



**UHASSELT**

KNOWLEDGE IN ACTION

## Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische  
wetenschappen

### ***Masterthesis***

***De impact van defensieve communicatie van medische incidenten op het gedrag van patiënten***

### **Louise Vandervoort**

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 impact van defensieve communicatie van medische incidenten op het gedrag van patiënten***

**Louise Vandervoort**

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**

Naar aanleiding van mijn Masterproef ben ik, Louise Vandervoort, me gaan verdiepen in de verschillende aspecten van de volgende onderzoeksvraag: 'Wat is de impact van defensieve communicatie van artsen omtrent medische incidenten op de gedragingen en de reacties van patiënten?'. Als toekomstige beleidsmanager in post Covid-19 tijden, ben ik benieuwd naar de effecten van defensieve communicatie in geval van een medisch incident op het gedrag en de reacties van patiënten.

Over medische incidenten was een grote hoeveelheid aan informatie beschikbaar, waardoor dit onderwerp me veel mogelijkheden bood en ik mijn kennis voldoende kon vergroten. Om meer kennis te kunnen verkrijgen over de gedragingen en reacties van patiënten heb ik een vragenlijst opgesteld en deze uitgestuurd naar de brede bevolking.

Ik wil graag de mensen bedanken die me geholpen hebben om dit onderzoek tot een goed einde te brengen. Allereerst wil ik graag mijn begeleider Lotte Daniels bedanken voor de fijne en vlotte samenwerking. Zij heeft me gedurende het hele proces voorzien van feedback en bijgestaan om dit onderzoek te verwezenlijken. Eveneens wil ik mijn promotor Prof. Dr. Samantha Bielen bedanken voor het ter beschikking stellen van deze interessante studie. Daarnaast wil ik graag mijn ouders bedanken voor het helpen zoeken naar voldoende respondenten om de vragenlijst in te vullen. Tot slot bedank ik mijn familie en vrienden voor hun steun en motivatie tijdens de uitwerking van deze masterproef.



# Samenvatting

## Doel

In de gezondheidszorg gebeuren er dagelijks incidenten die een impact kunnen hebben op de gezondheid van patiënten. Indien er zich een medisch incident voordoet, verwachten patiënten dat artsen alle informatie over het incident openbaar maken en hierover open communiceren naar de patiënt. Echter communiceren artsen soms op een defensieve en eerder onduidelijke manier indien er zich een medisch incident voordoet omdat ze vrezen om aansprakelijk gesteld te worden en hun reputatie te schaden. Daarom onderzoeken we de effecten van defensieve communicatie van artsen in geval van een medisch incident op het gedrag en de reacties van patiënten. Meer specifiek wordt een antwoord geformuleerd op de volgende onderzoeksvraag: 'Wat is de impact van defensieve communicatie van artsen omtrent medische incidenten op het gedrag en de reacties van patiënten?'

## Methodologie

Een literatuurstudie vormde de basis voor het empirisch onderzoek waarin een experiment werd opgezet. Er werd een *Randomized Control Trial* (RCT) uitgevoerd waarbij de respondenten willekeurig toegewezen werden aan twee hypothetische situaties waarin de arts open communiceert of twee situaties waarin de arts defensief communiceert over het medisch incident. Vervolgens werden de gedachten, gevoelens en gedragingen tussen beide groepen met elkaar vergeleken aan de hand van een vragenlijst om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

## Resultaten

Allereerst heeft defensieve communicatie een negatief effect op de gedachten en gevoelens van patiënten. Zo geven patiënten bij defensieve communicatie de arts een significant lagere beoordeling op de manier waarop hij het incident aanpakt en op zijn communicatieskills. Ook zorgt defensieve communicatie ervoor dat patiënten significant minder vertrouwen hebben in de arts dan wanneer deze open communiceert. Daarnaast heeft defensieve communicatie een significante negatieve impact op de beoordeling van de kwaliteit van de arts. Deze resultaten liggen in lijn met de bevindingen van Mazor et al. (2006) die stellen dat open communicatie zorgt voor een positief effect bij patiënten.

Vervolgens wijzen de resultaten omtrent de reacties en gedragingen van patiënten na een medisch incident op weinig significante verschillen tussen open en defensieve communicatie. Enerzijds zijn er geen significante verschillen tussen open en defensieve communicatie in de mate waarin patiënten geneigd zijn om te klagen tegen familie en vrienden, tegen een verpleegkundige en tegen een andere arts en om van arts te veranderen. De richting van deze resultaten ligt wel in lijn met de verwachtingen. Zo zorgt defensieve communicatie mogelijk voor een grotere waarschijnlijkheid om van arts te veranderen na het medisch incident wat in lijn ligt met de bevindingen van Mazor et al. (2006). Anderzijds zijn patiënten significant minder geneigd om het incident te melden bij het ziekenfonds indien de respondent defensief communiceert. De verschillen tussen open en defensieve communicatie in de neiging van patiënten om de ombudsdienst van het ziekenhuis te contacteren, advies te vragen aan een jurist en een rechtszaak te initiëren zijn niet significant, maar de richting van de coëfficiënten geeft aan dat deze gedragingen zich mogelijk minder voordoen bij

defensieve communicatie. Deze bevindingen komen echter niet overeen met de studies van Ock et al. (2016) en Levinson et al. (1997) die aantonen dat defensieve communicatie zorgt voor een grotere kans om een rechtszaak aan te spannen. Een mogelijke verklaring voor deze tegengestelde resultaten kan zijn dat respondenten denken dat ze zelf de oorzaak zijn van het incident omdat de arts bij defensieve communicatie dit al dan niet onrechtstreeks beweert. Ook zou het kunnen dat patiënten een sterker besef hebben dat ze verdere stappen kunnen ondernemen en meer op de hoogte zijn van welke acties ze kunnen ondernemen indien de arts open communiceert over het incident.

De belangrijkste verklaringen voor deze gedragsintenties zijn het sterk verlangen van patiënten om meer informatie te krijgen over het medisch incident en om zulke incidenten in de toekomst te vermijden voor andere patiënten. Daarnaast tonen de resultaten aan dat respondenten bij defensieve communicatie in mindere mate een financiële compensatie van de arts wensen dan bij open communicatie. Dit resultaat kan op dezelfde manier verklaard worden als de verklaring hierboven dat een uitgebreide uitleg van de arts bij open communicatie ervoor zorgt dat respondenten meer op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot een compensatie en deze dan ook zullen eisen, terwijl respondenten hiervan niet op de hoogte zijn indien de arts defensief communiceert. Vervolgens geven de resultaten aan dat patiënten eerder niet wensen dat er grote sancties volgen voor de arts zoals de gevolgen van een rechtszaak. Dit kan te wijten zijn aan de hoge kosten die een rechtszaak met zich meebrengt voor zowel de arts als de patiënt (Chen et al., 2018; Kraman & Hamm, 1999). Verder zijn patiënten die een financiële of niet-financiële compensatie van de arts wensen of het incident in de toekomst willen vermijden voor andere patiënten significant meer geneigd om verdere stappen te ondernemen na het medisch incident.

