau van patiëntveiligheid in een afdeling, ziekenhuis of land. Zowel een meldsysteem als patiëntveiligheidsindicatoren zijn nodig om een patiëntveilige zorg aan te bieden (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2007).

### **1.3. Vervolgprocedures in België**

Medische incidenten komen nog steeds voor in het Belgische zorgsysteem (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2007). Om slachtoffers van een medisch incident van een gepaste schadevergoeding te voorzien, bestaan er verschillende vervolgprocedures die opgestart kunnen worden na een medisch incident. Er zijn drie grote categorieën van vervolgprocedures: vervolgprocedures zonder tussenkomst van de rechtbank, een vervolgprocedure met tussenkomst van de rechtbank en een vervolgprocedure met tussenkomst van het Fonds voor Medische Ongevallen.

Allereerst wordt de vervolprocedure zonder tussenkomst met de rechtbank besproken. De patiënt kan onder andere een klacht indienen bij de ombudsdienst na het medisch incident. Deze vervolprocedure staat vervat in de wet betreffende de rechten van de patiënt. Deze wet is afgekondigd in België op 22 augustus 2002 omwille van de toenemende nood om de rechtspositie van de patiënten te versterken (Belgische Senaat, 2002). De wet betreffende de rechten van de patiënt houdt zeven patiëntenrechten in, waarvan zes echte patiëntenrechten zijn en het laatste het recht op vertegenwoordiging is (Belgische Staatsblad, 2002; Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2016). Vooral het eerste patiëntenrecht is belangrijk binnen het kader van medische incidenten. Deze vermeldt dat de patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle zorg (Belgische Staatsblad, 2002; Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2016). Volgens het *Institute of Medicine* (2001) wordt kwaliteitsvolle zorg onder andere gekenmerkt door patiëntveiligheid, wat omschreven wordt als het voorkomen van schade aan patiënten veroorzaakt door de zorg. Wanneer medische incidenten zich voordoen en de patiëntveiligheid in gedrang komt, kan het recht van de patiënt omtrent kwaliteitsvolle zorg geschonden worden (Institute of Medicine, 2001; Vlaams Patiëntenplatform, 2012).

Niet alleen het eerste patiëntrecht, maar ook het recht op vertegenwoordiging is belangrijk in het kader van patiëntveiligheid. Dankzij het recht op vertegenwoordiging, kan de patiënt na een medisch incident een klacht neerleggen bij de ombudsdienst (Belgische Staatsblad, 2002; Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2016). Iedere patiënt kan genieten van dit recht met uitzondering van minderjarigen en meerderjarigen die niet in staat zijn hun wil uit te oefenen, zoals comateuze patiënten. Deze patiënten kunnen een beroep doen op een vertegenwoordiger (Belgische Staatsblad, 2002; Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2016). Wanneer een medisch incident betrekking heeft op een beroepsbeoefenaar in het ziekenhuis, moeten slachtoffers van het medisch incident zich richten aan de ombudsdienst van het ziekenhuis zelf. Het medisch incident kan ook plaatsgevonden hebben in een psychiatrisch ziekenhuis of in de ambulante sector. De patiënt moet zich dan richten naar de ombudspersoon van het overlegplatform van de geestelijke gezondheidszorg of de federale ombudsdienst (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2020).

De procedure wordt opgestart door de patiënt die schriftelijk of mondeling een klacht neerlegt bij de bevoegde ombudsdienst met betrekking tot het medisch incident. Daarna zal de ombudspersoon de patiënt en de zorgverstreker eerst stimuleren om, onder begeleiding, met elkaar in gesprek te gaan (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2020). De patiënt kan er ook voor kiezen om onmiddellijk, eventueel met begeleiding, met de betrokken zorgverstreker in gesprek te gaan zonder een klacht in te dienen bij de ombudsdienst (Iedema et al., 2008). Wanneer de patiënt en/of de zorgverstreker niet bereid zijn om in gesprek te gaan, zal de ombudspersoon als onafhankelijke tussenpersoon functioneren. Het doel van de ombudspersoon is om door middel van goede communicatie het conflict tussen de patiënt en zorgverstreker te verzachten. Indien er geen oplossing kan gevonden worden waar zowel de patiënt als de zorgverstreker mee akkoord gaan, zal de ombudspersoon de patiënt doorverwijzen naar andere mogelijkheden van conflictbehandeling, waaronder de rechtbank (Federale overheidsdienst volksgezondheid, 2020).

Naast de vervolgpcedures zonder tussenkomst van de rechtbank, kan de patiënt ervoor kiezen om een rechtszaak aan te spannen tegen de betrokken zorgverstreker (Tsimtsiou, Kirana, Hatzimouratidis, & Hatzichristou, 2014). Natuurlijk neemt dit tijd in beslag en kan het heel kostelijk zijn voor de beide partijen (Hickson, Clayton, Githens, & Sloan, 1992). Volgens Jaray (2012) liggen in Amerika de proceskosten bij een medische fout hoger dan 100 000 dollar voor beide partijen. Verder gaat een rechtszaak gepaard met stress voor beide partijen (Ryll, 2015). De patiënt zal moeten omgaan met gevoelens zoals woede en haat, terwijl de zorgverstreker eerder gevoelens van vernedering en angst ervaart (Jaray, 2012).

Ten derde bestaat er ook nog een vervolgpprocedure met tussenkomst van het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO). Het FMO is een onderdeel van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering van de Vlaamse overheid (Rijksdienst voor ziekte en invaliditeitsverzekering, 2021). Dit fonds werd opgericht bij wet van 31 maart 2010 en kwam voort uit enkele problemen die zich voordeden bij de andere vervolgpcedures. Ten eerste is de procedure om een rechtszaak te initiëren, zoals hierboven vermeld, te langdurig en te onzeker voor de meerderheid van de patiënten. Daarnaast werd er te frequent een rechtszaak aangespannen tegen de zorgverstreker, zelfs wanneer de patiënten niet in hun recht waren, wat een gevolg had voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Tot slot werden patiënten met een medisch incident waarbij geen enkele zorgverstreker aansprakelijk gesteld kan worden niet vergoed, terwijl dit in bepaalde gevallen wel zou moeten gebeuren (Boone & Lierman, 2011; Smeehuijzen & Akkermans, 2013).

Om deze problemen aan te pakken, geeft het Fonds voor Medische Ongevallen advies aan de patiënt over de omvang van de schade en de eventuele aansprakelijkheid van de zorgverstreker (Rijksdienst voor ziekte en invaliditeitsverzekering, 2021). Wanneer het FMO concludeert dat de zorgverstreker aansprakelijk is voor het medisch incident, zal de verzekeraar van de zorgverstreker de schade moeten vergoeden aan de patiënt. Daarnaast kan het FMO ook concluderen dat geen enkele zorgverstreker aansprakelijk gesteld kan worden voor het medisch incident. Het FMO zal dan zelf de schade veroorzaakt door het medisch incident vergoeden, ingeval de schade voldoet aan enkele voorwaarden. Ten eerste moet er kunnen gesproken worden van abnormale schade. Dit betekent dat het medisch incident rationeel gezien niet had mogen gebeuren. Ten tweede moet de ernstgraad van schade voldoen aan één van volgende voorwaarden:

- Minstens 25% blijvende fysieke invaliditeit
- Minstens 6 maanden tijdelijke arbeidsongeschiktheid
- Zware verstoring van de levensomstandigheden
- Sterfte

Ten derde mag het geen medisch incident zijn dat zich voordeed bij een esthetische operatie of een experiment. Wanneer het medisch incident niet voldoet aan bovenstaande voorwaarden, wordt het niet vergoed door het FMO (Christelijke Mutualiteit, 2022; Rijksdienst voor ziekte en invaliditeitsverzekering, 2021).

Tot slot kunnen patiënten ook andere stappen ondernemen na een medisch incident. Zo kunnen patiënten ook steeds zelf veranderen van zorgverstreker nadat het medisch incident is voorgevallen. (Mazor et al., 2004). Bovendien zouden de patiënten na een medisch incident het medisch dossier

met betrekking tot dit incident kunnen opvragen. Hierdoor krijgen ze meer informatie over hoe het medisch incident heeft kunnen gebeuren (Lyu et al., 2017).

#### **1.4. Conclusie**

Een medisch incident kan gedefinieerd worden als een "onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of nog kan leiden." Dergelijke incidenten kunnen leiden tot fysieke of morele schade en eventueel geschillen tussen artsen en patiënten veroorzaken. Een medisch incident betekent concreet dat patiëntveiligheid en zo ook één van de patiëntenrechten in gedrang komt. Hierdoor zou het aantal medische incidenten moeten worden teruggedrongen. De overheid in België heeft al verschillende maatregelen getroffen om dit te verwezenlijken, maar doordat er geen centraal meldsysteem bestaat, zijn nationale cijfers echter nog niet voorhanden. Er zijn wel bepaalde vervolgpcedures die de patiënt kan opstarten wanneer een medisch incident zich voordoet.

## **2. Drijvers en barrières voor initiatie vervolgpcedures**

In het eerste hoofdstuk van de literatuurstudie werd vermeld dat patiënten de keuze hebben om eventuele vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident. In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar wat de drijvers en barrières zijn voor patiënten om al dan niet vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident.

### **2.1. Drijvers om vervolgpcedures te initiëren**

Een eerste drijver is het verlangen naar een financiële compensatie voor de geleden schade (Bismark et al., 2006; Moore & Mello, 2017; Vincent, Phillips, & Young, 1994). De financiële compensatie of voorwaardelijke vergoeding van een cliënt bij het winnen van een rechtszaak is voornamelijk gebaseerd op de toekomstige verloren inkomsten en het pijn en lijden van de patiënt als gevolg van het medisch incident (Corrigan, Holmlund, & Murphy, 1992; Rothenberg, 1992). Slachtoffers van een medisch incident initiëren voornamelijk vervolgpcedures wanneer economische verliezen dankzij het medisch incident aanzienlijk zijn, waaronder ernstige niet-fatale verwondingen waarbij er nood is aan financiering van de zorg voor de patiënt op lange termijn (Bismark et al., 2006; Hickson et al., 1992).

Ten tweede starten patiënten vaak vervolgpcedures omdat ze wensen dat de betrokken zorgverstrekkers ter verantwoording geroepen worden (Moore & Mello, 2017). Zij verlangen dat de betrokken zorgverstrekkers zullen leren uit eventuele fouten die gemaakt zijn en meer gedisciplineerd worden. Dit verlangen resulteert voornamelijk uit gevoelens van boosheid omwille van de impact die het incident heeft (gehad) op het leven van de patiënt en de pijn die de patiënt ervaart of ervaren heeft (Hickson et al., 1992; Vincent et al., 1994). Een vervolgpcedure kan slachtoffers van een medisch incident helpen om dergelijke gevoelens te plaatsen. Daarnaast kunnen vervolgpcedures ervoor zorgen dat de relatie tussen de betrokken zorgverstrekkers en de patiënt hersteld wordt zodat de patiënt zich in de toekomst opnieuw kan laten behandelen door de betrokken zorgverstrekkers (Vincent et al., 1994).

Een derde reden om eventuele vervolgpcedures te initiëren is het verlangen naar een verklaring voor het medisch incident (Surbone & Rowe, 2015). Patiënten en/of hun familieleden willen na een medisch incident graag uitleg krijgen over wat er precies gebeurd is (Vincent et al., 1994). Voor vele patiënten is het initiëren van een rechtszaak een van de enige manieren om hierover meer informatie te verkrijgen (Hanganu, Iorga, Muraru, & Ioan, 2020; Hickson et al., 1992). Vaak is de reden hiervoor een slechte communicatie tussen de betrokken zorgverstrekkers of zorginstelling en de patiënt na een medisch incident. Deze slechte communicatie is, volgens de gedachtegang van de zorgverstrekkers, vooral te wijten aan een poging om een rechtszaak te vermijden. In werkelijkheid zorgen deze zorgverstrekkers ervoor dat de kans op een rechtszaak net verhoogt dankzij de slechte communicatie (Surbone & Rowe, 2015). Zorgverstrekkers zouden dus na het medisch incident met een open houding informatie moeten geven die niet misleidend of verkeerd opgevat kan worden, waardoor de patiënten zich niet genegeerd of verwaarloosd voelen (Hanganu et al., 2020; Huntington & Kuhn, 2003). Bovendien zouden de betrokken zorgverstrekkers moeten luisteren naar de patiënten zodat ze weten wat hun perspectief is op de situatie (Bismark et al., 2006).

Vincent et al. (1994) geven ook nog een vierde en laatste reden, namelijk de zorgstandaarden. De patiënt of de familieleden initiëren een rechtszaak zodat een soortgelijk incident niet meer opnieuw gebeurt in de toekomst (Surbone & Rowe, 2015). Het doel hiervan is dat een andere patiënt niet dezelfde lijdensweg of dezelfde gevolgen van het voorgevallen medisch incident moet ondergaan. De patiënten vinden het van belang dat de betrokken zorgverstrekkers ook beseffen wat ze gedaan hebben, zodat het medisch incident niet nog een keer voorvalt (Vincent et al., 1994).

Naast deze vier meest voorkomende redenen, bestaan er nog andere redenen. Zo kan het zijn dat een patiënt vervolgpcedures initieert omwille van het advies van naasten. Hierbij doelen Hickson et al. (1992) en Hanganu et al. (2020) vooral op personen buiten de directe familie zoals een kennis met een medisch beroep. In het onderzoek van May and Stengel (1990) wordt er met naasten bedoeld: familie, vrienden, bekenden of deskundige personen. Eén van de patiënten in het onderzoek van Vincent et al. (1994) gaf ook aan dat hij of zij het gevoel had dat ze de initiatie van een rechtszaak verschuldigd waren aan de persoon die gestorven was.

In het onderzoek van Vincent et al. (1994) en Bismark et al. (2006) wordt vermeld dat de meeste patiënten een rechtszaak initiëren omwille van het vermijden van een soortgelijk incident in de toekomst en het verlangen naar een verklaring over het medisch incident. Volgens beide onderzoeken waren de minst aangehaalde redenen het verkrijgen van een financiële compensatie en het zorgen dat het betrokken zorgpersoneel hun verantwoordelijkheid opneemt en gedisciplineerd wordt. Dit is problematisch omwille van het feit dat het initiëren van een rechtszaak vooral als doel heeft om een monetaire doelen te bereiken (Smeehuijzen & Akkermans, 2013). In tegenstelling tot Vincent et al. (1994) en Bismark et al. (2006) verklaren Voinea and Bernauw (2010) dat mensen die betrokken zijn met een medisch incident, altijd een financiële compensatie verwachten voor de schade veroorzaakt door het incident.

## **2.2. Barrières voor initiatie vervolgpcedures**

Ten eerste beïnvloedt de complexiteit van het medisch incident de keuze om eventuele vervolgpcedures te initiëren. Zo kunnen de problemen bij de diagnose zo complex zijn voor de patiënt, waardoor ze niet weten waarvoor vervolgpcedures moeten worden opgestart. De complexiteit kan ook liggen in het aantal zorgverstrekkers die de patiënt hebben behandeld. Hoe meer zorgverstrekkers de patiënt in korte tijd behandeld hebben, hoe moeilijker het voor de patiënt is om te weten tegen welke zorgverstrekkers een vervolgpcedure zou moeten worden opgestart (Surbone & Rowe, 2015).

Ten tweede kunnen ook enkele aspecten van de vervolgpcedure zelf een barrière zijn voor patiënten. Voorafgaand aan een rechtszaak moeten patiënten een aanzienlijke financiële investering doen. Bepaalde patiëntengroepen hebben moeilijkheden om dit voorafgaande financiële bedrag te kunnen betalen (McCarthy, 2010; McClellan, White, Jimenez, & Fahmy, 2012). Daarnaast kan de financiële compensatie niet enkel een drijfver zijn, maar ook een barrière om vervolgpcedures te initiëren. Het is mogelijk dat de financiële compensatie die men achteraf krijgt niet voldoende is om een vervolgpcedure te initiëren (Corrigan et al., 1992; Rothenberg, 1992). Verder is het niet voor iedereen even gemakkelijk om een advocaat te vinden die hem of haar wil vertegenwoordigen (Burstin et al., 1993; Corrigan et al., 1992; Rothenberg, 1992). Bovendien duurt het proces van een rechtszaak gemiddeld vijf jaar, wat voor patiënten een barrière kan zijn om eventuele vervolgpcedures op te starten (McCarthy, 2010; Sohn & Sonny Bal, 2012).