Tot slot zijn mannelijke patiënten significant meer geneigd om verdere stappen te ondernemen indien de arts defensief communiceert dan vrouwelijke patiënten. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat vrouwen zich vaker inleven in de rol van iemand anders (Jordan, Kaplan, Stiver, Surrey, & Miller, 1991). Het is bijvoorbeeld mogelijk dat vrouwen zich zouden inbeelden dat zij de arts zijn en hierdoor minder geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen tegen de arts, ook al communiceert deze defensief. Verder zijn oudere mensen significant meer geneigd om te klagen tegen anderen en om van arts te veranderen indien de arts defensief communiceert. Dit kan verklaard worden door het feit dat oudere mensen over het algemeen iets meer geneigd zijn om te klagen en vaak een groter budget hebben om verdere stappen te ondernemen dan jonge mensen. Bovendien zijn oudere mensen mogelijk gevoeliger voor defensieve communicatie, waardoor een verschil in reactie mogelijk is. Daarnaast zijn patiënten die ervaring hebben met medische incidenten minder geneigd om verdere stappen te ondernemen bij defensieve communicatie van de arts. Het zou kunnen dat deze patiënten in een vorige ervaring geleerd hebben hoe ze best kunnen omgaan met een medisch incident of defensieve communicatie en het daarom op een andere manier aanpakken dan in dit onderzoek bevestigd werd.

## **Beperkingen van het onderzoek**

Aangezien enkel familie, vrienden en kennissen deelnamen aan de studie, is de externe validiteit mogelijks niet volledig gewaarborgd. Bovendien was de deelname aan de enquête online en vrijwillig. Hierdoor kunnen de gegevens bevooroordeeld zijn omdat enkel geselecteerde mensen die toegang tot internet hebben, deelnamen aan de studie. Toekomstig onderzoek kan de studie uitvoeren met een grotere en meer representatieve steekproef. Verder is het onzeker of de respondenten in werkelijkheid dezelfde acties zouden ondernemen dan ze aangeven in de enquête omdat er vragen gesteld werden over een hypothetische situatie. Hun voorspellingen kunnen namelijk niet overeenkomen met hun werkelijk gedrag omdat ze bijvoorbeeld de effectieve kosten van een rechtszaak niet kennen. Vervolgonderzoek kan bijvoorbeeld enkel respondenten bevragen die reeds ervaring hebben met medische incidenten om resultaten te bekomen die nauwer aansluiten met hun werkelijk gedrag. Tot slot werd er in dit onderzoek niet gevraagd waarom een respondent een bepaald antwoord had aangeduid. Hierdoor was het moeilijker om de achterliggende redenen van bepaalde resultaten te verklaren en zijn deze verklaringen eerder onzeker. Een oplossing hiervoor zijn vervolginterviews die in toekomstige onderzoeken uitgevoerd kunnen worden.





# Inhoudsopgave

<b>Woord vooraf</b> .....	<b>1</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Literatuurstudie</b> .....	<b>11</b>
2.1 Methodologie literatuurstudie.....	11
2.2 Medische incidenten .....	11
2.2.1 Definitie medische incidenten .....	11
2.2.2 Prevalentie medische incidenten .....	12
2.2.3 (Financiële) kosten van medische incidenten.....	13
2.2.4 Conclusie .....	13
2.3 Houding van patiënten en artsen t.o.v. de openbaarmaking van medische incidenten.....	14
2.3.1 Definitie en elementen van open disclosure.....	14
2.3.2 Houding van patiënten en artsen t.o.v. de openbaarmaking van medische incidenten ..	15
2.3.3 Defensieve communicatie .....	17
2.3.3.1 Nadelen van openbaarmaking voor artsen.....	17
2.3.3.2 Voordelen van openbaarmaking voor artsen .....	19
2.3.4 Conclusie .....	19
2.4 Impact van communicatie in geval van medische incidenten op het gedrag van patiënten ..	19
2.4.1 Mate van openbaarmaking .....	20
2.4.2 Gangbare onderzoeksmethoden.....	21
2.4.2.1 Verkennende vragenlijsten .....	21
2.4.2.2 Diepte-interviews en focusgroepen .....	22
2.4.2.3 Experimenten.....	23
2.4.2.4 Before- and after analyses.....	24
2.4.3 Mogelijke reacties van patiënten .....	26
2.4.4 Overige factoren die gedrag en reacties van patiënten beïnvloeden bij de openbaarmaking van medische incidenten .....	27
2.4.4.1 Relatie tussen de patiënt en de arts .....	27
2.4.4.2 Kenmerken van het medisch incident .....	28
2.4.5 Conclusie .....	28
<b>3. Methodologie empirisch onderzoek</b> .....	<b>29</b>

3.1 Dataverzameling .....	29
3.2 Empirische strategie.....	29
3.3 Ontwerp vragenlijst.....	31
3.4 Analyse.....	33
<b>4. Resultaten empirisch onderzoek.....</b>	<b>39</b>
4.1 Karakteristieken respondenten.....	39
4.2 Beschrijvende statistieken.....	40
4.2.1 Gedachten en gevoelens.....	40
4.2.2 Reacties en gedragingen.....	42
4.2.2.1 Gedrag.....	42
4.2.2.2 Verklaringen voor gedragsintenties .....	43
4.3 Regressieresultaten.....	44
4.3.1 Gedachten en gevoelens.....	44
4.3.2 Reacties en gedragingen.....	45
4.3.2.1 Gedrag.....	45
4.3.2.2 Verklaringen voor gedragsintenties .....	46
4.3.2.3 Compensatie .....	47
4.3.3 Invloed van karakteristieken respondenten op gedrag bij defensieve communicatie .....	48
<b>5. Discussie .....</b>	<b>49</b>
5.1 Gedachten en gevoelens .....	49
5.2 Reacties en gedragingen .....	49
5.3 Invloed van karakteristieken respondenten op gedrag bij defensieve communicatie .....	51
<b>6. Conclusie.....</b>	<b>53</b>
6.1 Beperkingen van het onderzoek .....	53
6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	54
<b>7. Bibliografie .....</b>	<b>55</b>
<b>8. Bijlagen .....</b>	<b>59</b>
8.1 Vignetten .....	59
8.1.1 Open communicatie: epidurale verdoving .....	59
8.1.2 Open communicatie: achtergelaten kompres.....	60
8.1.3 Defensieve communicatie: epidurale verdoving .....	61
8.1.4 Defensieve communicatie: achtergelaten kompres .....	62
8.2 Vragenlijst.....	64

# 1. Inleiding

In de gezondheidszorg gebeuren er dagelijks incidenten die een impact kunnen hebben op de gezondheid van patiënten afhankelijk van de ernst van het incident (Donaldson, Corrigan, & Kohn, 2000). Medische incidenten zijn gebeurtenissen die onverwacht schade kunnen veroorzaken door behandeling of zorgverlening, die niet rechtstreeks gerelateerd is aan de ziekte of onderliggende aandoening van een patiënt (Lamb, Studdert, Bohmer, Berwick, & Brennan, 2003). Deze medische incidenten en de effecten die ze veroorzaken brengen aanzienlijke financiële en niet-financiële kosten met zich mee voor de verschillende actoren waaronder patiënten en de zorgverleners en zorginstellingen zelf. Zo schatten Thomas et al. (1999) de totale kosten voor medische incidenten in twee steden in de Verenigde Staten op 33,7 miljard dollar in het jaar 1992. Ook kunnen zulke medische incidenten op verschillende manieren een invloed hebben op het welzijn en het gedrag van patiënten (Donaldson et al., 2000).

Indien er zich een medisch incident voordoet, verwachten patiënten dat artsen alle informatie over het incident openbaar maken en hierover open communiceren naar de patiënt (Hingorani, Wong, & Vafidis, 1999). Echter communiceren artsen soms op een defensieve en eerder onduidelijke manier indien er zich een medisch incident voordoet. Zo bieden slechts de helft van de artsen hun excuses aan patiënten aan na een medisch incident en slechts iets meer dan de helft van de artsen gebruikt het woord 'fout' in hun uitleg aan de patiënt. Evenzo nemen circa twee derde van de artsen hun verantwoordelijkheid op voor het incident, biedt maar de helft hun verontschuldiging aan en slechts acht procent geeft aan hoe zulke incidenten in de toekomst vermeden zullen worden (Chan, Gallagher, Reznick, & Levinson, 2005).

Er zijn verschillende redenen waarom artsen soms geneigd zijn om defensief te communiceren over een medisch incident. Ze willen voornamelijk negatieve gevolgen vermijden die mogelijk gerelateerd zijn aan aansprakelijkheidsprocedures (Studdert et al., 2005; Voinea & Bernauw, 2010). Dergelijke procedures kunnen namelijk gepaard gaan met reputatieverlies en een impact op het morele welzijn van artsen hebben. Bovendien vrezen ze dat ze een financiële schadevergoeding zullen moeten betalen (Hingorani et al., 1999; O'Connor, Coates, Yardley, & Wu, 2010). Daarnaast hebben artsen een gebrek aan kennis om het incident openbaar te maken aan patiënten (O'Connor et al., 2010). Andere redenen waarom artsen defensief communiceren zijn hoge werkdruk, een goedkeuring van defensief gedrag onder artsen en lage medische geletterdheid van patiënten waardoor ze hun symptomen niet goed kunnen uitleggen aan de arts (Sun & Rau, 2017).

De manier waarop medische incidenten aangepakt worden, kan echter een sterke invloed hebben op de reacties en gedragingen van patiënten na het incident (Mazor et al., 2006). Patiënten kunnen na defensieve communicatie omtrent een medisch incident bijvoorbeeld meer geneigd zijn om van arts te veranderen, het incident te melden bij bepaalde instanties en sancties voor de arts te eisen (Schwappach & Koeck, 2004). Deze sancties kunnen bestaan uit zowel een financiële als niet-financiële compensatie voor de patiënt. Bovendien kunnen deze gedragingen van patiënten ervoor zorgen dat er een rechtszaak wordt opgesteld (Helmchen, Richards, & McDonald, 2010). Daarnaast is het mogelijk dat toekomstige incidenten vermeden worden door de acties die patiënten nemen en dat de arts hierdoor leert uit de fout (Mazor et al., 2013).

Om dergelijke problemen te reduceren, zijn er de afgelopen decennia specifieke programma's opgezet om open communicatie bij artsen te stimuleren. De implementatie van dergelijke communicatie- en resolutieprogramma's heeft ervoor gezorgd dat ziekenhuisinstellingen op een meer transparante manier communiceren met patiënten (Kachalia et al., 2018). Ook is er reeds onderzoek gedaan naar de impact van communicatie op het gedrag en de reacties van patiënten. Echter zijn er mogelijke beperkingen van deze bestaande onderzoeken. Veel studies tonen bijvoorbeeld aan dat open communicatie een algemeen positief effect heeft op het gedrag en de reacties van patiënten, maar er werd in deze studies niet altijd een duidelijke vergelijking gemaakt tussen open en defensieve communicatie (Duclos et al., 2005; Mazor et al., 2006; Mazor, Simon, Yood, et al., 2004). Ook werd er vaak een algemeen positief of negatief effect gevonden zonder een specifieke opdeling in soorten gedragingen. Daarom wordt doorheen dit onderzoek een beeld gevormd van de effecten van defensieve communicatie van artsen in geval van een medisch incident op het gedrag en de reacties van patiënten. Die doelstelling heeft geleid tot het opstellen van de volgende onderzoeksvraag: 'Wat is de impact van defensieve communicatie van artsen omtrent medische incidenten op het gedrag en de reacties van patiënten?' Meer specifiek werd onderzocht wat het effect is van defensieve communicatie van de arts op de gevoelens en gedachten van patiënten zoals de tevredenheid en het vertrouwen in de arts in vergelijking met open communicatie. Verder werd de invloed van defensieve communicatie op bepaalde reacties en gedragingen van patiënten zoals van arts veranderen of advies aan een jurist vragen ten opzichte van open communicatie onderzocht. Daarnaast werd ook nagegaan of de communicatiestijl (open of defensief) bij bepaalde profielen meer of minder impact heeft op het gedrag van patiënten. Zo kunnen bepaalde karakteristieken van patiënten zoals leeftijd, geslacht en al dan niet ervaring met medische incidenten een invloed hebben op hoe defensieve communicatie een impact heeft op de gedachten en gedragingen van patiënten na een medisch incident.

Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden, werd in het kader van deze masterproef een experiment opgezet. Er werd een *Randomized Control Trial* (RCT) uitgevoerd waarbij de respondenten willekeurig toegewezen werden aan twee hypothetische situaties waarin de arts open communiceert of twee situaties waarin de arts defensief communiceert over het medisch incident. Vervolgens werden de gedachten, gevoelens en gedragingen tussen beide groepen met elkaar vergeleken aan de hand van een vragenlijst om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Door middel van het uitgevoerde experiment werd de interne en externe validiteit van dit onderzoek gegarandeerd.