Ten derde halen enkele patiënten in het onderzoek van Surbone and Rowe (2015) aan dat ze geen vervolgpcedures geïnitieerd hebben omwille van de relatie met de zorgverstrekker. Volgens Huntington and Kuhn (2003) is er een lagere kans op de intentie om vervolgpcedures op te starten wanneer patiënten een vertrouwde dokter-patiënt relatie met wederzijds respect en een goede communicatie hebben. Een andere reden om geen vervolgpcedures te initiëren is het moeten behouden van de relatie met de zorgverstrekker. Dit kan het geval zijn wanneer de patiënt afhankelijk is van de zorgverstrekker voor eventuele vervolgooperaties. In het onderzoek van Surbone and Rowe (2015) verhaalt een vrouwelijke patiënt over haar medisch incident, waarbij de zorgverstrekker in kwestie niet gerealiseerd had dat de tumor kon veranderen in een kwaadaardige tumor. Hierdoor onderging de vrouwelijke patiënt nog twee operaties om de tumor te verwijderen, wat in die regio enkel door de zorgverstrekker in kwestie kon gebeuren (Surbone & Rowe, 2015).

Verder kunnen de gevolgen van het medisch incident een reden zijn waardoor patiënten geen rechtszaak kunnen of willen aanspannen tegen de betrokken zorgverstrekker. De slachtoffers van medische incidenten zullen in het dagelijks leven moeten omgaan met ernstige medische, psychologische of sociale gevolgen van het incident. Het kan zijn dat deze patiënten geen energie of tijd hebben om vervolgpcedures te initiëren tegen het betrokken zorgpersoneel of het ziekenhuis. Bovendien kan het ook zijn dat pas na enige tijd onverwachte resultaten met betrekking tot een medisch incident ondervonden worden (Surbone & Rowe, 2015).



Ten laatste kan het zijn dat de zorgverstrekker of de instelling voorziet in de zaken die de patiënt verwacht van hen na een medisch incident, waardoor de stimulans om vervolgpcedures te initiëren verlaagt (Surbone & Rowe, 2015). Allereerst kan de betrokken zorgverstrekker of instelling een gedetailleerde verklaring over het medisch incident geven aan de patiënt, waarna een verontschuldiging volgt. Deze verontschuldiging zou het opnemen van de verantwoordelijkheid, het uiten van spijt en de inzet om anders te handelen bij soortgelijke incidenten moeten bevatten. Daarnaast kan de zorgverstrekker een behandeling aanbieden om het medisch incident recht te zetten. Deze behandeling kan, in bepaalde gevallen, zorgen voor de terugkeer van de gezondheid van de patiënt (Surbone & Rowe, 2015). Ten laatste kan het verzekeren van een onderzoek door de instelling in kwestie een invloed hebben op de keuze om een rechtszaak te initiëren (Moore & Mello, 2017).

### **2.3. Conclusie**

Patiënten hebben na een medisch incident de keuze om al dan niet bepaalde vervolgpcedures op te starten tegen hun zorgverstrekker of de zorginstelling. Patiënten die ervoor kiezen om vervolgpcedures te initiëren doen dit hoofdzakelijk om vier redenen: de financiële compensatie, het verkrijgen van een verklaring, het opnemen van de verantwoordelijkheid door de zorgverstrekker en het opstellen van zorgstandaarden. Patiënten die hier niet voor kiezen doen dit onder andere omwille van de complexiteit van het medisch incident, aspecten met betrekking tot de vervolgpcedures, de relatie met de zorgverstrekker, de gevolgen van het medisch incident en de voldoening van hun verwachtingen na een medisch incident.

## **3. Factoren die vervolgpcedures beïnvloeden**

In het vorige hoofdstuk werd gekeken naar wat de drijvers en barrières zijn voor patiënten om al dan niet vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident. Er zijn ook enkele factoren die deze keuze kunnen beïnvloeden: kenmerken van het medisch incident, kenmerken van de zorgverstrekker(s), de dokter-patiënt relatie en uiteindelijk ook de kenmerken van de patiënt (Fishbain et al., 2008). In dit hoofdstuk wordt de focus gelegd op de invloed van de kenmerken van het medisch incident en de patiënten.

### **3.1. Kenmerken van het incident**

Een eerste factor die de keuze van de patiënt om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident beïnvloedt, zijn de kenmerken van het medisch incident zelf. Volgens Penchansky and Macnee (1994) heeft deze factor de grootste invloed op de keuze van de patiënt om verdere stappen te ondernemen. In dit onderzoek worden vier kenmerken van het medisch incident meegenomen om de impact ervan te bepalen op de bereidheid om een rechtszaak aan te spannen, namelijk de permanentie, de invloed op de ogen/oren, de zichtbaarheid en de invloed op het seksuele, reproductieve en mentale functioneren. Hieruit kan geconcludeerd worden dat deze kenmerken van het medisch incident een positieve, significante invloed hebben op de bereidheid om een rechtszaak aan te spannen (Penchansky & Macnee, 1994). Bij een levensbedreigend medisch incident zullen de patiënten bijgevolg meer rechtszaken aanspannen (May & Stengel, 1990; Mazor et al., 2004). Uit het onderzoek van Penchansky and Macnee (1994) kan ook geconcludeerd worden dat de kenmerken

van het medisch incident een invloed hebben op het veranderen van zorgverstreker in de toekomst en het aangaan van een gesprek met de zorgverstreker. Mazor et al. (2004) haalt ook aan dat het waarschijnlijker is dat patiënten bij een levensbedreigend medisch incident veranderen van zorgverstreker. In tegenstelling tot Mazor et al. (2004), besluiten May and Stengel (1990) dat patiënten bij een ernstig medisch incident niet significant veranderen van zorgverstreker of een gesprek aangaan met de zorgverstreker.

### **3.2. Kenmerken van de patiënt**

Een tweede factor die de keuze van de patiënt om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident beïnvloedt, zijn de kenmerken van de patiënt. Er zijn negen kenmerken van de patiënt die volgens de literatuur een rechtstreeks verband hebben met de keuze om verdere stappen te ondernemen, namelijk inkomen, educatie, leeftijd, geslacht, etniciteit, gezondheidsstatus, het al dan niet hebben van een verzekering, een medische of juridische achtergrond of een persoonlijke ervaring met vervolgpcedures of een medisch incident. In Tabel 2 worden deze patiëntkarakteristieken vermeld samen met de richting van de impact op het initiëren van vervolgpcedures die enkele onderzoekers in de literatuur beschrijven.

#### Inkomen

Een eerste kenmerk dat bepalend is voor de intentie van slachtoffers van een medisch incident om vervolgpcedures te initiëren, is het inkomen (Burstin et al., 1993). De meeste onderzoekers, waaronder McClellan et al. (2012) en Burstin et al. (1993) die vermeld worden in Tabel 2, tonen aan dat er een positieve relatie bestaat tussen het inkomen en de intentie om procedures op te starten. Zowel McClellan et al. (2012) en Burstin et al. (1993) halen onderzoeken aan die de relatie tussen de socio-economische kenmerken van de patiënt, waaronder het inkomen, en de kans om de betrokken zorgverstreker aan te klagen, analyseren. Hieruit blijkt dat er minder kans is dat patiënten uit lagere socio-economische groepen zorgverstrekkers aanklagen. Verder concluderen ze dat patiënten uit een lagere inkomensgroep minder geneigd zijn om ongepaste claims in te dienen wegens wanpraktijken.

Er bestaan enkele verklaringen voor deze positieve relatie tussen het inkomen en de kans op het ondernemen van verdere stappen na een medisch incident. Allereerst moeten patiënten voordat ze een rechtszaak kunnen opstarten een financiële investering doen. Voor patiënten met een lager inkomen is het moeilijker om dit voorafgaand financieel bedrag te betalen (McCarthy, 2010; McClellan et al., 2012).

Een tweede verklaring is dat de financiële compensatie die de patiënt verkrijgt van het Fonds voor Medische Ongevallen of bij het winnen van een rechtszaak eerder laag is voor patiënten met een lager inkomen. Deze financiële compensatie of voorwaardelijke vergoeding is voornamelijk gebaseerd op de toekomstige verloren inkomsten en het pijn en lijden van de patiënt als gevolg van het medisch incident (Corrigan et al., 1992; Rothenberg, 1992). Voor patiënten met een lager inkomen zal deze vergoeding geringer zijn doordat deze patiënten minder toekomstige inkomsten hebben (Burstin et al., 1993; Rothenberg, 1992). De juryleden in de rechtszaal houden bijgevolg rekening met de sociaal-economische status bij het bepalen van deze vergoeding (McClellan et al.,

2012). Daarnaast kan het voorkomen dat een patiënt uit een lagere inkomensgroep de initieel verkregen uitkering van de overheid verliest dankzij het verkrijgen van de financiële compensatie. Deze patiënten krijgen meestal een uitkering van de overheid bovenop of naast hun inkomen. Doordat het inkomen van deze patiënten verhoogt dankzij de voorwaardelijke vergoeding bij het winnen van een rechtszaak, bestaat de kans dat deze patiënten geen recht meer hebben op de uitkering van de overheid (Rothenberg, 1992).

Een derde verklaring is dat het voor deze patiëntengroep niet gemakkelijk is om een advocaat te vinden die hem of haar wil vertegenwoordigen. Een advocaat maakt voor elke zaak een afweging tussen de kosten en baten die hij ondervindt door de zaak aan te nemen. De mogelijke baat voor de advocaat bij de winst van een proces is een percentage van de voorwaardelijke vergoeding van de cliënt, terwijl een mogelijke kost bij het verlies van een rechtszaak het dragen van de volledige proceskost is (McClellan et al., 2012). Dankzij de lagere voorwaardelijke vergoeding, verlaagt de kans dat de baten voor de advocaat hoger liggen dan de kosten, waardoor een advocaat minder stimulansen heeft om patiënten uit een minderheidsgroep te vertegenwoordigen (Burstin et al., 1993; Corrigan et al., 1992; Rothenberg, 1992).

Uit Tabel 2 kan ook worden afgeleid dat de onderzoeken van Mussman, Zawistowich, Weisman, Malitz, and Morlock (1991) en Tsimtsiou et al. (2014) daarentegen aantonen dat er geen verschil is tussen patiënten met een laag en een hoog inkomen in de kans op het opstarten van vervolprocedures na het medisch incident. Patiënten die omwille van hun medisch incident hun inkomen verloren, en zo in een lagere inkomensgroep terecht kwamen, hebben wel een grotere stimulans om vervolprocedures te initiëren (Mussman et al., 1991).

Opmerkelijk is dat enkele zorgverstrekkers geloven dat er een negatieve relatie bestaat tussen het inkomen van de patiënt en de initiatie van eventuele vervolprocedures. Hoe lager het inkomen, hoe frequenter patiënten de keuze zouden maken om de zorgverstrekkers in kwestie aan te klagen (Corrigan et al., 1992; Rothenberg, 1992). Dit brengt allerlei gevolgen met zich mee. Zo kiezen zorgverstrekkers er op voorhand al voor om deze lage-inkomensgroep minder te verzorgen uit angst voor de initiatie van een rechtszaak (Komaromy, Lurie, & Bindman, 1995). Daarnaast heeft deze perceptie onder andere een negatief effect op de dokter-patiënt relatie tussen de zorgverstrekker en de lage-inkomensgroep doordat de zorgverstrekker zijn gedrag gaat aanpassen uit vrees voor de initiatie van bepaalde vervolprocedures (McClellan et al., 2012). Volgens Corrigan et al. (1992) komt deze gedachtegang slechts bij de minderheid van de zorgverstrekkers voor.

### Verzekering

Vervolgens beïnvloedt ook het al dan niet hebben van een verzekering de initiatie van eventuele vervolprocedures na een medisch incident. Volgens Cornelis et al. (2012) hangt het al dan niet hebben van een verzekering gedeeltelijk af van het inkomen van patiënten. Hoe lager het inkomen van patiënten, hoe minder ze geneigd zijn om een aanvullende ziekteverzekering aan te gaan. In Tabel 2 beweren Burstin et al. (1993) en Rothenberg (1992) dat er, net zoals bij het inkomen, een positief verband bestaat tussen het al dan niet hebben van een zorgverzekering en het aanklagen van de zorgverstrekker in kwestie na een medisch incident. In 1993 deden Burstin et al. aan de hand

van 31 000 medische dossiers een onderzoek naar de relatie tussen enkele demografische kenmerken, waaronder het al dan niet hebben van een verzekering, en de kans dat patiënten in New York hun betrokken zorgverstreker aanklagen. Hieruit werd geconcludeerd dat de patiënten zonder verzekering hun zorgverstreker minder vaak aanklagen na een medisch incident, zowel wanneer dit uitmondt in medische schade als geen medische schade voor de patiënt. Een verklaring hiervoor is dat de kans op herkenning van een medisch incident bij patiënten zonder verzekering gering is. Dit is vooral te wijten aan het feit dat ze geen verdere toegang hebben tot de zorg om hun klachten na een medisch incident te laten onderzoeken (Rothenberg, 1992). Ook bij deze patiëntkarakteristiek is het opmerkelijk dat enkele zorgverstrekkers geloven dat er een negatieve relatie bestaat tussen het hebben van een zorgverzekering en de intentie van de patiënt om vervolgpcedures op te starten na een medisch incident. Dit is één van de redenen waardoor zorgverstrekkers de keuze maken om onverzekerde patiënten niet te verzorgen (Komaromy et al., 1995).

### Educatie

Een derde factor die volgens bepaalde studies een invloed heeft op het al dan niet aanklagen van de betrokken zorgverstreker is de educatie van de patiënt. Net als de patiënten met een hoger inkomen, gaan patiënten met een hogere educatie frequenter een rechtszaak initiëren. (Fishbain et al., 2008; Rothenberg, 1992). Dit is te verklaren doordat er een positief verband bestaat tussen het inkomen en het opleidingsniveau van werknemers (Morgan & David, 1963). Verder deelt Rothenberg (1992) mee dat de herkenning van een medisch incident afhankelijk is van sociaal-economische factoren zoals het opleidingsniveau. Patiënten met een hoger opleidingsniveau gaan dus frequenter vervolgpcedures initiëren, omdat ze het medisch incident sneller herkennen. In tegenstelling tot de bevindingen van Fishbain et al. (2008) en Rothenberg (1992) concludeert Tsimitsiou et al. (2014) dat het opleidingsniveau van de patiënt geen significante invloed heeft op het aanklagen van de betrokken zorgverstreker na een medisch incident.

### Leeftijd

Een vierde karakteristiek van de patiënt dat een impact zou kunnen hebben op de intentie om al dan niet vervolgpcedures te initiëren, is leeftijd. Zoals er kan afgeleid worden uit Tabel 2 bemerken onderzoekers, waaronder Tsimitsiou et al. (2014) en Sager, Voeks, Drinka, Langer, and Grimstad (1990), een negatief verband tussen leeftijd en de intentie om vervolgpcedures te initiëren. Zo wijst onderzoek op basis van gerechtsdata uit dat maar 10% van de rechtszaken na een medisch incident werd geïnitieerd door patiënten ouder dan 65 jaar in Wisconsin (Sager et al., 1990). Dit is opvallend omwille van het feit dat patiënten van 65 jaar of ouder vaker worden opgenomen in het ziekenhuis, waardoor ze twee keer zo veel kans hebben op medische incidenten dan patiënten tussen 16 en 64 jaar (Brennan et al., 1991; McCarthy, 2010).

Er zijn enkele redenen voor het feit dat oudere mensen minder frequent vervolgpcedures opstarten na een medisch incident. Een eerste reden is het ervaren van moeilijkheden bij het vinden van een advocaat. Zoals hierboven vermeld, maken advocaten een kosten-baten afweging waarbij de baten gezien worden als een percentage van de voorwaardelijke vergoeding van de cliënt en de kosten als de proceskosten (McCarthy, 2010; McClellan et al., 2012). De voorwaardelijke vergoeding zal bij oudere mensen evenzeer gering zijn door minder toekomstige verloren inkomsten, wat een tweede

reden is om minder vervolgpcedures te initiëren (Corrigan et al., 1992; McCarthy, 2010). Aan de ene kant kan dit te wijten zijn aan het feit dat zij geen of een heel laag inkomen verkrijgen. Aan de andere kant kan dit het gevolg zijn van de hogere leeftijd en dus een beperkte levensverwachting (Sager et al., 1990).