## 2. Literatuurstudie

### 2.1 Methodologie literatuurstudie

In de literatuurstudie werd een antwoord geformuleerd op de volgende onderzoeksvraag: 'Wat zijn mogelijke factoren die de gedragingen en reacties van patiënten bepalen na medische incidenten?' Om dit te onderzoeken werd eerst nader ingegaan op het begrip medisch incident, hoe vaak medische incidenten voorkomen, welke kosten eraan verbonden kunnen zijn en de houding van artsen en patiënten ten opzichte van de openbaarmaking hiervan. Daarnaast werd in de literatuur gezocht naar gangbare onderzoeksmethoden om de impact van defensieve communicatie van artsen in geval van een medisch incident op het gedrag en de reacties van patiënten te onderzoeken. Ook de factoren die de gedragingen en de reacties van patiënten bij de openbaarmaking van medische incidenten beïnvloeden werden in kaart gebracht samen met de mogelijke gedragingen en reacties. Via Google Scholar en de Universiteitsbibliotheek van de UHasselt werd er online wetenschappelijke literatuur gezocht aan de hand van de volgende Engelse zoektermen: *medical incidents, communication, attitude, behaviour, impact, disclosure, physician* en *patient*.

### 2.2 Medische incidenten

In dit eerste hoofdstuk focus ik op de term medisch incident en tracht ik dit begrip in een bredere context te plaatsen om een antwoord te geven op de volgende vraag: 'Wat zijn medische incidenten, hoe vaak komen deze voor en welke kosten kunnen eraan verbonden zijn?' Alvorens de prevalentie, financiële en niet-financiële kosten van medische incidenten te bespreken, geef ik een definitie van het begrip medisch incident.

#### 2.2.1 Definitie medische incidenten

Medische incidenten worden in de literatuur doorgaans gedefinieerd als gebeurtenissen die onverwacht schade kunnen veroorzaken door behandeling of zorgverlening, die niet rechtstreeks gerelateerd is aan de ziekte of onderliggende aandoening van een patiënt (Lamb et al., 2003). Medische incidenten kunnen voorkomen in enerzijds de ziekenhuisomgeving, en anderzijds in de huisartsenomgeving (Gaal et al., 2011). In tegenstelling tot artsen, interpreteren patiënten medische incidenten ruim. Artsen houden zich namelijk vast aan medische fouten en definiëren medische incidenten als afwijkingen van de geaccepteerde zorgstandaard. Patiënten daarentegen beschouwen medicatiefouten, problemen met medische apparatuur, gebrekkige communicatie en onvermijdbare incidenten ook als medische incidenten (Gallagher, Waterman, Ebers, Fraser, & Levinson, 2003; Burroughs et al., 2007). Medische incidenten kunnen zowel medische fouten als complicaties omvatten (Chen et al., 2018). Beide begrippen worden hieronder uitvoerig besproken.

Donaldson et al. (2000) definiëren een medische fout als "er niet in slagen om een geplande actie uit te voeren zoals bedoeld of een gepast plan uit te voeren om een doel te bereiken." Deze definitie wordt in de literatuur gedragen door verscheidene auteurs (bv. Gallagher et al. (2003), Mazor, Simon, & Gurwitz (2004) en Thomas et al. (1999)). Force (2000) breidt deze definitie uit door de fout meer specifiek te omschrijven als problemen in medische handelingen, producten, procedures of systemen. Gallagher, Waterman, et al. (2006) maakt een onderscheid naar de ernstgraad van de fouten door aan te geven dat medische fouten zowel ernstige fouten, kleine fouten als bijna-

ongevallen kunnen omvatten. Blendon et al. (2002) focust dan weer meer op de ernstige letsels die het gevolg kunnen zijn van een medische fout zoals overlijden, invaliditeit of een bijkomende of langdurige behandeling die nodig is om schade te herstellen. Verder geven zij aan dat sommige fouten vermijdbaar zijn terwijl anderen niet. Er is echter onenigheid in de literatuur over de vraag of onvermijdbare fouten beschouwd mogen worden als medische fouten.

De talrijke definities uit de literatuur tonen aan dat medische fouten gezien kunnen worden als onderdeel van een medisch incident omdat bijwerkingen mogelijks een gevolg zijn van medische incidenten (Chen et al., 2018). Naast medische fouten kunnen medische incidenten echter ook complicaties omvatten. Complicaties komen voor wanneer er een bijwerking ontstaat door de onderliggende toestand van de patiënt. Hierbij gaat het niet om een fout, want de bijwerking zal ook voorkomen wanneer er perfecte zorg werd verleend (Force, 2000).

Echter bestuderen onderzoekers veeleer medische fouten, en in mindere mate medische incidenten. In het vervolg van deze masterproef is het correcter om te spreken over medische incidenten omdat deze literatuurstudie en het hierop volgend empirisch onderzoek de focus leggen op de openbaarmaking van medische incidenten. Op het moment van openbaarmaking is het namelijk nog onvoldoende duidelijk of het werkelijk over een medische fout gaat.

### **2.2.2 Prevalentie medische incidenten**

Als maatstaf voor de prevalentie van medische incidenten wordt vaak verwezen naar het percentage van negatieve gezondheidsuitkomsten die vermijdbaar waren (Panagioti et al., 2019). Binnen de eerstelijnszorg komen minder medische incidenten voor dan in de tweede en derde lijn. Dit blijkt uit de studie van Gaal et al. (2011) in de eerstelijnszorg in Nederland die vinden dat slechts bij 2,51 procent van de onderzochte dossiers medische incidenten voorkomen. Thomas et al. (1999) en Charles Vincent, Neale, & Woloshynowych (2001) gebruiken dezelfde methode in ziekenhuizen in respectievelijk Utah en Colorado in de Verenigde Staten en in Engeland en Wales in het Verenigd Koninkrijk. Beide auteurs vinden dat maar liefst meer dan de helft van de bijwerkingen vermijdbaar zijn. Uit deze voorbeelden volgt dat de omvang van vermijdbare medische incidenten toch aanzienlijk is en medische incidenten afhankelijk zijn van de soort zorg die verleend wordt. De gebruikte methode is immers dezelfde.

Daarnaast geven Chen et al. (2018) op basis van een vragenlijst aan dat bij een plotselinge ziekenhuisopname in Taiwan een medisch incident plaatsvindt bij vier tot 42 procent van de patiënten. Panagioti et al. (2019) vinden in hun studie uitgevoerd aan de hand van een meta-analyse dat zes procent van alle patiënten wereldwijd schade ervaart die vermeden had kunnen worden. Bijna alle studies werden op een andere geografische locatie uitgevoerd, wat een mogelijke verklaring is voor de verschillende resultaten. Bovendien worden niet alle medische fouten bekend gemaakt, waardoor de gevonden percentages in verschillende onderzoeken mogelijks een onderschatting is (Chen et al., 2018).