Naast het vinden van een advocaat en de grootte van de financiële compensatie, kan de goede dokter-patiënt relatie doorgaans een reden zijn voor oudere patiënten om minder frequent vervolgpcedures op te starten (McCarthy, 2010; Sager et al., 1990). Bovendien is het mogelijk dat de patiënt geen weet heeft van het medisch incident, doordat oudere patiënten normaliter lijden aan een tal van andere medische aandoeningen (Corrigan et al., 1992; Sager et al., 1990). Verdere obstakels aangehaald door McCarthy (2010) zijn het missen van de fysieke of mentale middelen om een rechtszaak te starten, de lange tijdsduur van het proces en de lagere verwachting van oudere patiënten omtrent de kwaliteit van de zorg (McClellan et al., 2012).

### Geslacht

Een vijfde kenmerk van de patiënt dat een invloed kan hebben op het aanklagen van de zorgverstreker na een medisch incident, is het geslacht. In Tabel 2 wordt vermeld dat enkele onderzoekers een positief verband ontdekken tussen vrouwen en de intentie om vervolgpcedures op te starten (Pukk, Lundberg, Penaloza-Pesantes, Brommels, & Gaffney, 2003; Surbone & Rowe, 2015). Zo toonde Pukk et al. (2003) op basis van gerechtsdata aan dat vrouwen in Zweden meer geneigd zijn om vervolgpcedures te initiëren, na het controleren voor het aantal vrouwen en mannen ontslagen uit het ziekenhuis. Deze positieve relatie kan echter wel te wijten zijn aan het feit dat medische fouten vaker voorkomen bij de behandeling van vrouwelijke patiënten (Petticrew, McKee, & Jones, 1993). In tegenstelling tot Pukk et al. (2003) en Surbone and Rowe (2015) concluderen Tsimtsiou et al. (2014) uit hun Europees onderzoek, gebaseerd op interviews met patiënten uit een urologische en polikliniek, dat er geen verband bestaat tussen vrouwen en de kans op de initiatie van vervolgpcedures. Ook Burstin et al. (1993) concluderen uit hun onderzoek in New York dat er geen significant verband bestaat tussen vrouwen en de neiging om een zorgverstreker na een medisch incident aan te klagen.

### Etniciteit

Verder heeft ook de etniciteit een invloed op de intentie om eventuele vervolgpcedures op te starten. Etniciteit wordt in de literatuur gedefinieerd als het onderscheiden van een groep mensen op basis van een mix van culturele en andere factoren, waaronder taal, voeding, religie, afkomst en fysieke kenmerken. Hieruit kan er worden afgeleid dat zowel religie als het ras vallen onder de term "etniciteit" (Bhopal, 2004).

Rothenberg (1992) vermeldt dat etnische minderheden minder kans hebben dan andere sociaaleconomische groepen om hun zorgverstreker aan te klagen na een medisch incident. Deze groep zal dus minder frequent vervolgpcedures opstarten wanneer er zich een medisch incident voordoet. Desondanks hebben etnische minderheden statistisch gezien meer kans op een medisch incident. In Amerika ervaren bijvoorbeeld Latino's, Afro-Amerikanen en Aziatische Amerikanen een ongelijke behandeling van de blanke zorgverstreker, waardoor de kans op medische incidenten

stijgt (White & Chanoff, 2011). Uit het onderzoek van Burstin et al. (1993) in New York kan besloten worden dat er geen significant verband bestaat tussen het ras van de patiënt en de neiging om hun zorgverstreker na een medisch incident aan te klagen. Verder heeft ook het al dan niet hebben van een relatie met een bepaalde religie een invloed op het eventueel initiëren van vervolgpcedures (Tsimtsiou et al., 2014). In het onderzoek van Tsimtsiou et al. (2014) bepaalt enkel de relatie met de religie en de leeftijd, als kenmerken van de patiënt, het aanklagen van de zorgverstreker in kwestie. Mensen met een bepaalde religie zouden minder frequent een rechtszaak aanspannen na een medisch incident.

De negatieve relatie tussen etniciteit en de kans op het initiëren van vervolgpcedures is onder andere te verklaren door de speciale band die etnische minderheden hebben met hun zorgverstreker. Zij zien hun zorgverstreker als een superieur en gezaghebbend. Ook geloven en vertrouwen ze erin dat hij alle patiënten kan genezen met behulp van God. Doordat etnische minderheden een sterk vertrouwen hebben in hun zorgverstreker zowel voor als na een medisch incident, zal deze patiëntengroep minder stimulans hebben om vervolgpcedures op te starten na een medisch incident (McClellan et al., 2012; Tsimtsiou et al., 2014).

#### Andere kenmerken van de patiënt

Tot slot zijn er nog enkele andere kenmerken van de patiënt die een invloed kunnen hebben op de keuze om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident. In het onderzoek van Mazor et al. (2004) die via enquêtes onderzoekt welke impact het soort incident, de ernst van het incident en de openbaarmaking van het incident hebben op het gedrag van patiënten, wordt ook de persoonlijke ervaring met een medisch incident en vervolgpcedures meegenomen als controlevariabelen. Daarnaast haalt Rothenberg (1992) aan dat mensen met een medische achtergrond, sneller een medisch incident zullen herkennen en hierdoor frequenter een rechtszaak zouden aanspannen. Een derde kenmerk dat een invloed kan hebben op de bereidheid om verdere stappen te ondernemen, is de gezondheidsstatus. Mensen met een minder goede gezondheid zullen vaker het ziekenhuis bezoeken binnen de tijdsperiode van een jaar. Deze patiënten krijgen een goede relatie met hun zorgverstreker of worden afhankelijk van hun zorgverstreker om de behandeling voort te zetten, waardoor ze minder geneigd zijn om een rechtszaak aan te spannen na een medisch incident (Tsimtsiou et al., 2014).

### **3.3. Conclusie**

De keuze om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident wordt grotendeels beïnvloed door de kenmerken van het medisch incident. Een andere factor die hier invloed op heeft, zijn de kenmerken van de patiënt. De literatuur beschrijft negen kenmerken van de patiënt die een invloed kunnen hebben op de intentie van patiënten om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident, namelijk inkomen, leeftijd, opleidingsniveau, geslacht, religie, gezondheidsstatus, het al dan niet hebben van een zorgverzekering, persoonlijke ervaring met een medisch incident of vervolgpcedures en een juridische of medische achtergrond. Er kan geconcludeerd worden dat bij vele factoren geen eenduidig antwoord gegeven wordt of ze een invloed hebben en welke invloed ze hebben op de intentie van patiënten om vervolgpcedures op te starten na een medisch incident.

**Tabel 2** Verschillende perspectieven per patiëntkarakteristiek

<b>Variabelen</b>	<b>Positief verband</b>	<b>Geen verband</b>	<b>Negatief verband</b>
Inkomen	Burstin et al. (1993) McClellan et al. (2012)	Mussman et al. (1991) Tsimtsiou et al. (2014)	Corrigan et al. (1992) Rothenberg (1992) McClellan et al. (2012) Komaromy et al. (1995)
Verzekering	Burstin et al. (1993) Rothenberg (1992)	/	Komaromy et al. (1995)
Educatie	Fishbain et al. (2008) Rothenberg (1992)	Tsimtsiou et al. (2014)	/
Leeftijd	/	/	Tsimtsiou et al. (2014) Sager et al. (1990) McCarthy (2010)
Vrouw	Pukk et al. (2003) Surbone and Rowe (2015)	Tsimtsiou et al. (2014) Burstin et al. (1993)	/
Etniciteit	/	Burstin et al. (1993)	Rothenberg (1992) Tsimtsiou et al. (2014)
Gezondheidsstatus	Tsimtsiou et al. (2014)	/	/
Medische achtergrond	Rothenberg (1992)	/	/

# Methodologie

---

## 1. Dataverzameling

Binnen de gezondheidsliteratuur wordt frequent gebruik gemaakt van een enquête om data te verzamelen (Kelley, Clark, Brown, & Sitzia, 2003). Om meer kennis te verkrijgen over de factoren die een impact hebben op de initiatie van vervolgpcedures, heb ik ook gebruik gemaakt van een enquête als onderzoeksmethode. Het afnemen van een enquête is een eenvoudige methode om een grote hoeveelheid data te verzamelen tegen lage kosten én in een beperkte tijdsperiode (Saunders, Lewis, & Thronhill, 2015). Dankzij de grote hoeveelheid data is het bij een enquête waarschijnlijker dat de resultaten representatief zijn voor de gehele populatie (Kelley et al., 2003). Verder is de verzamelde data makkelijk te vergelijken doordat er gebruik gemaakt wordt van een gestructureerde vragenlijst waarbij elke respondent ongeveer dezelfde vragen moet beantwoorden (Saunders et al., 2015).

Het onderzoeksdesign dat gebruikt werd in de enquête is een *randomised controlled trial* (RCT). De randomisatie gebeurde op basis van de ernst van het medisch incident, omdat ik onder andere onderzoek voer naar de impact van deze variabele op de initiatie van vervolgpcedures. In deze RCT behoren de respondenten die zich inleefden in het scenario van het levensbedreigend medisch incident tot de behandelingsgroep, terwijl de respondenten die zich inleefden in het scenario van het niet-levensbedreigend medisch incident tot de controlegroep behoren. Zowel het scenario van het levensbedreigende als het niet-levensbedreigend medisch incident zijn afkomstig van een bestaande enquête gepubliceerd door Mazor et al. (2004). In beide scenario's gebeurt er een medische fout doordat de huisarts medicatie voorschrijft waarvoor de patiënt allergisch is. De allergische reactie in het eerste scenario is niet levensbedreigend, terwijl dit in het tweede scenario wel het geval is. De respondenten krijgen willekeurig een van de twee scenario's te zien waarin ze zich moeten inleven om dan enkele vragen te beantwoorden. Deze vragen zijn voor beide scenario's hetzelfde. De antwoorden van de respondenten in het levensbedreigend en niet-levensbedreigend scenario werden vergeleken om de impact van de ernst van het medisch incident op de intentie om vervolgpcedures te initiëren en op de verschillende drijvers en barrières, te analyseren.

Voor de willekeurige toewijzing hanteerde ik de *oversubscription method*. Hierbij worden de respondenten via een loterij toebedeeld aan de behandelings- en controlegroep. Verder maakte ik gebruik van een *between-design*, waarbij de respondenten zich moeten inleven in slechts één scenario: het levensbedreigend scenario ofwel het niet-levensbedreigend scenario. De randomisatie gebeurde in een laboratoriumexperiment. Een voordeel hierbij is dat de onderzoeker controle heeft over het onderzoeksproces, waardoor hij bijvoorbeeld ook zekerder is dat de randomisatie juist gebeurd is en het effect dat hij gaat vinden causaal is (Saunders et al., 2015). De interne validiteit is hierdoor hoger. De externe validiteit daarentegen is eerder laag doordat het een artificiële setting is waarbij de respondenten zich moeten baseren op een hypothetische situatie in plaats van de realiteit.



In de enquête werd allereerst bevestigd hoe waarschijnlijk het zou zijn dat de respondenten bepaalde vervolgpcedures, verkregen uit de literatuur, zouden initiëren aan de hand van een 7 punt-Likertschaal waarbij één gelijk is aan zeer onwaarschijnlijk en zeven aan zeer waarschijnlijk (Brouwers, 2021). Ten tweede moesten de respondenten aangeven op een 7 punt-Likertschaal in welke mate ze akkoord gingen met de verschillende drijvers die hen zouden kunnen aanzetten tot het eventueel nemen van verdere stappen. De respondenten werden daarna gevraagd of er nog andere elementen zijn die hen aanzetten tot het initiëren van vervolgpcedures. De barrières werden op dezelfde manier bevestigd. Uiteindelijk kon ik zo de impact van de drijvers en barrières op de intentie om vervolgpcedures te initiëren, onderzoeken.

Ten laatste werden ook enkele demografische gegevens van de respondenten bevestigd: leeftijd, geslacht, educatie, etniciteit, inkomen, gezondheidsstatus en het al dan niet hebben van een verzekering, ervaring met een medisch incident en vervolgpcedures en een juridische of medische achtergrond. De etniciteit kan volgens Devroe (2007) het best bevestigd worden door te vragen naar het land van herkomst van de respondenten. Volgens StatistiekVlaanderen.be (2021) stammen in Vlaanderen de meeste inwoners af van Nederland, Marokko, Turkije en Italië. In mijn enquête heb ik gekozen om de etniciteit niet te bevestigen door het land van herkomst, maar wel door de regio van herkomst. Verder is de vraagstelling rond het inkomen gebaseerd op de inkomensschalen die bevestigd werden in de EU-SILC enquête die verspreid werd in België (Europese Commissie, 2021). Bovendien is de gezondheidsstatus bevestigd op dezelfde manier als in het onderzoek van Tsimtsiou et al. (2014). Door verschillende categorieën van de demografische gegevens met elkaar te vergelijken, kon ik ook de impact van patiëntkarakteristieken op de intentie om vervolgpcedures te initiëren en op de verschillende drijvers en barrières, analyseren.

Om de enquête daarna op te stellen heb ik gebruik gemaakt van het programma Qualtrics. Hierna werd de enquête gepubliceerd en verspreid door middel van sociale media, namelijk Facebook en Whatsapp. Iedereen boven achttien jaar mocht deelnemen aan de enquête, mits toestemming dat ze geheel vrijwillig deelnamen en dat hun data geanalyseerd werd voor het beschreven onderzoeksdoel. De volledige enquête is terug te vinden in bijlage.

## **2. Data cleaning**

Om de dataset op te schonen maakte ik gebruik van het programma STATA. Allereerst werden de variabelen beroepsstatus en ervaring met vervolgpcedures verwijderd uit de dataset. De variabele beroepsstatus leunt grotendeels aan tegen de variabelen educatie en inkomen, terwijl de variabele ervaring met vervolgpcedures sterk aanleunt tegen de variabele ervaring met medische incidenten. Daarnaast werden ook de variabelen etniciteit en verzekering geëlimineerd uit de dataset. De reden hiervoor is dat er te weinig variatie zat in deze variabelen, waardoor bijna alle respondenten in dezelfde categorie terecht kwamen (Saunders et al., 2015). De variabelen die wel nog werden meegenomen in de data-analyse zijn leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, inkomen, ernst van het medisch incident, gezondheidsstatus, het al dan niet hebben van ervaring met een medisch incident en een juridische of medische achtergrond. De betekenis van deze variabelen wordt weergegeven in Tabel 3.

Vervolgens werden de uitkomstvariabelen rond de verschillende vervolgpcedures, drijvers en barrières omgezet in numerieke variabelen waarbij 1 gelijk is aan “Zeer onwaarschijnlijk” of “Volledig niet akkoord” en 7 gelijk is aan “Zeer waarschijnlijk” of “Volledig akkoord”. Verder heb ik gecontroleerd of alle vervolgpcedures samen zouden genomen mogen worden met behulp van Cronbach’s Alpha. Cronbach’s Alpha meet de correlaties tussen twee of meerdere variabelen, waardoor ontdekt kan worden in welke mate deze variabelen consistent zijn. Wanneer de schaalbetrouwbaarheid groter dan 0,8 is, kunnen we concluderen dat er een sterk verband tussen de variabelen is en kunnen de variabelen samengenomen worden (Tavakol & Dennick, 2011). De schaalbetrouwbaarheid van alle vervolgpcedures samen was 0,8296. Doordat de schaalbetrouwbaarheid groter is dan 0,8 zijn deze vervolgpcedures consistent en kunnen ze samengenomen worden. Hiervoor heb ik een nieuwe variabele vervolgpcedures aangemaakt die de gemiddelde score van alle vervolgpcedures samen weergeeft. Deze variabele is ook een numerieke variabele waarbij 1 gelijk is aan “Zeer onwaarschijnlijk” en 7 gelijk was aan “Zeer waarschijnlijk”.