In België werd in 2010 het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO) opgericht om advies te geven en in sommige gevallen een schadevergoeding toe te kennen aan patiënten die schade hebben ondervonden als gevolg van zorgverlening (RIZIV, 2021). Sinds de oprichting heeft het FMO 5581

dossiers ontvangen wat volgens het Rekenhof 11 procent van alle medische ongevallen zijn (RIZIV, 2020; Honinckx, 2021).

### **2.2.3 (Financiële) kosten van medische incidenten**

Naast financiële kosten, kunnen er ook fysieke en emotionele gevolgen ontstaan na een medisch incident. Deze laatste zijn voorbeelden van niet-financiële kosten (Duclos et al., 2005). Volgens Donaldson et al. (2000) veroorzaken medische incidenten zowel directe als indirecte financiële kosten voor de samenleving. Directe kosten omvatten alle uitgaven in de gezondheidszorg veroorzaakt door medische incidenten zoals medicatiegerelateerde fouten. Hieronder vallen ook de behandelingen die nodig zijn om de schade bij patiënten te herstellen. Voorbeelden van indirecte kosten zijn verloren productie en kosten omwille van arbeidsongeschiktheid (Donaldson et al., 2000). Thomas et al. (1999) schatten de totale kosten voor medische incidenten in Utah en Colorado op 33,7 miljard dollar in het jaar 1992. Ongeveer de helft van de onderzochte incidenten in deze studie was vermijdbaar, wat overeenstemt met circa 17 miljard dollar (Thomas et al., 1999). In het Verenigd Koninkrijk schat de National Health Service de kosten in termen van extra verblijfsdagen in het ziekenhuis door vermijdbare incidenten op 1 miljard pond per jaar (Charles Vincent et al., 2001). Verder kan er door een medisch incident een conflictsituatie ontstaan tussen de patiënt en de behandelende arts. Zo kan de patiënt verdere stappen ondernemen tegen de behandelende arts en bijvoorbeeld een rechtszaak initiëren. Rechtszaken brengen aanzienlijke financiële kosten zoals de juridische kosten, maar ook niet-financiële kosten met zich mee zoals mentale gezondheid of het aansprakelijkheidsrisico, voor zowel patiënten, zorginstellingen als de overheid (Chen et al., 2018; Kraman & Hamm, 1999).

Niet-financiële kosten van medische incidenten hebben betrekking op nadelige effecten voor enerzijds de patiënt, en anderzijds de arts. De belangrijkste fysieke negatieve effecten van een medisch incident op een patiënt zijn gezondheidsproblemen (Donaldson et al., 2000). Naast fysieke gevolgen hebben de emotionele gevolgen voor beide partijen vooral betrekking op morele schade zoals het ervaren van gevoelens van woede en frustraties. Voor de patiënt is het zwaar omdat er iets misloopt door een persoon die ze eerder in vertrouwen genomen hebben. Ze ervaren woede door een gebrek aan informatie. Artsen ervaren geen fysieke schade, maar hun betrokkenheid bij een incident kan zorgen voor emotionele gevolgen zoals stress. Zo kunnen patiënten een klacht indienen tegen de arts, die deze gevolgen mogelijk versterken. Artsen zijn gefrustreerd door hun onvermogen om de fout op een goede manier toe te geven (Duclos et al., 2005; Gallagher et al., 2003). Artsen kunnen bovendien angst ervaren dat hun reputatie en bijgevolg hun carrière geschaad wordt (Lamb, 2004; O'Connor et al., 2010).

### **2.2.4 Conclusie**

Medische incidenten zijn gebeurtenissen die gezondheidsproblemen kunnen veroorzaken bij patiënten. Het is een overkoepelende term die zowel medische fouten als complicaties omvat. Veel medische incidenten kunnen vermeden worden waardoor het relevant is te onderzoeken hoe patiënten en artsen staan tegenover de openbaarmaking van medische incidenten. Bovendien gaan medische incidenten vaak gepaard met zowel financiële als niet-financiële kosten.



## **2.3 Houding van patiënten en artsen t.o.v. de openbaarmaking van medische incidenten**

Om het gedrag van patiënten na een medisch incident beter te kunnen begrijpen en factoren te onderscheiden die dit gedrag verklaren, is het belangrijk inzicht te krijgen in de verwachtingen en houdingen van patiënten ten aanzien van de openbaarmaking van medische incidenten. In wat volgt, beschrijf ik daarom uitgebreid deze verwachtingen en leg ik het verband met de mening van artsen omtrent wat patiënten moeten weten indien er een medisch incident plaatsvindt en de redenen waarom artsen de neiging kunnen hebben om defensief te communiceren over medische incidenten. Het is immers de discrepantie tussen wat patiënten verwachten en hetgeen in realiteit openbaar wordt gemaakt, dat het gedrag van patiënten stuurt.

Alvorens in te gaan op enerzijds het perspectief van de patiënt en anderzijds dat van de arts, geef ik een algemene definitie van de openbaarmaking van medische incidenten en de elementen hiervan.

### **2.3.1 Definitie en elementen van open disclosure**

Doorgaans wordt er enkel een onderscheid gemaakt tussen het wel openbaar maken en het niet openbaar maken van een medisch incident (Mazor et al., 2006). De openbaarmaking wordt vermeld als *open disclosure* of *full disclosure*, wat inhoudelijk hetzelfde betekent.

Volgens Sun & Rau (2017) is *open disclosure* een open discussie over incidenten die schade tot gevolg hebben voor de patiënt na een medische behandeling. Pace & Staton (2011) leggen de nadruk op de ernst van het incident en definiëren *open disclosure* als de openbaarmaking van serieuze medische incidenten aan degenen die eronder lijden. Daarnaast beweert Sheikhtaheri (2014) dat *open disclosure* ook het openbaar maken is van incidenten die schade hadden kunnen berokkenen, maar dit niet noodzakelijk veroorzaakten. Allan & Munro (2008) vergelijken dan weer verschillende definities van *open disclosure* en stellen bijgevolg vast dat bijna alle omschrijvingen de nadruk leggen op open en eerlijke communicatie met patiënten en hun families na een ongunstig incident. Mazor, Simon, Yood, et al. (2004) onderscheiden *full disclosure* en *nondisclosure*. *Full disclosure* is de aanvaarding van verantwoordelijkheid en een verontschuldiging in combinatie met veel informatie en een belofte om een herhaling van het incident te voorkomen in de toekomst, terwijl *nondisclosure* omschreven wordt als een spijtbetuiging zonder aanvaarding van verantwoordelijkheid of een verontschuldiging.

*Disclosure* is geen enkele handeling, maar een proces van verschillende handelingen die elkaar opvolgen (Pace & Staton, 2011). Dit proces zorgt ervoor dat de openbaarmaking van een medisch incident bestaat uit verschillende elementen om open en eerlijke communicatie te waarborgen naar de patiënt toe. Deze handelingen komen sterk overeen met het inhoudelijke onderdeel dat de houding van patiënten ten aanzien van de openbaarmaking van medische incidenten beschrijft. Voorbeelden van de componenten van *open disclosure* zijn de erkenning van het medisch incident door de arts, een spijtbetuiging, een uitleg over wat er precies gebeurd is, de gevolgen van het incident en welke eventuele vervolgbehandeling nodig is, een belofte dat zulke incidenten zich niet zullen herhalen in de toekomst, en een aanbod van de arts om af te zien van de kosten (Allan & Munro, 2008). Bij dit laatste element kan de arts een financiële compensatie aanbieden, maar ook het oplossen van het incident met medicijnen of een gratis behandeling bijvoorbeeld is een vorm

van compensatie (Helmchen et al., 2010). Volgens Mazor et al. (2006) is het onzeker of dit aanbod een impact heeft op de reacties en het gedrag van patiënten. Mello et al. (2017) stellen vast dat patiënten ook tevreden zijn met een verontschuldiging of een aanbod om het incident recht te zetten, in plaats van een financiële compensatie. Al deze elementen van *open disclosure* zijn verwachtingen van patiënten. De houding van artsen in de praktijk komt in mindere mate overeen met deze verschillende stappen van het openbaarmakingsproces. Hieruit volgt dat er inderdaad een kloof is tussen hetgeen patiënten verwachten en hetgeen daadwerkelijk aan de patiënt bekend wordt gemaakt door de arts.

### **2.3.2 Houding van patiënten en artsen t.o.v. de openbaarmaking van medische incidenten**

Onderzoekers stellen vast dat artsen in een dilemma zitten over wat, hoe en wanneer ze informatie over medische incidenten openbaar moeten maken (Kaldjian et al., 2008; Petronio, Jones, & Morr, 2003; Petronio et al., 2013). Enerzijds willen artsen de informatie openbaar maken aan hun patiënten en erkennen ze dat het melden van medische incidenten noodzakelijk is, maar anderzijds willen ze de informatie niet openbaar maken door onder andere de huidige cultuur waarin openbaarmaking van incidenten geen gemakkelijk proces is (Petronio et al., 2013). Dit dilemma geeft aan dat het perspectief van artsen en patiënten ten opzichte van de openbaarmaking van medische incidenten verschilt.

Levinson (2009) splitst de houding van patiënten ten opzichte van de openbaarmaking van medische incidenten op in drie onderdelen, namelijk de inhoud, de wijze en het tijdstip waarop informatie met betrekking tot de openbaarmaking tot stand komt. Het eerste onderdeel zet uiteen welke feitelijke informatie de patiënt wenst te krijgen en welke informatie de arts geeft. Deze feitelijke informatie wordt onderverdeeld in wat er gezegd moet worden en welke incidenten openbaar gemaakt moeten worden.

Ten eerste hebben patiënten specifieke informatievereisten met betrekking tot het medisch incident. Zo wensen patiënten dat artsen uitvoerig vertellen wat de fout inhoudt en waarom deze heeft plaatsgevonden, hoe het incident een effect heeft op de gezondheid van patiënten heeft, hoe hiermee zal worden omgegaan, hun verontschuldigingen aanbieden, en hun verantwoordelijkheid opnemen. Omtrent de manier waarop er met de fout zal worden omgegaan en hoe deze opgelost zal worden, appreciëren patiënten een uitleg van de arts over hoe de schade hersteld zal worden of hoe soortgelijke fouten in de toekomst vermeden zullen worden of een vergoeding (Hingorani et al., 1999; O'Connor et al., 2010). Artsen daarentegen hanteren een andere attitude dan patiënten omtrent de hoeveelheid vrijgegeven feitelijke informatie bij de openbaarmaking van medische incidenten. Artsen zijn namelijk niet van mening dat ze alle gedetailleerde informatie moeten overmaken aan de patiënt. Artsen verwijzen naar het principe van 'kies woorden zorgvuldig', waarmee ze initiëren om niet alle details openbaar te maken (Gallagher et al., 2003; Hingorani et al., 1999). Zo tonen Chan et al. (2005) aan dat patiënten een uitdrukkelijke verklaring wensen indien een incident plaatsvindt, maar slechts 57 procent van de artsen het woord 'fout' in hun uitleg aan de patiënt gebruiken. Eveneens nemen circa twee derde van de artsen hun verantwoordelijkheid op voor het incident, biedt maar de helft hun verontschuldigingen aan en slechts acht procent geeft aan hoe zulke incidenten in de toekomst vermeden kunnen worden (Chan et al., 2005). Deze

aspecten wijzen op een kloof tussen hetgeen patiënten verwachten en wat in realiteit bekend gemaakt wordt door artsen.

Verder wensen patiënten dat artsen, het ziekenhuispersoneel of de instelling aantoont dat ze leren uit het incident. Dit helpt patiënten met de verwerking omdat hun nadelige situatie medische incidenten met andere patiënten in de toekomst kan vermijden (Levinson, 2009). Hierbij wensen patiënten naast inhoudelijke informatie, ondersteuning op fysiek, emotioneel, klinisch en financieel vlak (Iedema et al., 2008). Artsen daarentegen hechten bij de openbaarmaking van medische incidenten er minder belang aan om patiënten ervan op de hoogte te stellen dat ze leren uit het incident. Ze menen dat patiënten enkel interesse hebben in de gevolgen van hun persoonlijk incident en daarom vermelden artsen minder vaak dan patiënten verlangen hoe soortgelijke fouten in de toekomst vermeden zullen worden (Levinson, 2009; Gallagher, Garbutt, et al., 2006).

Ten tweede zijn de informatievereisten van patiënten afhankelijk van het soort incident. De meningen van patiënten over het bekendmaken van zogenaamde bijna-incidenten zijn bijvoorbeeld eerder verdeeld (Ock, Kim, Jo, & Lee, 2016). Sheikhtaheri (2014) omschrijft een bijna-incident als "een soort incident dat schade kan veroorzaken, maar uiteindelijk geen schade kan veroorzaken." Over andere, zowel kleine als grotere incidenten, zijn de meningen van patiënten consistent en wenst de patiënt dat de arts gedetailleerde informatie overmaakt aan de patiënt. Artsen daarentegen vinden dat enkel incidenten die schade veroorzaken openbaar gemaakt moeten worden, behalve wanneer de schade triviaal is, de patiënt het incident niet begrijpt, of de patiënt niets wil weten over het incident. Bijna-incidenten moeten volgens artsen niet openbaar gemaakt worden (Gallagher et al., 2003).