**Tabel 3** Beschrijving variabelen

<b>Variabelen</b>	<b>Beschrijving</b>
Leeftijd	Continue variabele met een waarde tussen 18 en 99
Vrouw	Dummy variabele gelijk aan 1 wanneer de respondent een vrouw is
Hoger onderwijs	Dummy variabele gelijk aan 1 wanneer de respondent een diploma hoger onderwijs of hoger heeft
Inkomen > 2500 euro	Dummy variabele gelijk aan 1 wanneer de respondent maandelijks een netto-inkomen hoger dan 2500 euro heeft
Ervaring met medisch incident	Dummy variabele gelijk aan 1 wanneer de respondent zelf of als vriend/familie lid geconfronteerd is met een medisch incident
Gezondheidsstatus	Dummy variabele gelijk aan 1 wanneer de respondent minstens 1 keer werd opgenomen in het ziekenhuis in het voorbije jaar
Juridische of medische achtergrond	Dummy variabele gelijk aan 1 wanneer de respondent een juridisch beroep/opleiding of een medisch beroep/opleiding doet
Ernst van het medisch incident	Dummy variabele gelijk aan 1 wanneer de respondent zich moest inleven in het scenario van het levensbedreigend medisch incident

### 3. Steekproef

Uiteindelijk namen 110 respondenten deel aan het onderzoek. Twee respondenten waren onder de 18 jaar of hadden geen toestemming gegeven dat ze geheel vrijwillig deelnamen en dat hun data geanalyseerd werd voor het beschreven onderzoeksdoel. Deze respondenten werden bijgevolg geëlimineerd uit de dataset. In onderstaande tabel, Tabel 4, staan alle demografische gegevens vermeld. Uit deze tabel blijkt dat de leeftijd van de respondenten die de enquête ingevuld hebben tussen 18 en 78 jaar ligt. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 39 jaar. De andere variabelen in Tabel 4 zijn allemaal dummy-variabelen, waardoor hun minimum 0 en hun maximum 1 is. Opmerkelijk is dat er circa drie keer meer vrouwen deelnamen aan de enquête dan mannen. De meeste respondenten hebben een hoger diploma dan het diploma lager of secundair onderwijs. Verder heeft omstreeks 45% van de respondenten maandelijks een netto-inkomen van 2500 euro of meer. Bovendien is ongeveer 30% de respondenten in het verleden zelf of als vriend/familielid geconfronteerd geweest met een medisch incident. Daarnaast gaf ongeveer een derde van de respondenten aan dat ze in het voorbije jaar minstens één keer opgenomen zijn in het ziekenhuis. Voorts doet 28% van de respondenten een medische of juridische opleiding of beroep. Tot slot kreeg ongeveer de helft van de respondenten het scenario met het levensbedreigend medisch incident.

**Tabel 4** Beschrijvende statistieken voor demografische gegevens

Variabelen	Observaties	Gemiddelde	Standaardfout	Min	Max
Leeftijd	110	38,75	15,83	18	78
Vrouw	110	0,764	0,427	0	1
Hoger onderwijs	110	0,700	0,460	0	1
Inkomen > 2500 euro	110	0,282	0,452	0	1
Ervaring met medisch incident	110	0,318	0,468	0	1
Gezondheidsstatus	110	0,336	0,475	0	1
Juridische of medische achtergrond	110	0,282	0,452	0	1
Ernst van het medisch incident	110	0,473	0,502	0	1

### 4. Assumpties

Aangezien de enquête gebaseerd is op een RCT, wordt er gesuggereerd dat er geen verschil meer bestaat tussen de kenmerken van de behandelingsgroep en de controlegroep anders dan het verschil in de ernst van het medisch incident (Krauss, 2018). Om te kijken of deze willekeurige toewijzing geslaagd is en er dus zeker geen verschillen meer bestaan tussen de kenmerken van de behandelingsgroep en de controlegroep, heb ik een *balance check* uitgevoerd. Dit heb ik gedaan aan de hand van OLS regressies met als afhankelijke variabele een patiëntkarakteristiek en als onafhankelijke variabele de ernst van het medisch incident. Voor elke patiëntkarakteristiek heb ik een aparte regressie uitgevoerd. Deze regressie ziet er als volgt uit:

$$\text{Patiëntkarakteristiek}_i = \alpha + \beta_1 * \text{ErnstMC}_i + \varepsilon_i$$

De regressies werden uitgevoerd met behulp van het programma STATA. De resultaten van de *balance check* zijn waar te nemen in Tabel 5.

**Tabel 5** Balance check

<b>Patiëntkarakteristiek</b>	<b>Gemiddelde controlegroep</b>	<b>Gemiddelde behandelingsgroep</b>	<b>Coëfficiënt</b>
Leeftijd	38,55	38,96	0,410 (0,893)
Vrouw	0,828	0,692	-0,135* (0,097)
Hoger onderwijs	0,741	0,654	-0,088 (0,322)
Inkomen > 2500 euro	0,241	0,327	0,086 (0,324)
Ervaring met medisch incident	0,328	0,308	-0,020 (0,825)
Gezondheidsstatus	0,379	0,288	-0,091 (0,318)
Juridische of medische achtergrond	0,293	0,269	-0,024 (0,784)

*De waarden tussen haakjes weergeven de p-waarden van de coëfficiënten.*

*\*\*\*, \*\* en \* geven statistische significantie aan op de niveaus van 1%, 5% en 10%, respectievelijk*

Uit deze regressieanalyses blijkt dat er geen significant verschil bestaat tussen de behandelings- en controlegroep voor bovenstaande patiëntkarakteristieken, met uitzondering van het geslacht waarbij wel een significant verschil bestaat op 10% significantieniveau. Hieruit concludeer ik dat de willekeurige toewijzing van respondenten aan de twee verschillende scenario's grotendeels geslaagd is en de interne validiteit gegarandeerd is. Doordat de respondenten op elk moment konden stoppen met de enquête, moet er echter wel rekening gehouden worden met het feit dat er *non-compliance* aanwezig is die een eerder negatieve invloed kan hebben op de interne validiteit. Ongeveer 70 respondenten hebben in dit onderzoek hun deelname aan de studie stopgezet. Om deze *non-compliance* te elimineren, werden de respondenten die hun deelname aan de studie stopgezet hebben niet geïntegreerd in de steekproef.

## **5. Data-analyse**

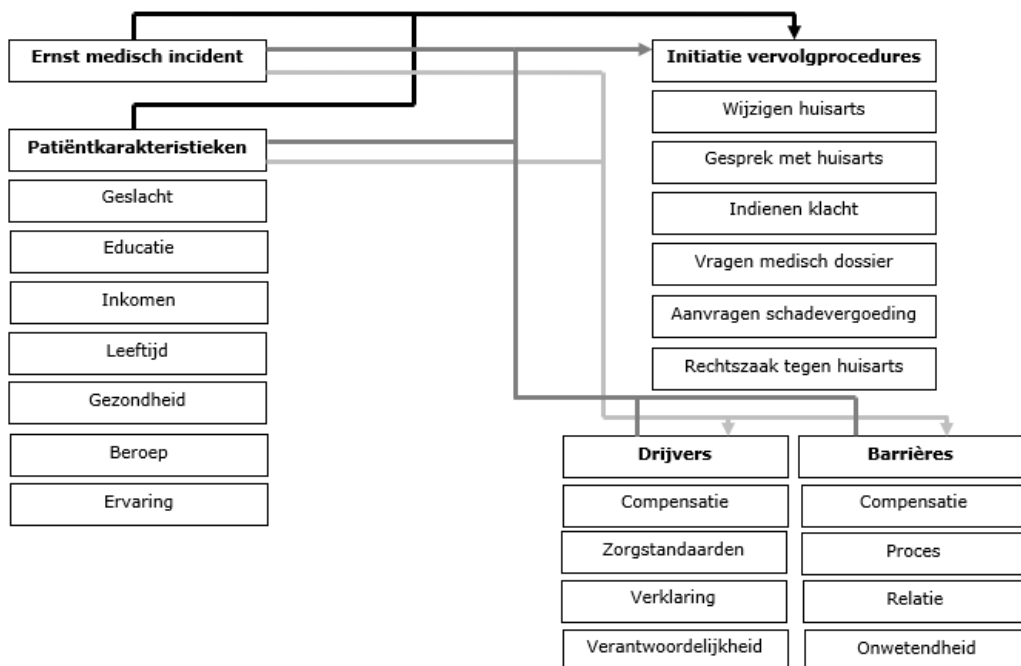
### **5.1 Beschrijvende statistieken**

Net zoals bij de *data cleaning* en de *balance check*, heb ik gebruik gemaakt van het programma STATA om mijn data te analyseren. Allereerst heb ik de gemiddelde score berekend van de scores die de respondenten gaven op de 7-punt Likert schaal aan de vervolgpcedures, drijvers en barrières. Zo kon ik een top 6 maken van de vervolgpcedures die de respondenten zouden initiëren na het medisch incident. Ook voor de drijvers en barrières die hen al dan niet zouden aanzetten tot het initiëren van vervolgpcedures werd een top 4 opgesteld.

## 5.2 OLS-Regressiemodellen

Vervolgens heb ik regressieanalyses uitgevoerd. In Figuur 1 zijn de drie verschillende uitgevoerde regressies met hun onafhankelijke en afhankelijke variabelen in kaart gebracht. Deze figuur wordt in onderstaande tekst verder toegelicht. Dankzij de OLS regressies kon de impact van de ernst van het medische incident en de patiëntkarakteristieken op de verschillende drijvers en barrières analyseren. Verder onderzocht ik of de ernst van het medisch incident, de verschillende patiëntkarakteristieken en de drijvers & barrières een significante impact hebben op de verschillende vervolprocedures. Wanneer de p-waarde van deze variabelen onder 0,01; 0,05 of 0,10 lag, had die onafhankelijke variabele een significante impact op de afhankelijke variabele op een significantieniveau van respectievelijk 1%; 5% of 10%.

**Figuur 1:** Regressiemodellen



Legende:

Regressie 1: impact patiëntkarakteristieken en ernst van medisch incident op drijvers en barrières

Regressie 2: impact patiëntkarakteristieken en ernst van medisch incident op de initiatie van vervolprocedures

Regressie 3: impact drijvers en barrières op de initiatie van vervolprocedures

### Regressie 1

Allereerst werd de impact van de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident onderzocht op de verschillende drijvers en barrières. Zoals in Figuur 1 is voorgesteld, heb ik hiervoor regressies uitgevoerd met drijvers en barrières als afhankelijke variabelen en de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident als onafhankelijke variabelen. De OLS-regressie is hieronder weergegeven:

$$\begin{aligned}
 \text{Drijver/barrière}_i = & \alpha + \beta_1 \text{ErnstMedischIncident}_i + \beta_2 \text{Leeftijd}_i + \beta_3 \text{Geslacht}_i + \beta_4 \text{Educatie}_i + \\
 & \beta_5 \text{Inkomen}_i + \beta_6 \text{ErvaringMedischIncident}_i + \beta_7 \text{Gezondheidsstatus}_i + \\
 & \beta_8 \text{Juridische/Medische achtergrond}_i + \varepsilon_i \quad (1)
 \end{aligned}$$

De uitkomstvariabelen in deze regressies zijn de verschillende drijvers, waaronder het wensen van een verklaring, en de verschillende barrières, zoals het langdurige, kostelijke en complexe proces. Voor elke drijver en barrière is er een afzonderlijke regressie uitgevoerd. De eerstvolgende variabele is de ernst van het medisch incident die optreedt als behandelingsvariabele. Deze variabele is een dummy-variabele die gelijk is aan 1 wanneer de respondenten in de behandelingsgroep zaten en dus het levensbedreigende medisch incident kregen. De coëfficiënt  $\beta_1$  geeft, in dit geval, het verschil in belang dat de respondenten hechten aan de drijvers of barrières die al dan niet aanzetten tot het initiëren van een medisch incident bij een levensbedreigend en een niet-levensbedreigend medisch incident. De demografische variabelen fungeren als controlevariabelen, die ervoor zorgen dat het causaal effect van de ernst van het medisch incident op de initiatie van vervolgpcedures preciezer is.

### Regressie 2

Ten tweede werd de impact van de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident op het initiëren van vervolgpcedures onderzocht. Hiervoor werden OLS-regressies opgesteld die, zoals voorgesteld in Figuur 1, bestonden uit de verschillende vervolgpcedures als afhankelijke variabelen en de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident als onafhankelijke variabelen. Deze regressie ziet er als volgt uit:

$$\begin{aligned} \text{Vervolgprocedure}_i = & \alpha + \beta_1 \text{ErnstMedischIncident}_i + \beta_2 \text{Leeftijd}_i + \beta_3 \text{Geslacht}_i + \beta_4 \text{Educatie}_i + \\ & \beta_5 \text{Inkomen}_i + \beta_6 \text{ErvaringMedischIncident}_i + \beta_7 \text{Gezondheidsstatus}_i + \\ & \beta_8 \text{Juridische/Medische achtergrond}_i + \varepsilon_i \quad (2) \end{aligned}$$

De uitkomstvariabelen in deze regressies zijn de verschillende vervolgpcedures, zoals het aanspannen van een rechtszaak of het vragen naar het medisch dossier. Voor elke vervolgpcedure is er een afzonderlijke regressie uitgevoerd. Net zoals in de voorgaande regressies, is de ernst van het medisch incident de behandelingsvariabele en zijn de patiëntkarakteristieken de controlevariabelen. De coëfficiënt bij de variabele ernst van het medisch incident geeft het verschil weer in de kans op het initiëren van een vervolgpcedure tussen respondenten die zich moesten inleven in het scenario van het levensbedreigend en het niet-levensbedreigend medisch incident. Vervolgens heb ik dezelfde regressie (2) uitgevoerd, maar dan met de samengenomen vervolgpcedures als uitkomstvariabele.

Verder heb ik aan de voorgaande regressie (2) een interactieterm tussen de ernst van het medisch incident en een patiëntkarakteristiek toegevoegd. Er werden zeven regressies uitgevoerd met telkens één interactieterm tussen de ernst van het medisch incident en een patiëntkarakteristiek. Op die manier kon ik te weten komen of mensen met een bepaalde patiëntkarakteristiek significant anders reageren op het initiëren van vervolgpcedures indien een levensbedreigend medisch incident voorvalt. Het enige verschil met de voorgaande regressies is de toevoeging en interpretatie van de interactieterm. De variabele ernst van het medisch incident is een dummy-variabele die gelijk is aan 1 wanneer de respondenten een hypothetisch levensbedreigend medisch incident meemaakte. De variabele geslacht bijvoorbeeld is ook een dummy-variabele die gelijk is aan 1 wanneer de respondent een vrouw is. De coëfficiënt van de interactieterm weergeeft, in dit geval, het verschil tussen mannen en vrouwen in het initiëren van vervolgpcedures na een levensbedreigend medisch incident.

### Regressie 3

Tot slot werd de impact van de drijvers en barrières onderzocht op de intentie om vervolgprocedures te initiëren. De regressies die hiervoor werden opgesteld, hebben net zoals in Figuur 1, de vervolgprocedures als afhankelijke variabelen en de drijvers en barrières, de ernst van het medisch incident en de patiëntkarakteristieken als onafhankelijke variabelen. Ik heb de volgende regressie uitgevoerd voor de verschillende vervolgprocedures:

$$\begin{aligned} \text{Vervolgprocedure}_i = & \alpha + \beta_1 \text{ErnstMedischIncident}_i + \beta_2 \text{Compensatie(D)}_i + \beta_3 \text{Zorgstandaarden}_i + \\ & \beta_4 \text{Verantwoordelijkheid}_i + \beta_5 \text{Verklaring}_i + \beta_6 \text{Compensatie(B)}_i + \beta_7 \text{Proces}_i + \beta_8 \text{Relatie}_i + \\ & \beta_9 \text{Onwetendheid}_i + \beta_{10} \text{Leeftijd}_i + \beta_{11} \text{Educatie}_i + \beta_{12} \text{ErvaringMedischIncident}_i + \\ & \beta_{13} \text{Gezondheidsstatus}_i + \beta_{14} \text{Juridische/Medische achtergrond}_i + \beta_{15} \text{Geslacht}_i + \varepsilon_i \quad (3) \end{aligned}$$

De uitkomstvariabelen zijn de verschillende vervolgprocedures, zoals het aanvragen van een schadevergoeding bij het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) of het aangaan van een gesprek met de zorgverstrekker. Voor elke vervolgprocedure werd één regressie opgesteld. De variabele ernst van het medisch incident is wederom de behandelingsvariabele. De coëfficiënt van deze variabele meet opnieuw het verschil tussen de kans op het initiëren van vervolgprocedures bij een levensbedreigend medisch incident en een niet-levensbedreigend medisch incident. De volgende acht variabelen zijn de verschillende drijvers en barrières. De coëfficiënten van deze variabelen weergeven hoe belangrijk de verschillende drijvers en barrières zijn voor de respondenten om al dan niet vervolgprocedures te initiëren na een medisch incident. De resterende variabelen representeren de verschillende patiëntkarakteristieken, die functioneren als controlevariabelen. Vervolgens heb ik dezelfde regressie (3) uitgevoerd, maar dan met de samengenomen vervolgprocedures als uitkomstvariabele.