Het tweede onderdeel heeft betrekking op de wijze waarop een medisch incident bekend wordt gemaakt aan de patiënt. Lamb (2004) toont aan dat de manier waarop er na een medisch incident opgetreden wordt, meer emoties kan veroorzaken dan het resultaat van het medisch incident op zich. Dit bewijst dat de wijze waarop een medisch incident wordt aangepakt bij de openbaarmaking van cruciaal belang is voor het gedrag van patiënten. Ook stellen Duclos et al. (2005) vast dat de aard en kwaliteit van communicatie een invloed heeft op de manier waarop patiënten incidenten definiëren. Zo wensen patiënten dat artsen fouten communiceren op een eerlijke en meelevende manier, wat krachtige en openhartige communicatie vergt (Gallagher et al., 2003; Levinson, 2009). Ze waarderen empathie en zorgzaamheid en verlangen naar emotionele steun van de arts (Mazor et al., 2013). Indien artsen niet duidelijk communiceren over medische incidenten, kunnen gevoelens van boosheid ontstaan bij patiënten (Chan et al., 2005). Artsen daarentegen vinden het niet vanzelfsprekend om openhartig en oprecht te communiceren over medische incidenten zoals patiënten wensen. Artsen opteren er eerder voor om medische incidenten op een objectieve, professionele en formele manier openbaar te maken, terwijl patiënten een informele en emotionele openbaarmaking verwachten. Artsen weten bijvoorbeeld dat het aanvaarden van hun verantwoordelijkheid en het aanbieden van hun excuses goed is voor het verwerkingsproces van de patiënten, maar artsen zien vooral nadelige gevolgen die ze zelf kunnen ervaren door een fout openbaar te maken (Levinson, 2009). Zo hebben artsen door de openbaarmaking van medische incidenten kans om aansprakelijk gesteld te worden, ervaren ze angst voor negatieve publiciteit en emotionele gevolgen zoals stress (O'Connor et al., 2010).

Het derde onderdeel omschrijft het tijdstip waarop patiënten informatie over het medisch incident verwachten. Patiënten verlangen tijdige openbaarmaking (O'Connor et al., 2010). Ze willen dat er zo snel mogelijk na het incident gecommuniceerd wordt en wensen hierbij het zorgpersoneel persoonlijk te ontmoeten (Iedema et al., 2008). Wat betreft de hoeveelheid informatie bij de openbaarmaking van medische incidenten verlangt de meerderheid van de patiënten dat artsen alle fouten bekend maken die schade veroorzaken (Gallagher et al., 2003). Ook Witman et al. (1996) staven het belang van open communicatie tussen patiënten en artsen en stellen dat patiënten zelfs de openbaarmaking van kleine fouten waarderen.

Er kan dus geconcludeerd worden dat er een discrepantie in attitude is over de openbaarmaking van medische incidenten tussen patiënten en artsen zoals hierboven besproken. Hierdoor ontstaan er hiaten in de verwachting van patiënten en hetgeen in realiteit gemeld wordt aan de patiënt door de arts (Mazor et al., 2013). Volgens Levinson (2009) voldoet de communicatie van artsen wat betreft medische incidenten niet aan de wensen van de patiënten. Ook volgens Lang et al. (2016) ontstaan bij bijna driekwart van de gemelde incidenten communicatieproblemen.

### **2.3.3 Defensieve communicatie**

De houding van artsen ten aanzien van de openbaarmaking van medische incidenten kan ervoor zorgen dat artsen defensief gedrag vertonen in hun communicatie naar patiënten toe. Defensieve communicatie is het overbrengen van informatie op een andere manier dan gewenst omwille van de dreiging van aansprakelijkheid voor rechtszaken en andere nadelige gevolgen. Het wijst op een manier van communicatie om negatieve gevolgen voor de arts te vermijden (Studdert et al., 2005).

Defensieve communicatie ontstaat wanneer er geen open gespreksklimaat van wederzijds vertrouwen heerst tussen de arts en de patiënt (Remmerswaal, 2015). Zo kan de arts de schuld op iemand anders afschuiven, bepaalde patiënten met gekende complicaties vermijden, patiënten verwijzen naar een andere arts of andere zorginstelling, geen gedetailleerde informatie geven aan de patiënten, geen excuses aanbieden, geen empathie tonen, enzovoort (Studdert et al., 2005; Chan et al., 2005). Deze defensieve gedragsvormen van de arts hebben een negatieve impact op de arts-patiënt communicatie. Daarnaast kan defensieve communicatie ook ontstaan indien artsen geen steun of erkenning krijgen van anderen (Remmerswaal, 2015).

#### **2.3.3.1 Nadelen van openbaarmaking voor artsen**

In de literatuur halen auteurs tal van redenen aan waarom artsen defensief communiceren. Deze oorzaken zijn verbonden aan de nadelen van openbaarmaking van medische incidenten voor artsen. Barach & Small (2000) tonen aan dat bijna alle artsen beweren dat ze een klein of groot medisch incident zouden toegeven, maar minder dan de helft van de artsen heeft ooit een incident bekend gemaakt. Artsen willen namelijk wel communiceren over medische incidenten, maar hebben vaak de neiging dit niet te doen omwille van mogelijke juridische gevolgen, angst voor negatieve publiciteit, gebrek aan kennis enzovoort. Deze attitude van artsen ten opzichte van medische incidenten heeft een aantal oorzaken. Hingorani et al. (1999), Gallagher et al. (2003), O'Connor et al. (2010) en Williams, Phipps, & Ashcroft (2013) halen verschillende elkaar niet-uitsluitende redenen aan waarom artsen defensief communiceren, incidenten niet openbaar maken of

terughoudend zijn om gedetailleerde inlichtingen te geven aan patiënten die een nadeel voor artsen kunnen vormen.

De eerste en belangrijkste reden die artsen aanhalen verwijst naar het juridische aspect. Artsen ervaren angst omdat patiënten een aansprakelijkheidsclaim kunnen indienen en er een rechtszaak kan volgen indien ze hun excuses aanbieden (Gallagher et al., 2003). Daarnaast maken ze zich ook zorgen om de hoge proceskosten die een rechtszaak mogelijks met zich meebrengt, zoals hierboven reeds aangehaald bij de financiële kosten van medische incidenten (O'Connor et al., 2010).

Aansluitend op het juridische aspect kunnen artsen angst ervaren voor negatieve publiciteit. Artsen zijn bang om op die manier het vertrouwen van de patiënt te verliezen, waardoor ze de schuld zullen krijgen en de patiënt mogelijk een klacht indient zoals hierboven aangehaald (O'Connor et al., 2010). Ze kunnen angst ervaren dat hun reputatie en die van hun team geschaad zal worden wat kritiek kan veroorzaken en bijgevolg een deuk geeft in hun reeds opgebouwde carrière (Lamb, 2004; Chen et al., 2018). Deze angst voor reputatieverlies kan ontstaan door de huidige medische cultuur waarin patiënten artsen beschouwen als professioneel incompetent indien een medisch incident plaatsvindt (Hingorani et al., 1999). Hun gevoel van trots zal hierdoor ook verdwijnen (Levinson, 2009). Volgens Chen et al. (2018) is de schrik om hun baan te verliezen de grootste barrière voor artsen om een incident openbaar te maken.