Bovendien heb ik de bovenstaande regressie (3) uitgevoerd met interactietermen tussen enkele patiëntkarakteristieken en enkele drijvers & barrières. Enkel de interactietermen die uit de literatuur verwacht werden een significante impact te hebben op de intentie om vervolgprocedures te initiëren, werden onderzocht. Zo kon ik te weten komen of de impact van deze drijvers & barrières op het al dan niet initiëren van vervolgprocedures beduidend beïnvloed werd door bepaalde patiëntkarakteristieken. Het enige verschil met de voorgaande regressies is de toevoeging en de interpretatie van de interactieterm. De drijver compensatie is bijvoorbeeld een numerieke variabele waarbij 1 gelijk is aan "Helemaal niet akkoord" en 7 gelijk is aan "Helemaal akkoord". De variabele geslacht is onder andere een dummy-variabele die gelijk is aan 1 wanneer de respondent een vrouw is. De coëfficiënt van de interactieterm weergeeft, in dit geval, het verschil tussen vrouwen en mannen in de keuze om vervolgprocedures te initiëren omwille van de compensatie die men krijgt.

# Resultaten

---

## 1. Beschrijvende statistieken

Er werd een rangorde opgesteld van de vervolgpcedures die het frequentst zouden worden opgestart door de respondenten en een rangorde van de drijvers en barrières waaraan de respondenten het meeste belang hechten. Deze rangordes werden opgesteld aan de hand van de gemiddelde score van de respondenten gegeven aan de verschillende vervolgpcedures, drijvers en barrières.

### 1.1 Vervolgpcedures

Volgens Tabel 6 zouden de respondenten het frequentst vragen naar hun medisch dossier na een medisch incident, waaraan ze een gemiddelde score van omstreeks vijf punten op een zevenpuntschaal gaven. De tweede vervolgpcedure die het vaakst geïnitieerd zou worden, is het veranderen van huisarts in de toekomst. Het aanvragen van de schadevergoeding komt op de derde plaats, terwijl het aangaan van een gesprek met de huisarts op de vierde plaats komt te staan. De twee vervolgpcedures die het minst frequent geïnitieerd zouden worden na een medisch incident zijn het indienen van een klacht bij de ombudsdienst en het aanspannen van een rechtszaak. Aan deze twee vervolgpcedures gaven de respondenten een gemiddelde score van respectievelijk ongeveer drie en twee punten op een zevenpuntschaal.

**Tabel 6** Rangorde vervolgpcedures

Vervolgpcedure	Gemiddelde score
1. Vragen naar medisch dossier	4,900
2. Veranderen van huisarts	4,236
3. Aanvragen schadevergoeding	3,609
4. Aangaan van een gesprek met de huisarts	3,236
5. Indienen van een klacht bij ombudsdienst	2,918
6. Aanspannen rechtszaak tegen huisarts	2,045

### 1.2 Drijvers

Uit Tabel 7 kunnen we afleiden dat voornamelijk de wil voor het vermijden van het medisch incident bij andere patiënten in de toekomst van belang is voor de respondenten. Deze drijver kreeg van de respondenten een gemiddelde score van 6,155 punten op een zevenpuntschaal. Het verkrijgen van een verklaring over het medische incident komt op de tweede plaats. Verder vinden de respondenten het opnemen van de verantwoordelijkheid door de betrokken zorgverstrekker net iets minder belangrijk dan het verkrijgen van een verklaring. Uiteindelijk zullen alle respondenten het minst belang hechten aan de compensatie die men kan verkrijgen na het medisch incident, waaraan een gemiddelde score van 3,527 punten op een zevenpuntschaal werd gegeven.



**Tabel 7** Rangorde drijvers

<b>Drijver</b>	<b>Gemiddelde score</b>
1. Zorgstandaarden	6,155
2. Verklaring	5,273
3. Verantwoordelijkheid	5,227
4. Compensatie	3,527

### 1.3 Barrières

Volgens Tabel 8 zien de respondenten de langdurige, kostelijke en complexe procedure, die een gemiddelde score van 5,227 punten op een zevenpuntenschaal kreeg van de respondenten, als de grootste barrière. De relatie met de arts wordt beschouwd als de tweede grootste barrière om vervolgpcedures te initiëren. Uiteindelijk werden de grootte van de compensatie en de onwetendheid over het medisch incident als minst belangrijke barrières gekozen, maar de grootte van de compensatie krijgt gemiddeld omtrent 0,5 punten meer op een zevenpuntenschaal van de respondenten dan de onwetendheid over het medisch incident.

**Tabel 8** Rangorde barrières

<b>Barrière</b>	<b>Gemiddelde score</b>
1. Proces	5,227
2. Relatie	4,272
3. Compensatie	3,945
4. Onwetendheid	3,464

## 2. OLS-regressiemodellen

De impact van de ernst van het medisch incident en de patiëntkarakteristieken op de drijvers en barrières wordt onderzocht door middel van regressie (1). Vervolgens wordt in regressie (2) de impact van de ernst van het medisch incident en de patiëntkarakteristieken op de intentie om vervolgpcedures te initiëren onderzocht. Uiteindelijk wordt ook de impact van de drijvers en barrières op de intentie om vervolgpcedures te initiëren onderzocht in regressie (3).

### 2.1. Regressie 1

Allereerst focus ik op de impact van de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident op de drijvers die al dan niet aanzetten tot het initiëren van vervolgpcedures. Hiervoor werden regressies (1) opgesteld met de drijvers als afhankelijke variabelen. In Tabel 9 zijn de resultaten van deze regressies terug te vinden. Uit deze tabel kan geconcludeerd worden dat de respondenten bij een levensbedreigend medisch incident meer belang hechten, op 1% significantieniveau, aan alle drijvers dan bij een niet-levensbedreigend medisch incident. Verder vinden jongere mensen het verkrijgen van een compensatie na een medisch incident 0,025 punten op een zevenpuntenschaal

**Tabel 9** Coëfficiënten en standaardfouten van regressie 1

Onafhankelijke variabelen	Compensatie	Zorg-standaarden	Verantwoordelijkheid	Verklaring	Compensatie	Proces	Relatie	Onwetendheid
Ernst van het medisch incident	0,888*** (0,319)	0,491*** (0,180)	1,043*** (0,289)	0,708*** (0,257)	0,003 (0,326)	0,090 (0,290)	-1,408*** (0,310)	-0,279 (0,303)
Leeftijd	-0,025** (0,010)	-0,005 (0,006)	-0,002 (0,009)	0,009 (0,008)	-0,020* (0,010)	-0,017* (0,009)	-0,012 (0,010)	0,002 (0,010)
Vrouw	-0,618 (0,424)	0,373 (0,240)	0,434 (0,384)	0,503 (0,342)	0,333 (0,434)	0,124 (0,386)	-0,167 (0,413)	-0,295 (0,403)
Hoger onderwijs	0,121 (0,402)	0,081 (0,227)	-0,097 (0,364)	-0,020 (0,324)	-0,285 (0,411)	0,222 (0,366)	0,453 (0,392)	-0,792** (0,382)
Inkomen > 2500 euro	0,010 (0,377)	0,054 (0,213)	-0,177 (0,342)	0,114 (0,304)	-0,113 (0,386)	-0,225 (0,343)	0,841** (0,367)	0,179 (0,358)
Ervaring met medisch incident	0,823** (0,338)	0,025 (0,191)	0,168 (0,307)	0,418 (0,273)	0,056 (0,346)	0,412 (0,308)	0,016 (0,329)	-0,058 (0,321)
Gezondheidsstatus	-0,274 (0,336)	0,361* (0,190)	0,521* (0,304)	0,672** (0,271)	-0,422 (0,343)	-0,256 (0,306)	0,160 (0,327)	-0,209 (0,319)
Juridische of medische achtergrond	-0,382 (0,358)	0,111 (0,203)	0,333 (0,324)	0,368 (0,290)	0,345 (0,366)	0,002 (0,326)	-0,684* (0,349)	-0,850** (0,340)

De waarden tussen haakjes weergeven de p-waarden van de coëfficiënten.

\*\*\*, \*\* en \* geven statistische significantie aan op de niveaus van 1%, 5% en 10%, respectievelijk

belangrijker dan oudere mensen. Net zoals jongere mensen, vinden mensen die ervaring hebben met een medisch incident het verkrijgen van een compensatie na een medisch incident belangrijker. Vervolgens zullen respondenten met een minder goede gezondheid meer belang hechten aan het opstellen van zorgstandaarden, het opnemen van de verantwoordelijkheid door de zorgverstrekker of het krijgen van een verklaring over het medisch incident.

De impact van de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident werd evenzeer onderzocht op de barrières die mensen kunnen tegenhouden om vervolgpcedures te initiëren. Om deze impact te onderzoeken werden regressies (1) opgesteld met de barrières als afhankelijke variabelen. De resultaten van deze regressies zijn terug te vinden in Tabel 9. Opmerkelijk is dat van de verschillende barrières enkel de relatie met de huisarts significant, negatief beïnvloed wordt door de ernst van het medisch incident. Dit betekent dat bij een levensbedreigend medisch incident de relatie met de zorgverstrekker beduidend minder als barrière gezien wordt dan bij een niet-levensbedreigend medisch incident. Ten tweede hechten oudere respondenten minder belang aan de duur, complexiteit of kostprijs van het proces en de grootte van de compensatie. Vervolgens kan er ook afgeleid worden uit onderstaande tabel dat mensen met een hogere educatie vaker beseffen dat er een medisch incident gebeurd is dan mensen met een lagere educatie. Ten vierde zouden respondenten met een hoger inkomen de relatie met de zorgverstrekker meer bekijken als een barrière om vervolgpcedures te initiëren dan mensen met een lager inkomen. Als laatste zullen mensen die een juridische of medische achtergrond hebben de relatie met zorgverstrekker en de onwetendheid over het medisch incident beduidend minder als barrière zien om vervolgpcedures te initiëren.

## **2.2. Regressie 2**

Verder heb ik de impact van de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident op het initiëren van vervolgpcedures in het algemeen onderzocht door middel van regressie (2). De eerste kolom van Tabel 10 biedt de resultaten van deze regressie. Hieruit blijkt dat de ernst van het medisch incident, de leeftijd en het al dan niet hebben van een juridische of medische achtergrond een significante impact hebben op het opstarten van vervolgpcedures na een medisch incident. Wanneer een medisch incident levensbedreigend is, zouden respondenten 1,466 punten op een zevenpuntenschaal meer geneigd zijn om vervolgpcedures te initiëren dan wanneer het medisch incident niet levensbedreigend is. Jongere mensen of mensen met een juridische of medische achtergrond zullen eveneens frequenter vervolgpcedures opstarten.

Vervolgens onderzocht ik de impact van patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident op het initiëren van de verschillende vervolgpcedures afzonderlijk. Regressie (2) werd dus uitgevoerd voor elke vervolgpcedure. De kolommen twee tot en met zes van Tabel 10 presenteren de resultaten van deze regressies. Uit deze tabel kan opnieuw afgeleid worden dat de respondenten met het levensbedreigend medisch incident significant frequenter vervolgpcedures zouden initiëren op 1% significantieniveau. De leeftijd van de respondenten heeft enkel een significante, negatieve impact op het aanvragen van een schadevergoeding bij het Fonds voor Medische Ongevallen en het aanspannen van een rechtszaak tegen de huisarts. Daarnaast zijn vrouwen op een

**Tabel 10** Coëfficiënten en standaardfouten van regressie 2

<b>Onafhankelijke variabelen</b>	<b>Vervolg- procedure</b>	<b>Wijzigen van huisarts</b>	<b>Gesprek met huisarts</b>	<b>Indienen klacht</b>	<b>Vragen naar medisch dossier</b>	<b>Aanvragen schade- vergoeding</b>	<b>Rechtszaak tegen huisarts</b>
Ernst van het medisch incident	1,466*** (0,222)	1,566*** (0,344)	1,870*** (0,359)	1,801*** (0,316)	1,234*** (0,336)	1,483*** (0,344)	0,842*** (0,241)
Leeftijd	-0,014* (0,007)	-0,008 (0,011)	0,004 (0,012)	-0,014 (0,010)	-0,004 (0,011)	-0,047*** (0,011)	-0,014* (0,008)
Vrouw	0,060 (0,296)	-0,602 (0,457)	0,419 (0,478)	0,332 (0,420)	0,789* (0,448)	-0,372 (0,458)	-0,206 (0,321)
Hoger onderwijs	-0,036 (0,280)	-0,001 (0,434)	-0,272 (0,453)	-0,168 (0,399)	0,140 (0,424)	0,242 (0,434)	-0,156 (0,304)
Inkomen > 2500 euro	-0,263 (0,263)	-0,136 (0,407)	-0,005 (0,425)	-0,235 (0,374)	-0,334 (0,398)	-0,345 (0,407)	-0,522* (0,285)
Ervaring met medisch incident	0,202 (0,236)	0,261 (0,365)	0,115 (0,381)	0,096 (0,335)	0,333 (0,357)	0,405 (0,366)	0,003 (0,256)
Gezondheidsstatus	0,035 (0,234)	-0,258 (0,362)	0,123 (0,378)	-0,022 (0,333)	0,519 (0,354)	-0,108 (0,363)	-0,041 (0,254)
Juridische of medische achtergrond	0,431* (0,250)	0,832** (0,386)	0,482 (0,404)	0,918** (0,355)	0,115 (0,378)	-0,246 (0,387)	0,485* (0,271)

*De waarden tussen haakjes weergeven de p-waarden van de coëfficiënten.*

*\*\*\*, \*\* en \* geven statistische significantie aan op de niveaus van 1%, 5% en 10%, respectievelijk*

zevenpuntschaal 0,789 punten meer geneigd om te vragen naar hun medisch dossier met betrekking tot het medisch incident dan mannen. Opmerkelijk is dat mensen met een laag inkomen net 0,522 punten op een zevenpuntschaal meer geneigd zijn om rechtszaken aan te spannen dan mensen met een hoog inkomen. Vervolgens zouden de respondenten die een medische of juridische achtergrond hebben significant frequenter veranderen van huisarts, een klacht indienen bij de ombudsdienst of een rechtszaak aanspannen tegen de huisarts.

### 2.3. Regressie 2 met interactietermen

Bovendien heb ik de impact van interactietermen tussen de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident onderzocht op de intentie om vervolgpcedures te initiëren. Op die manier kan ik te weten komen of mensen met een bepaalde patiëntkarakteristiek significant anders reageren op het initiëren van vervolgpcedures indien een levensbedreigend medisch incident voorvalt. Om deze impact te onderzoeken werd aan de voorgaande regressie (2) interactietermen toegevoegd tussen de ernst van het medisch incident en de verschillende patiëntkarakteristieken. Er werden zes regressies uitgevoerd met telkens één interactieterm tussen de ernst van het medisch incident en een patiëntkarakteristiek. In Tabel 11 staan de coëfficiënten, de p-waarden en de standaardfouten van alle interactietermen uit de regressie met de vervolgpcedures als afhankelijke variabele. Enkel de interactieterm tussen de ernst van het medisch incident en het inkomen heeft een significante impact op de neiging om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident. Indien een levensbedreigend medisch incident zich voordoet, zullen mensen met een hoger inkomen 0,898 punten op een zevenpuntschaal meer geneigd zijn om vervolgpcedures te initiëren dan mensen met een lager inkomen.

**Tabel 11** Coëfficiënten, standaardfouten en p-waarden van interactietermen van regressie 2

<b>Interactietermen</b>	<b>Coëfficiënt</b>	<b>Standaardfout</b>	<b>P-waarde</b>
Ernst medisch incident x leeftijd	0,001	0,014	0,924
Ernst medisch incident x vrouw	0,901	0,551	0,105
Ernst medisch incident x hoger onderwijs	0,773	0,490	0,118
Ernst medisch incident x inkomen > 2500 euro	-0,898	0,497	0,074*
Ernst medisch incident x ervaring medisch incident	-0,465	0,475	0,330
Ernst medisch incident x gezondheidsstatus	0,457	0,490	0,353
Ernst medisch incident x juridische of medische achtergrond	0,002	0,477	0,977

*De afhankelijke variabele van deze regressie is de intentie om vervolgpcedures op te starten.*

*\*\*\*, \*\* en \* geven statistische significantie aan op de niveaus van 1%, 5% en 10%, respectievelijk.*

#### **2.4. Regressie 3**

Daarnaast heb ik de impact van de drijvers & barrières op het initiëren van vervolgpcedures in het algemeen onderzocht door middel van regressie (3). De resultaten van deze regressies worden gepresenteerd in de eerste kolom van Tabel 12. Hieruit blijkt dat drie variabelen een significante impact hebben op het al dan niet initiëren van vervolgpcedures na een medisch incident: de compensatie, het verkrijgen van een verklaring en de relatie met de huisarts. Mensen die een compensatie of een verklaring willen nadat het medisch incident zich heeft voorgedaan, zouden frequenter vervolgpcedures initiëren. Enkel een goede relatie met de huisarts wordt gezien als een significante barrière om toch geen vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident.

Verder onderzocht ik de impact van de drijvers & barrières op het initiëren van de verschillende vervolgpcedures afzonderlijk. Regressie (3) werd dus uitgevoerd voor elke vervolgpcedure. De resultaten van deze regressies zijn terug te vinden in de kolommen twee tot en met zes in onderstaande tabel. Uit de resultaten van deze regressies kunnen we opmaken dat de drijver compensatie een significante, positieve impact heeft op alle verschillende vervolgpcedures behalve op het indienen van een klacht bij de ombudsdienst. Naast de compensatie, hebben zowel het opstellen van de zorgstandaarden op 1% significantieniveau als het verlangen dat de huisarts zijn verantwoordelijkheid opneemt op 10% significantieniveau ook een significante invloed op het vragen naar het medisch dossier. Mensen die wensen dat het incident niet opnieuw gebeurt in de toekomst zullen 0,699 keer meer geneigd zijn om hun medisch dossier op te vragen, terwijl mensen die wensen dat de huisarts de verantwoordelijkheid opneemt 0,256 keer minder geneigd zullen zijn om dit te doen. Verder zullen mensen die het proces zien als complex, kostelijk of langdurig minder frequent een rechtszaak gaan aanspannen na een medisch incident. Vervolgens zullen mensen die een goede relatie hebben met de huisarts minder geneigd zijn om te veranderen van huisarts of een klacht in te dienen na het voorvallen van een medisch incident.

#### **2.5. Regressie 3 met interactietermen**

Bovendien heb ik de impact van enkele interactietermen tussen de drijvers & barrières en de patiëntkarakteristieken onderzocht op de intentie om vervolgpcedures te initiëren. Zo kon ik te weten komen of de impact van enkele drijvers en barrières op de mate waarin de respondenten vervolgpcedures zouden initiëren beduidend beïnvloed werd door bepaalde patiëntkarakteristieken. Om deze impact te onderzoeken werd aan de voorgaande regressie (3) telkens één interactieterm toegevoegd tussen een patiëntkarakteristiek en een barrière of drijver. De interactietermen die verondersteld werden een significante impact te hebben, worden toegelicht in Tabel 13 samen met hun coëfficiënten, standaardfouten en p-waarden. Hieruit blijkt dat enkel de interactieterm tussen leeftijd en compensatie een significante impact heeft op de neiging om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident. Oudere mensen die vinden dat ze een compensatie moeten krijgen, zullen 0,007 punten op een zevenpuntenschaal sneller vervolgpcedures zullen initiëren dan oudere mensen die vinden dat ze geen compensatie moeten krijgen.

**Tabel 12** Coëfficiënten en standaardfouten van regressie 3

<b>Onafhankelijke variabelen</b>	<b>Vervolg- procedure</b>	<b>Wijzigen van huisarts</b>	<b>Gesprek met huisarts</b>	<b>Indienen klacht</b>	<b>Vragen naar medisch dossier</b>	<b>Aanvragen schade- vergoeding</b>	<b>Rechtszaak tegen huisarts</b>
Compensatie (Drijver)	0,288*** (0,062)	0,208** (0,104)	0,187* (0,112)	0,142 (0,097)	0,206** (0,104)	0,716*** (0,087)	0,267*** (0,073)
Zorgstandaarden	0,151 (0,123)	0,088 (0,207)	0,198 (0,223)	0,052 (0,192)	0,699*** (0,207)	0,062 (0,172)	-0,192 (0,145)
Verantwoordelijkheid	0,031 (0,084)	0,022 (0,141)	0,167 (0,152)	0,150 (0,131)	-0,256* (0,141)	-0,003 (0,118)	0,108 (0,099)
Verklaring	0,135* (0,081)	0,069 (0,137)	0,129 (0,147)	0,186 (0,127)	0,179 (0,137)	0,118 (0,114)	0,129 (0,096)
Compensatie (Barrière)	0,037 (0,067)	0,012 (0,113)	0,176 (0,122)	0,053 (0,105)	0,010 (0,113)	-0,090 (0,094)	0,060 (0,079)
Proces	-0,041 (0,077)	0,158 (0,130)	-0,073 (0,141)	-0,075 (0,121)	-0,063 (0,130)	-0,015 (0,109)	-0,179* (0,091)
Relatie	-0,148** (0,065)	-0,441*** (0,110)	-0,161 (0,118)	-0,238** (0,102)	0,012 (0,109)	0,024 (0,091)	-0,082 (0,077)
Onwetendheid	-0,034 (0,066)	-0,042 (0,112)	-0,037 (0,120)	-0,061 (0,104)	-0,013 (0,111)	-0,066 (0,093)	0,012 (0,078)

*De waarden tussen haakjes weergeven de p-waarden van de coëfficiënten.*

*\*\*\*, \*\* en \* geven statistische significantie van de onafhankelijke variabelen aan op de niveaus van 1%, 5% en 10%, respectievelijk.*

**Tabel 13** Coëfficiënten, standaardfouten en p-waarden van interactietermen van regressie 3

<b>Interactietermen</b>	<b>Coëfficiënt</b>	<b>Standaardfout</b>	<b>P-waarde</b>
Leeftijd x Compensatie (drijver)	0,007	0,003	0,041**
Leeftijd x Compensatie (barrière)	0,002	0,004	0,624
Leeftijd x Onwetendheid	-0,000	0,004	0,970
Leeftijd x Proces	-0,000	0,004	0,945
Leeftijd x Relatie	-0,002	0,004	0,538
Inkomen x Compensatie (drijver)	0,014	0,118	0,906
Inkomen x Compensatie (barrière)	0,113	0,126	0,373
Inkomen x Proces	0,025	0,133	0,850
Educatie x Onwetendheid	0,082	0,147	0,579
Ervaring medisch incident x Compensatie (drijver)	-0,052	0,117	0,655
Ervaring medisch incident x Compensatie (barrière)	-0,131	0,143	0,361
Juridische of medische achtergrond x Zorgstandaarden	0,006	0,226	0,979

*De afhankelijke variabele van deze regressie is de intentie om vervolprocedures op te starten.*

*\*\*\*, \*\* en \* geven statistische significantie op de niveaus van 1%, 5% en 10%, respectievelijk.*





# Discussie

---

## 1. Drijvers en barrières

### 1.1. Rangorde

Opmerkelijk is patiënten meer belang hechten aan de niet-monetaire drijvers dan aan de monetaire drijvers, wat ook geconcludeerd werd door Bismark et al. (2006) en Vincent et al. (1994). Dit kan ook geconcludeerd worden voor de barrières, doordat de grootte van de compensatie pas op de derde plaats in de rangorde staat. Enkel de onwetendheid over het medisch incident werd nog minder als barrière gezien, wat betekent dat de medische kennis in de steekproef redelijk hoog ligt.

### 1.2. Impact ernst van het medisch incident

Allereerst werd onderzocht welke impact de ernst van het medisch incident heeft op de drijvers en barrières. De ernst van het medisch incident heeft een positieve, significante impact op alle verschillende drijvers. Doordat het incident levensbedreigend is en dit een grote impact had op hun leven, willen deze mensen onder andere niet dat het incident nog eens voorvalt bij andere patiënten in de toekomst. In tegenstelling tot de drijvers, heeft de ernst van het medisch incident enkel een negatieve, significante impact op de relatie met de arts. Het is evident dat bij een levensbedreigend incident de relatie met de arts minder als barrière ervaren wordt dan bij een niet-levensbedreigend incident.

### 1.3. Impact patiëntkarakteristieken

Daarnaast lag de focus op het onderzoeken van de impact van de patiëntkarakteristieken op de drijvers en barrières. Uit Tabel 14 kan afgeleid worden dat er drie patiëntkarakteristieken een significante impact hebben op de drijvers die aanzetten tot het initiëren van vervolgpcedures: leeftijd, gezondheidsstatus en het al dan niet hebben van ervaring met een medisch incident. De negatieve relatie tussen leeftijd en het verkrijgen van een compensatie kan onderbouwd worden door het feit dat oudere mensen een geringere compensatie verkrijgen bij het initiëren van vervolgpcedures dan mensen tussen 16 en 64 jaar (Burstin et al., 1993). Verder heeft de ervaring met een medisch incident een positieve impact op de drijver compensatie. Een reden hiervoor kan zijn dat de kosten van het eerste medisch incident mogelijks hoog opliepen, waardoor ze kennis hebben over de gemiddelde kost van een medisch incident en hiervoor een schadevergoeding willen. Vervolgens zullen mensen met een minder goede gezondheid meer belang hechten aan het opstellen van zorgstandaarden. Doordat deze mensen frequent het ziekenhuis bezoeken, vinden ze het belangrijk dat de zorg kwaliteitsvol is wat verbeterd wordt wanneer er zorgstandaarden opgesteld worden. Daarnaast zijn het opnemen van de verantwoordelijkheid door de zorgverstrekker en het verkrijgen van een verklaring na het medisch incident ook beduidend van belang voor deze mensen. De mensen met een minder goede gezondheid zijn meestal afhankelijk van bepaalde zorgverstrekkers, waardoor het geven van een verklaring en het opnemen van verantwoordelijkheid een vereiste is voor de behandelingen in de toekomst (Surbone & Rowe, 2015).

**Tabel 14** Impact patiëntkarakteristieken op drijvers

<b>Patiëntkarakteristiek</b>	<b>Compensatie</b>	<b>Zorgstandaarden</b>	<b>Verantwoordelijkheid</b>	<b>Verklaring</b>
Leeftijd	-	/	/	/
Ervaring medisch incident	+	/	/	/
Gezondheidsstatus	/	+	+	+

Uit Tabel 15 kan er afgeleid worden dat er vier patiëntkarakteristieken een significante impact hebben op de barrières die mensen kunnen tegenhouden om vervolgpcedures te initiëren: leeftijd, educatie, inkomen en het al dan niet hebben van een juridische of medische achtergrond. De negatieve relatie van leeftijd en compensatie/proces is strijdig met de literatuur die aanvoert dat oudere patiënten zowel de compensatie als de complexiteit, kostprijs en duur aanhalen als belangrijke barrières (McCarthy, 2010; Sager et al., 1990). Bij een levensbedreigend medisch incident zullen oudere mensen de compensatie en de complexiteit, kostprijs en duur wel belangrijker vinden dan bij een niet-levensbedreigend medisch incident. De tweede patiëntkarakteristiek, educatie, heeft een negatieve invloed op de barrière onwetendheid. Dit bevestigt de conclusies uit het onderzoek van Corrigan et al. (1992) die vermelden dat mensen met een lager opleidingsniveau minder snel een medisch incident zullen herkennen. Bovendien zullen mensen met een hoger inkomen de relatie met de zorgverstrekker als een sterke barrière ervaren dan mensen met een lager inkomen. Tot slot heeft het al dan niet hebben van een juridische of medische achtergrond een negatieve impact op de relatie met de zorgverstrekker en de onwetendheid van het medisch incident. Het is evident dat mensen met een medische achtergrond frequenter een medisch incident zullen opmerken dan mensen die geen medische achtergrond hebben. Daarnaast is het wel opmerkelijk dat mensen met een medische achtergrond de relatie met de zorgverstrekker niet als een grote barrière ervaren, omdat deze zorgverstrekkers collega's kunnen zijn van de persoon in kwestie.

**Tabel 15** Impact patiëntkarakteristieken op barrières

<b>Patiëntkarakteristiek</b>	<b>Compensatie</b>	<b>Proces</b>	<b>Relatie</b>	<b>Onwetendheid</b>
Leeftijd	-	-	/	/
Educatie	/	/	/	-
Inkomen	/	/	+	/
Juridische of medische achtergrond	/	/	-	-

## **2. Vervolprocedures**

### **2.1. Rangorde**

De vervolprocedures die het frequentst zouden worden opgestart na een medisch incident zijn twee van de vervolprocedures zonder tussenkomst van de rechtbank, namelijk het vragen naar het medisch dossier en het veranderen van zorgverstrekkers. Dit is evident, omdat deze twee vervolprocedures het minst administratief werk en het minste confrontatie met de zorgverstrekkers vereisen. De vervolprocedure met tussenkomst van het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) wordt frequenter geïnitieerd dan het aanspannen van een rechtszaak tegen de betrokken zorgverstrekkers. Een verklaring hiervoor is het feit dat het Fonds voor Medische Ongevallen opgericht is om de reden dat het initiëren van een rechtszaak na een medisch incident te langdurig en te complex was voor de meerderheid van de patiënten (Boone & Lierman, 2011).

### **2.2. Impact ernst van het medisch incident**

Ten eerste werd er onderzocht welke impact de ernst van het medisch incident heeft op het initiëren van vervolprocedures na een medisch incident. Er kan geconcludeerd worden dat de ernst van het medisch incident een positieve, significante impact heeft op het initiëren van vervolprocedures. Bij een levensbedreigend medisch incident kan het zijn dat de financiële, fysieke en morele schade voor de patiënt groter is dan bij een niet-levensbedreigend incident, waardoor er frequenter vervolprocedures opgesteld worden om deze schade te verwerken. Mazor et al. (2004) haalt eveneens aan in zijn onderzoek dat de ernst van het medisch incident een positieve impact heeft op het aanspannen van een rechtszaak en het veranderen van de zorgverstrekkers in de toekomst. May and Stengel (1990) gaven daarentegen aan dat patiënten bij een ernstig medisch incident niet significant veranderen van zorgverstrekkers of een gesprek aangaan met de zorgverstrekkers.

### **2.3. Impact patiëntkarakteristieken**

Bovendien werd er onderzocht welke impact de verschillende patiëntkarakteristieken hebben op het initiëren van vervolprocedures na een medisch incident. In Tabel 16 staan de patiëntkarakteristieken die een significante impact hebben op één of meerdere vervolprocedures. Hieruit blijkt dat er vier patiëntkarakteristieken zijn die een significante invloed hebben op het initiëren van één of meerdere vervolprocedures: leeftijd, inkomen, geslacht en het al dan niet hebben van een juridische of medische achtergrond.

De negatieve impact van leeftijd op de intentie om vervolprocedures te initiëren bevestigt de consensus in de literatuur (Sager et al., 1990; Tsimtsiou et al., 2014). Deze impact kan onder andere te verklaren zijn doordat oudere mensen leiden aan verschillende aandoeningen, waardoor ze het medisch incident vaak niet herkennen. Daarnaast is de schadevergoeding die oudere mensen krijgen geringer dan die van jongere mensen, waardoor ze minder stimulans hebben om bijvoorbeeld een rechtszaak aan te spannen (Sager et al., 1990). Vervolgens is de negatieve impact van inkomen op de intentie om een rechtszaak aan te spannen tegen de betrokken zorgverstrekkers opmerkelijk, omdat onder andere in het onderzoek van Burstin et al. (1993) wordt vermeld dat mensen met een lager inkomen een geringere vergoeding zullen krijgen wanneer ze een rechtszaak zouden initiëren. Dit is doorgaans een doorslaggevende reden voor mensen met een lager inkomen om geen

rechtszaak te initiëren na een medisch incident. Mussman et al. (1991) geeft wel aan dat mensen die omwille van hun medisch incident hun inkomen verloren, meer geneigd zijn om een rechtszaak op te starten. Verder bevestigt deze negatieve impact van het inkomen op het initiëren van rechtszaken de gedachtegang van de zorgverstrekkers. De positieve impact van de juridische of medische achtergrond op het initiëren van vervolgpcedures valt te verklaren doordat mensen met een juridische of medische achtergrond gewoonlijk bekend zijn met de vervolgpcedures die kunnen geïnitieerd worden na een medisch incident. Daarnaast herkennen mensen met een medische achtergrond, volgens Rothenberg (1992), sneller een medische incident dan mensen zonder medische achtergrond. Tot slot bevestigt de positieve impact van geslacht op het vragen naar het medisch dossier de conclusies genomen in het onderzoek van Pukk et al. (2003) en Surbone and Rowe (2015). Deze positieve relatie kan echter wel te wijten zijn aan het feit dat medische fouten vaker voorkomen bij de behandeling van vrouwelijke patiënten (Petticrew et al., 1993)

**Tabel 16** Impact patiëntkarakteristieken op vervolgpcedures

Patiëntkarakteristiek	Vervolg-procedure	Wijzigen van huisarts	Gesprek met huisarts	Indienen klacht	Vragen naar medisch dossier	Aanvragen schade-vergoeding	Rechtszaak tegen huisarts
Leeftijd	-	/	/	/	/	-	-
Vrouw	/	/	/	/	+	/	/
Inkomen	/	/	/	/	/	/	-
Juridische of medische achtergrond	+	+	/	+	/	/	+

#### 2.4. Impact drijvers en barrières

Naast de impact van patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident, werd ook de impact van de drijvers en barrières op het initiëren van vervolgpcedures onderzocht. In Tabel 17 worden de drijvers en barrières die een significante impact hebben op één of meerdere vervolgpcedures toegelicht. Er zijn vier drijvers en twee barrières die een significante impact hebben op het initiëren van één of meerdere vervolgpcedures: compensatie, zorgstandaarden, verantwoordelijkheid, verklaring, de relatie met de zorgverstrekker en de complexiteit, kostprijs en duur van het proces.

De compensatie heeft een positieve impact op alle vervolgpcedures, behalve het indienen van een klacht. Dit is een opvallende bevinding, omdat enkel het aanvragen van een schadevergoeding en een rechtszaak kunnen leiden tot het verkrijgen van een schadevergoeding. Wanneer er gekeken wordt naar oudere mensen die vinden dat ze een compensatie moeten krijgen, kan er geconcludeerd worden dat deze groep sneller vervolgpcedures zal initiëren dan jongere mensen die vinden dat ze een compensatie moeten krijgen. Dit is bewonderenswaardig, omdat de compensatie van oudere

mensen geringer is dan bij jongere mensen (Sager et al., 1990). De positieve impact van zorgstandaarden op het vragen naar het medisch dossier is klaarblijkelijk om de reden dat patiënten medische informatie kunnen doorspelen aan het ziekenhuis of zorgverstrekkers over het incident, waardoor dit in de toekomst vermeden kan worden. In tegenstelling tot mensen die belang hechten aan het opstellen van zorgstandaarden, zullen mensen die graag willen dat de zorgverstrekker verantwoordelijkheid opneemt minder geneigd zijn om hun medisch dossier op te vragen. Dit kan te verklaren zijn doordat het opvragen van het medisch dossier één van de vervolgpcedures is waarbij er geen of weinig contact is met de zorgverstrekker, waardoor de zorgverstrekker zijn verantwoordelijkheid tegenover de patiënt niet kan opnemen. Het verkrijgen van een verklaring heeft een positieve impact op het initiëren van vervolgpcedures. Dit resultaat bevestigt het standpunt dat er vaak een slechte communicatie tussen de betrokken zorgverstrekker en de patiënt is na een medisch incident en dat het initiëren van vervolgpcedures enigszins meer informatie over het incident kan bieden.

Verder zijn de patiënten die meer belang hechten aan de duur, complexiteit en kostprijs van het proces als barrière minder geneigd om een rechtszaak tegen de zorgverstrekker te initiëren. Dit is evident, omdat een rechtszaak vaak veel tijd in beslag neemt en kostelijk kan zijn voor alle partijen (Hickson et al., 1992). De relatie met de zorgverstrekker heeft een negatieve invloed op het initiëren van vervolgpcedures. Volgens Huntington and Kuhn (2003) gaan patiënten die een vertrouwde dokter-patiënt relatie ervaren met wederzijds respect en een goede communicatie minder intentie hebben om vervolgpcedures op te starten.

**Tabel 17** Impact drijvers en barrières op vervolgpcedures

<b>Patiëntkarakteristiek</b>	<b>Vervolg-procedure</b>	<b>Wijzigen van huisarts</b>	<b>Gesprek met huisarts</b>	<b>Indienen klacht</b>	<b>Vragen naar medisch dossier</b>	<b>Aanvragen schade-vergoeding</b>	<b>Rechtszaak tegen huisarts</b>
Compensatie (Drijver)	+	+	+	/	+	+	+
Zorgstandaarden	/	/	/	/	+	/	/
Verantwoordelijkheid	/	/	/	/	-	/	/
Verklaring	+	/	/	/	/	/	/
Proces	/	/	/	/	/	/	-
Relatie	-	-	/	-	/	/	/



## Conclusie

---

In mijn onderzoek beoogde ik een antwoord te geven op de onderzoeksvraag: "Wat bepaalt de intentie van patiënten om vervolgpcedures te initiëren na een medisch incident?" Ik kan concluderen dat er verschillende drijvers en barrières bestaan die mensen al dan niet aanzetten om vervolgpcedures te initiëren. Er zijn vier drijvers die een significante impact hebben op het initiëren van één of meerdere vervolgpcedures: compensatie, zorgstandaarden, verantwoordelijkheid en verklaring. Al deze drijvers hebben een positieve impact, behalve de drijver verantwoordelijkheid. De mensen hechten meer belang aan de niet-monetaire drijvers dan aan de monetaire drijvers. Daarnaast zijn er twee barrières die een negatieve en beduidende impact hebben, namelijk de relatie met de zorgverstreker en de complexiteit, kostprijs en duur van het proces. Vervolgens zijn er twee belangrijke factoren die een invloed hebben op het initiëren van vervolgpcedures na een medisch incident, namelijk de patiëntkarakteristieken en de ernst van het medisch incident. Er zijn vier patiëntkarakteristieken die een significante invloed hebben op het initiëren van één of meerdere vervolgpcedures: leeftijd, inkomen, geslacht en het al dan niet hebben van een juridische of medische achtergrond. De leeftijd en het inkomen van de mensen hebben een negatieve impact, terwijl vrouwen en mensen met een juridische of medische achtergrond een positieve impact hebben. Bovendien heeft de ernst van het medisch incident een beduidend positieve impact op de intentie om vervolgpcedures op te starten na een medisch incident. De vervolgpcedures die uiteindelijk het meest geïnitieerd zouden worden zijn vervolgpcedures zonder tussenkomst van de rechtbank en met tussenkomst van het Fonds voor Medische Ongevallen.

### 1. Beleidsaanbevelingen

Een eerste beleidsaanbeveling is om een centraal meldsysteem op te stellen in België waar medische incidenten kunnen worden aangegeven door zowel zorgverstreker als patiënt. Dit meldsysteem moet wel aan bepaalde voorwaarden voldoen zoals de vertrouwelijkheid van de gegevens waarborgen. Op die manier worden er nationale cijfers over medisch incidenten bekomen en kan er een preventiebeleid worden opgezet om het aantal medische incidenten te doen verminderen. Een tweede beleidsaanbeveling is het opleiden van zorgverstrekkers om open te communiceren wanneer een medisch incident zich voordoet en te werken aan een vertrouwde dokter-patiënt relatie. Uit mijn onderzoek blijkt dat deze twee aspecten patiënten onder andere tegenhouden om vervolgpcedures te initiëren. Het is vooral belangrijk om rekening te houden met deze twee aspecten in geval van een levensbedreigend medisch incident. Maar ook bij de behandeling van jonge mensen, vrouwen, mensen die een medische of juridische achtergrond hebben en mensen met een laag inkomen doordat deze bevolkingsgroepen een hogere intentie hebben om vervolgpcedures op te starten.

### 2. Beperkingen

Ten eerste heb ik gekozen om via een enquête met een hypothetisch scenario te onderzoeken welke factoren de intentie om vervolgpcedures te initiëren bepalen. Hierdoor kan er *hypothetical bias* ontstaan, wat betekent dat de respondenten een antwoord geven op basis van het hypothetisch scenario maar dat het antwoord kan afwijken van de realiteit. Verder gebeurde de randomisatie in



een labexperiment. Een nadeel hieraan is dat de externe validiteit eerder laag is, waardoor de resultaten moeilijk te veralgemenen zijn naar de gehele populatie. Daarbovenop hebben voornamelijk mensen uit Limburg de enquête ingevuld, wat betekent dat de resultaten niet representatief zijn voor Vlaanderen. Verder is ook de interne validiteit niet volledig gewaarborgd. Volgens de *balance check* was de impact van de behandelingsvariabele op de variabele geslacht significant op 10% significantieniveau. Dit betekent dat er na de randomisatie nog een verschil bestaat tussen de behandelingsgroep en de controlegroep op basis van geslacht. Een laatste beperking was de grootte van de steekproef. Doordat er maar 110 respondenten de enquête ingevuld hadden, zat er niet genoeg variatie in de variabelen etniciteit en verzekering. Hierdoor konden deze variabelen niet worden meegenomen in de analyse.

### **3. Suggesties voor verder onderzoek**

Daarnaast zijn er nog enkele suggesties voor verder onderzoek. Een eerste suggestie is het opnieuw afnemen van dezelfde enquête bij een grotere, willekeurige steekproef. Doordat er dan meer variatie in de verschillende categorieën van etniciteit en verzekering zit, kunnen deze patiëntkarakteristieken meegenomen worden als onafhankelijke variabelen in de analyse. Daarnaast kunnen de resultaten worden veralgemeend naar de gehele populatie, bijvoorbeeld Vlaanderen. Ten tweede is het mogelijk om dezelfde enquête opnieuw af te nemen bij patiënten waarbij zich net een medisch incident heeft voorgedaan. Hierdoor zou de *hypothetical bias* moeten worden geëlimineerd. Ten derde zouden er meer barrières, drijvers en vervolgpcedures kunnen worden toegevoegd aan de enquête. Een voorbeeld van een barrière die toegevoegd kan worden is de afhankelijkheid van de respondent aan de zorgverstrekker (Surbone & Rowe, 2015). Momenteel werd er ook enkel gekeken naar de kenmerken gerelateerd aan het medisch incident en de patiënt. De kenmerken gerelateerd aan de zorgverstrekker en de arts-patiënt relatie werden achterwege gelaten. Een vierde en laatste suggestie is om een onderzoek te doen naar welke van de vier factoren de grootste impact heeft op het initiëren van vervolgpcedures.

## Bibliografie

---

- Abd Elwahab, S., & Doherty, E. (2014). What about doctors? The impact of medical errors. *The surgeon (Edinburgh)*, 12(6), 297-300. doi:10.1016/j.surge.2014.06.004
- Belgische Senaat. (2002). *Wetsontwerp betreffende de rechten van de patiënt* Retrieved from <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=2&NR=1250&VOLGNR=3&LANG=nl>
- Belgische Senaat. (2005). *Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid: invoering van registratiesysteem voor medische fouten in de zorgsector*. Retrieved from <https://www.senate.be/www/?MIval=/consulteren/publicatie2&BLOKNR=173&COLL=B&LEG=3&NR=62&SUF=&VOLGNR=&LANG=nl>
- Wet betreffende de rechten van de patiënt, (2002).
- Bhopal, R. (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(6), 441-445.
- Bismark, M., Dauer, E., Paterson, R., & Studdert, D. (2006). Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *Canadian Medical Association journal (CMAJ)*, 175(8), 889-894. doi:10.1503/cmaj.060429
- Boone, I., & Lierman, S. (2011). *Vergoeding van slachtoffers van medische ongevallen: praktijkgerichte analyse van wet 31 maart 2010* (Vol. 1): Intersentia.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., . . . Hiatt, H. H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England journal of medicine*, 324(6), 370-376.
- Brouwers, J. (2021). *Wat als er een medisch ongeval gebeurt?* Retrieved from <https://vlaamspatientenplatform.be/storage/files/eac4a529-da62-4ffc-9216-beca2a1b4670/20211001-handleiding-medische-schade.pdf>
- 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.
- Chen, L.-C., Wang, L.-H., Redley, B., Hsieh, Y.-H., Chu, T.-L., & Han, C.-Y. (2018). A Study on the Reporting Intention of Medical Incidents: A Nursing Perspective. *Clinical nursing research*, 27(5), 560-578. doi:10.1177/1054773817692179
- Christelijke Mutualiteit. (2022). Fonds voor medische ongevallen. Retrieved from <https://www.cm.be/wat-te-doen/ziekte-ongeval/ongeval/soorten-ongevallen/medisch-ongeval/fonds-voor-medische-ongevallen>
- Cornelis, I., Peeters, N., Reynaert, J., Thijs, P., Casman, M., Nisen, L., & Storms, B. (2012). REMI: referentiebudgetten voor een menswaardig inkomen. Een webapplicatie.
- Corrigan, J., Holmlund, K., & Murphy, E. (1992). DO MEDICAID AND MEDICARE PATIENTS SUE PHYSICIANS MORE OFTEN THAN OTHER PATIENTS?
- Coulter, A., & Vincent, C. (2002). Patient safety: what about the patient? *Quality & safety in health care*, 11(1), 76-80. doi:10.1136/qhc.11.1.76

- Devroe, I. (2007). Gekleurd nieuws? De voorstelling van etnische minderheden in het nieuws in Vlaanderen.
- Europese Commissie. (2015). *Patient Safety and Quality of Care in the EU*. Retrieved from [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert\\_panel/docs/2015\\_patient\\_safety\\_quality\\_care\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/2015_patient_safety_quality_care_en.pdf)
- Europese Commissie. (2021). EU-statistiek van inkomens en levensomstandigheden. Retrieved from <https://circabc.europa.eu/faces/jsp/extension/wai/navigation/container.jsp>
- Federale overheidsdienst volksgezondheid. (2007). *Patiëntveiligheid in actie: het vermijdbare vermijden* Retrieved from
- Federale overheidsdienst volksgezondheid. (2016). *Welke zijn de rechten van de patiënt?* . Retrieved from <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/patientenrechten/welke-zijn-de-rechten-van-de-patient>
- Federale overheidsdienst volksgezondheid. (2020). Wet Rechten van de Patiënt: in een goede relatie weet je wat je aan elkaar hebt In.
- Fishbain, D. A., Bruns, D., Disorbio, J. M., & Lewis, J. E. (2008). What Are the Variables That Are Associated with the Patient's Wish to Sue His Physician in Patients with Acute and Chronic Pain? *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 9(8), 1130-1142. doi:10.1111/j.1526-4637.2008.00484.x
- Hanganu, B., Iorga, M., Muraru, I.-D., & Ioan, B. G. (2020). Reasons for and Facilitating Factors of Medical Malpractice Complaints. What Can Be Done to Prevent Them? *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(6), 259. doi:10.3390/medicina56060259
- Hellings, J., Vlayen, A., Desmedt, M., Vertriest, S., Schrooten, W., Bergs, J., . . . Lambrechts, F. (2017). *Patiëntveiligheid in ziekenhuizen: het kan (en moet nog) beter ....* Retrieved from <https://www.uhasselt.be/images/vorming@UHasselt/patientveiligheid/White%20paper%20Patient%20Safety%20Uhasselt%202017.pdf>
- Hickson, G. B., Clayton, E. W., Githens, P. B., & Sloan, F. A. (1992). Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *Jama*, 267(10), 1359-1363.
- Huntington, B., & Kuhn, N. (2003). Communication Gaffes: A Root Cause of Malpractice Claims. *Proceedings - Baylor University. Medical Center*, 16(2), 157-161. doi:10.1080/08998280.2003.11927898
- Iedema, R., Sorensen, R., Manias, E., Tuckett, A., Piper, D., Mallock, N., . . . Jorm, C. (2008). Patients' and family members' experiences of open disclosure following adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 421-432.
- Institute of Medicine. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academies Press.
- Jaray, K. (2012). Psychological and financial consequences of personal injury litigation: Exploring a collaborative and restorative alternative. *Available at SSRN 2270299*.

- Jin, H., Munechika, M., Sano, M., & Kajihara, C. (2012). Four steps to reduce medical incidents. *International journal of quality and service sciences*, 4(4), 399-407. doi:10.1108/17566691211288377
- Kelley, K., Clark, B., Brown, V., & Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), 261-266.
- Komaromy, M., Lurie, N., & Bindman, A. B. (1995). California physicians' willingness to care for the poor. *The Western journal of medicine*, 162(2), 127-132. Retrieved from <https://go.exlibris.link/k2HkYf8G>
- Krauss, A. (2018). Why all randomised controlled trials produce biased results. *Annals of medicine*, 50(4), 312-322.
- Longo, D. R., Hewett, J. E., Ge, B., & Schubert, S. (2005). The Long Road to Patient Safety: A Status Report on Patient Safety Systems. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 294(22), 2858-2865. doi:10.1001/jama.294.22.2858
- Lyu, H. G., Cooper, M. A., Mayer-Blackwell, B., Jiam, N., Hechenbleikner, E. M., Wick, E. C., . . . Makary, M. A. (2017). Medical harm: patient perceptions and follow-up actions. *Journal of patient safety*, 13(4), 199-201.
- May, M. L., & Stengel, D. B. (1990). Who Sues Their Doctors? How Patients Handle Medical Grievances. *Law & society review*, 24(1), 105-120. doi:10.2307/3053788
- Mazor, K. M., Simon, S. R., Yood, R. A., Martinson, B. C., Gunter, M. J., Reed, G. W., & Gurwitz, J. H. (2004). Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Annals of internal medicine*, 140(6), 409-418. doi:10.7326/0003-4819-140-6-200403160-00006
- McCarthy, R. (2010). Aegrescit Medendo: Addressing Barriers to Medical Malpractice Litigation Faced by the Elderly. *Elder LJ*, 18, 391.
- McClellan, F. M., White, 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. doi:10.1007/s11999-012-2254-2
- Moore, J., & Mello, M. M. (2017). Improving reconciliation following medical injury: a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand. *BMJ quality & safety*, 26(10), 788-798. doi:10.1136/bmjqs-2016-005804
- Mooter, A. V. d. (2009). *Toetsing van negen patiëntveiligheidsplannen van acute, psychiatrische en Sp-ziekenhuizen gekaderd in de internationale en Belgische context*. UGent Retrieved from [https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/311/RUG01-001459311\\_2011\\_0001\\_AC.pdf](https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/459/311/RUG01-001459311_2011_0001_AC.pdf)
- Morgan, J., & David, M. (1963). Education and income. *The Quarterly journal of economics*, 77(3), 423-437.
- Mussman, M. G., Zawistowich, L., Weisman, C. S., Malitz, F. E., & Morlock, L. L. (1991). Medical malpractice claims filed by Medicaid and non-Medicaid recipients in Maryland. *Jama*, 265(22), 2992-2994.
- O'Beirne, M., Sterling, P., Palacios-Derflingher, L., Hohman, S., & Zwicker, K. (2012). Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff.

*Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(2), 177-183.

doi:10.3122/jabfm.2012.02.110166

- Penchansky, R., & Macnee, C. (1994). Initiation of medical malpractice suits: a conceptualization and test. *Medical care*, 813-831.
- Petticrew, M., McKee, M., & Jones, J. (1993). Coronary artery surgery: are women discriminated against? *British Medical Journal*, 306(6886), 1164-1166.
- Pukk, K., Lundberg, J., Penalzoza-Pesantes, R. V., Brommels, M., & Gaffney, F. A. (2003). Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences. *Quality Management in Healthcare*, 12(4), 225-231.
- Rijksdienst voor ziekte en invaliditeitsverzekering. (2021). Het Fonds voor de medische ongevallen. Retrieved from <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/fonds-medische-ongevallen.aspx>
- Rothenberg, K. H. (1992). Myth and reality: the threat of medical malpractice claims by low income women. *Law, Medicine and Healthcare*, 20(4), 403-405.
- Ryll, N. A. (2015). Living Through Litigation: Malpractice Stress Syndrome. *Journal of radiology nursing*, 34(1), 35-38. doi:10.1016/j.jradnu.2014.11.007
- Sager, M., Voeks, S., Drinka, P., Langer, E., & Grimstad, P. (1990). Do the elderly sue physicians? *Archives of internal medicine*, 150(5), 1091-1093.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thronhill, A. (2015). Een onderzoeksontwerp bepalen: uitgangspunten van je onderzoek gekoppeld aan de methoden en technieken In *Methoden en technieken van onderzoek*
- Smeehuijzen, J., & Akkermans, A. (2013). Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties. In *Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid* (pp. 13-88): SDU.
- Sohn, D. H., & Sonny Bal, B. (2012). Medical malpractice reform: the role of alternative dispute resolution. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 470(5), 1370-1378.
- StatistiekVlaanderen.be. (2021). Bevolking naar herkomst. Retrieved from <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-naar-herkomst-0>
- Surbone, A., & Rowe, M. (2015). *Clinical Oncology and Error Reduction: A Manual for Clinicians* (1 ed.). Somerset: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Newhouse, J. P., Zbar, B. I., Howard, K. M., Williams, E. J., & Brennan, T. A. (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 255-264.
- Tsimtsiou, Z., Kirana, P., Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2014). What is the profile of patients thinking of litigation? Results from the hospitalized and outpatients' profile and expectations study. *Hippokratia*, 18(2), 139.
- Vincent, C., Phillips, A., & Young, M. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet (British edition)*, 343(8913), 1609-1613. doi:10.1016/S0140-6736(94)93062-7
- Vlaams Patiëntenplatform. (2012). *Patiëntveiligheid* Retrieved from [http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/Standpunttekst\\_Patintveiligheid\\_VP\\_P\\_2012.pdf](http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/Standpunttekst_Patintveiligheid_VP_P_2012.pdf)

- Voinea, V., & Bernauw, D. (2010). Medische aansprakelijkheid en verzekeringen
- Wagner, C., & Wal, v. d. G. (2005). Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definitie. Retrieved from <https://postprint.nivel.nl/PPpp2235.pdf>
- Wears, R. L., & Wu, A. W. (2002). Dealing with failure: The aftermath of errors and adverse events. *Annals of emergency medicine*, 39(3), 344-346.  
doi:10.1067/mem.2002.121996
- White, A. A., & Chanoff, D. (2011). *Seeing Patients: Unconscious Bias in Health Care*. Cambridge: Harvard University Press.
- World Health Organization. (2022). Patient Safety: data and statistics Retrieved from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>



# Bijlage: enquête

---

## Introductie

Beste deelnemer,

ik ben een masterstudente toegepaste economische wetenschappen (TEW) aan de UHasselt. Voor mijn masterproef voer ik onderzoek naar de gedachten en gevoelens van patiënten ingeval van een medisch incident. In dit onderzoek wordt aan u gevraagd om zich in te leven in een scenario en dan enkele meerkeuzevragen omtrent medisch incidenten te beantwoorden. Ik wil graag uw persoonlijke mening weten, dus er zijn geen goede of slechte antwoorden. Het invullen van de enquête zal maximum 10 minuten in beslag nemen en gebeurt anoniem. De informatie die u hier geeft, wordt dus niet gedeeld met anderen mensen dan de leden van het onderzoeksteam van de UHasselt. Hieronder vindt u nog een formulier met betrekking tot de GDPR-wetgeving. Gelieve dit formulier in te vullen alvorens u aan de vragenlijst begint. Indien u vragen heeft omtrent deze vragenlijst, kan u mij altijd contacteren op [maxime.vanherle@student.uhasselt.be](mailto:maxime.vanherle@student.uhasselt.be).

Alvast bedankt!

Maxime

## Toestemming

- Ik ben meerderjarig.
- Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan deze studie op elk ogenblik mag stopzetten, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.
- Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van deze gegevens voor het beschreven onderzoeksdoel.
- Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek.
  - Ik stem hiermee in en wens deel te nemen aan de studie
  - Ik stem hier niet mee in en wens niet deel te nemen aan de studie

## Scenario 1

Stel u voor dat u een huidinfectie op uw gezicht opmerkt. U let er eerst niet veel op, maar na 2 dagen is het er nog en het wordt er niet beter op. U maakt een afspraak bij uw huisarts. De huisarts onderzoekt uw gezicht en vertelt u dat u een antibioticabehandeling nodig heeft. Hij schrijft dicloxacilline voor om de infectie te verdrijven. Uw huisarts vraagt u niet of u een medicijnallergie heeft, terwijl u wel allergisch bent voor penicilline. U gaat naar uw plaatselijke apotheek en laat het recept invullen.

Dicloxacilline, de antibiotica die u voorgeschreven kreeg, is een vorm van penicilline. Uw huisarts vergat u te vragen of u allergisch was voor medicijnen en controleerde uw medisch dossier niet voor



eventuele opmerkingen over allergieën voor medicatie. Omdat u allergisch bent voor penicilline, zou hij dit antibioticum niet mogen voorschrijven. Ondanks de herinnering als kind dat u een allergische reactie op penicilline hebt gehad, heeft u dit niet vermeld omdat u niet wist dat dicloxacilline een vorm van penicilline is.

Binnen een uur na het innemen van uw eerste dosis van het geneesmiddel, krijgt u netelroos (jeukende rode bultjes) in uw nek, borst en benen. Er is een medische fout gebeurd. Deze medische fout kan echter wel gemakkelijk opgelost worden door te stoppen met het innemen van de antibiotica en een nieuw geneesmiddel Benadryl in te nemen waardoor de netelroos verdwijnt.

Gelieve deze situatie in het achterhoofd te houden bij het invullen van de vragenlijst.

## **OF scenario 2**

Stel u voor dat u een huidinfectie op uw gezicht opmerkt. U let er eerst niet veel op, maar na 2 dagen is het er nog en het wordt er niet beter op. U maakt een afspraak bij uw huisarts. De huisarts onderzoekt uw gezicht en vertelt u dat u een antibioticabehandeling nodig heeft. Hij schrijft dicloxacilline voor om de infectie te verdrijven. Uw huisarts vraagt u niet of u een medicijnallergie heeft, terwijl u wel allergisch bent voor penicilline. U gaat naar uw plaatselijke apotheek en laat het recept invullen.

Dicloxacilline, de antibiotica die u voorgeschreven kreeg, is een vorm van penicilline. Uw huisarts vergat u te vragen of u allergisch was voor medicijnen en controleerde uw medisch dossier niet voor eventuele opmerkingen over allergieën voor medicatie. Omdat u allergisch bent voor penicilline, zou hij dit antibioticum niet mogen voorschrijven. Ondanks de herinnering als kind dat u een allergische reactie op penicilline hebt gehad, heeft u dit niet vermeld omdat u niet wist dat dicloxacilline een vorm van penicilline is.

Binnen een uur na het innemen van uw eerste dosis van het geneesmiddel, krijgt u netelroos (jeukende rode bultjes), een beklemmend gevoel in de keel en moeite met ademen. Omdat u moeite heeft met ademen, belt u het noodnummer 112 en brengt een ambulance u naar spoed. Op spoed krijgt u een aantal behandelingen om uw ademhaling te vergemakkelijken en de beklemming van de keel te verlichten. De spoedeisende hulp arts vertelt u dat u had kunnen overlijden door de reactie op het antibioticum en dat u nooit meer een penicilline-gerelateerd medicijn mag nemen.

Gelieve deze situatie in het achterhoofd te houden bij het invullen van de vragenlijst.

## Vervolgprocedures

- Indien u patiënt zou zijn in dit scenario, hoe waarschijnlijk is het dat u een van de volgende stappen zou ondernemen?
  - Ik zou in de toekomst naar een andere huisarts gaan.
  - Ik zou een gesprek aangaan met de huisarts onder leiding van ombudsdienst of een jurist.
  - Ik zou een klacht indienen bij de ombudsdienst.
  - Ik zou vragen naar mijn medisch dossier in verband met het medisch incident.
  - Ik zou een aanvraag doen bij het fonds voor medisch ongevallen om een schadevergoeding te verkrijgen
  - Ik zou een rechtszaak aanspannen tegen mijn huisarts.

## Drijvers

- In welke mate bent u akkoord met de volgende stellingen indien u de patiënt zou zijn in dit scenario?

Ik zou eventueel verdere stappen ondernemen omdat ...

  - Ik graag een financiële compensatie zou willen krijgen.
  - Ik graag zou willen dat dit incident niet nog eens gebeurt bij andere patiënten.
  - Ik graag zou willen dat mijn huisarts verantwoordelijkheid opneemt voor zijn fout.
  - Ik graag een verklaring zou willen over wat er gebeurd is.
- Zijn er nog andere redenen die u aanzetten tot het ondernemen van verdere stappen wanneer u de patiënt zou zijn in dit scenario?

## Barrières

- In welke mate bent u akkoord met de volgende stellingen indien u de patiënt zou zijn in dit scenario?

Ik zou eventueel geen verdere stappen ondernemen omdat ...

  - Ik de financiële compensatie niet voldoende zou vinden om een vervolprocedure op te starten.
  - Ik het proces te lang, te kostelijk of te complex zou vinden.
  - Ik mijn goede relatie met mijn huisarts niet zou willen schaden.
  - Ik niet zou weten dat er een medisch incident is gebeurd.
- Zijn er nog andere redenen die u tegenhouden om verdere stappen te ondernemen wanneer u de patiënt zou zijn in dit scenario?

## Demografische gegevens

- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Anders
  - Wens ik niet te zeggen
- Wat is uw hoogst behaalde diploma?
  - Lager onderwijs
  - Secundair onderwijs
  - Professionele bachelor
  - Academische bachelor
  - Academische master
  - Postgraduaat
  - Doctoraat
  - Andere
- In welke regio bevindt zich uw land van herkomst?
  - West-Europa
  - Noord-Europa
  - Zuid-Europa
  - Oost-Europa
  - Afrika (zonder Marokko)
  - Azië (zonder Turkije of Saudi-Arabië)
  - Turkije, Marokko of Saudi-Arabië
  - Noord-Amerika
  - Zuid-Amerika
  - Andere
- Wat is uw netto-inkomen per maand?
  - < €1249
  - €1250 - €1499
  - €1500 - €1999
  - €2000 - €2499
  - €2500 - €2999
  - €3000 - €3499
  - €3500 - €4499
  - > €4500
- Heeft u bovenop uw ziekteverzekering (verplicht) nog een andere verzekering, zoals een hospitalisatieverzekering?
  - Ja
  - Nee

- Bent u zelf of als vriend/familielid ooit geconfronteerd met een medische incident?
  - Ja (volgende vraag)
  - Nee (volgende vraag overslaan)
- Heeft u ooit verdere stappen ondernomen na het medisch incident?
  - Ja
  - Nee
- Wat is uw huidige beroepsstatus?
  - Student (enkel volgende 2 vragen, dan 2 vragen overslaan)
  - Werkend (volgende 2 vragen overslaan)
  - Werkloos (volgende 2 vragen overslaan)
  - Gepensioneerd (volgende 2 vragen overslaan)
- Volgt u een medische opleiding?
  - Ja
  - Nee
- Volgt u een juridische opleiding?
  - Ja
  - Nee
- Werkt u of heeft u ooit gewerkt in de gezondheidszorg?
  - Ja
  - Nee
- Werkt u of heeft u ooit gewerkt in de juridische wereld?
  - Ja
  - Nee
- Hoe vaak bent u opgenomen in het ziekenhuis in het voorbije jaar (inclusief dagopname, spoedbehandeling, ...)?
  - Nooit
  - 1 – 4 keer
  - 5 – 9 keer
  - 10 – 14 keer
  - > 15 keer