Verder is het melden van een medisch incident een complexe opdracht die veel tijd vergt. Zo wordt de openbaarmaking van medische incidenten bemoeilijkt door het gebrek aan kennis over de manier waarop een arts moet omgaan met een medisch incident (O'Connor et al., 2010). Dit komt neer op de mate waarin een arts weet wat hij of zij de medische fout ter kennis moet brengen aan de patiënt en wanneer deze informatie-uitwisseling moet gebeuren (Williams et al., 2013). Bovendien beweren Sun & Rau (2017) dat artsen communicatieve vaardigheden missen. Gebrek aan steun van de zorginstelling, gebrek aan opleidingen om moeilijke gesprekken te voeren en gebrek aan feedback na de melding van een medisch incident belemmeren immers de bekendmaking van medische incidenten door artsen (O'Connor et al., 2010; Williams et al., 2013).

Daarnaast is het gedrag van artsen persoonsafhankelijk en op die manier is elke mogelijke verklaring nuanceerbaar. De eigen emotionele reactie van artsen is bij iedereen verschillend, waardoor het al dan niet openbaar maken deels afhankelijk is van het individu. Als een individu van nature bijvoorbeeld veel zelfvertrouwen heeft, is het waarschijnlijker dat die persoon zijn of haar fout zal toegeven (Chen et al., 2018).

Tot slot stellen Hingorani et al. (1999) dat artsen patiënten willen beschermen tegen angst. Daarnaast halen artsen een hoge werkdruk, een goedkeuring van defensief gedrag onder artsen en lage medische kennis van patiënten aan als aspecten die ervoor zorgen dat er minder effectief gecommuniceerd wordt tussen artsen en patiënten. Lage medische kennis heeft betrekking op de beperkte medische geletterdheid van patiënten. Veel artsen vinden bijvoorbeeld dat patiënten hun symptomen niet goed kunnen uitdrukken waardoor ze de patiënt onderbreken in hun verhaal en dit defensief overkomt. Door deze lage verwachting van artsen over de medische geletterdheid van patiënten focussen artsen zich op het oplossen van het incident in plaats van op andere verwachtingen van patiënten die hierboven aangehaald werden (Sun & Rau, 2017).

### **2.3.3.2 Voordelen van openbaarmaking voor artsen**

Naast de nadelen van de openbaarmaking van medische incidenten voor artsen, zijn er ook positieve elementen die aantonen dat het goed is voor artsen om te praten over medische incidenten. Zoiets tonen Kaldjian et al. (2008) aan dat artsen incidenten wel openbaar moeten maken aan zowel patiënten als aan hun collega's. Artsen voelen hun verantwoordelijk ten opzichte van de patiënt, zichzelf, hun beroep en de organisatie (Kaldjian, Jones, Rosenthal, Tripp-Reimer, & Hillis, 2006). Gesprekken met patiënten over medische incidenten vergemakkelijken het professioneel leren van de fout voor de arts en het kan bovendien emotionele steun bieden. Ze zijn gemotiveerd om fouten openbaar te maken omdat ze vinden dat patiënten het recht hebben om informatie te krijgen over de toestand van hun eigen gezondheid en mogelijke incidenten (Kaldjian et al., 2008).

Naast de openbaarmaking van medische incidenten aan patiënten, hechten artsen ook belang aan de openbaarmaking van medische incidenten aan hun collega's. De meeste artsen bespreken medische incidenten met collega's en geloven dat dit hun onderlinge relatie versterkt. Artsen zijn gemotiveerd om incidenten openbaar te maken omdat dit voordelen oplevert. Het belangrijkste voordeel is dat ze kunnen leren uit hun fouten. Verder hopen ze door openbaarmaking steun te krijgen van hun collega's in de moeilijke situatie. Artsen geven immers zelf aan dat ze moeite hebben om steun te vinden na een medisch incident en dat praten hierbij zou helpen (Gallagher et al., 2003). Bovendien willen artsen achterhalen of een collega op dezelfde manier zou handelen en ze denken dat hun mede-artsen zo kunnen leren om zulke incidenten in de toekomst te vermijden (Kaldjian et al., 2008).

### **2.3.4 Conclusie**

Dit hoofdstuk geeft een antwoord op volgende onderzoeksvraag: 'Wat is de houding van patiënten en artsen ten opzichte van de openbaarmaking van medische incidenten?' De attitude van patiënten ten aanzien van de openbaarmaking is verschillend van die van artsen. Beide groepen hebben een andere visie op welke informatie openbaar gemaakt moet worden, op welke manier en wanneer dit moet gebeuren. Dit zorgt voor een discrepantie tussen hetgeen patiënten verwachten en hetgeen in werkelijkheid openbaar wordt gemaakt door artsen. Bovendien kan hierdoor defensieve communicatie ontstaan aan de kant van de arts omdat artsen vrezen voor negatieve gevolgen.

## **2.4 Impact van communicatie in geval van medische incidenten op het gedrag van patiënten**

In dit laatste hoofdstuk van de literatuurstudie ga ik dieper in op de communicatie tussen de arts en de patiënt om een antwoord te geven op volgende deelvraag: 'Wat is de impact van defensieve communicatie van de arts in geval van een medisch incident op de gedragingen en reacties van patiënten?' Het openbaarmakingsproces uit het vorige hoofdstuk speelt hier een grote rol in, aangezien de verschillende elementen van *open disclosure* een geheel van communicatieve handelingen van de arts zijn. Allereerst zal ik de mate van openbaarmaking bespreken aangezien dit de belangrijkste factor is die het gedrag en de reacties van patiënten beïnvloedt bij de openbaarmaking van medische incidenten. Verder zal ik in dit hoofdstuk focussen op de impact van communicatie bij medische incidenten door de gangbare onderzoeksmethoden hiervoor te omschrijven met de voor- en nadelen ervan en de belangrijkste onderzoeksresultaten. Nadien geef

ik een uiteenzetting van mogelijke reacties en gedragingen van patiënten na de openbaarmaking van een medisch incident, om vervolgens inzicht te verwerven in de overige factoren (buiten de mate van openbaarmaking) die deze reacties en gedragingen beïnvloeden.

#### **2.4.1 Mate van openbaarmaking**

De belangrijkste factor die het gedrag en de reacties van patiënten beïnvloedt bij de openbaarmaking van medische incidenten is de mate van openbaarmaking. In dit onderdeel zal ik de gevolgen van *open disclosure* bespreken. Doorgaans heeft *open disclosure* een positief effect op hoe patiënten reageren op medische incidenten (Wu et al., 2009). Als eerste hebben Mazor et al. (2006) aangetoond dat *open disclosure* ervoor zorgt dat de kans dat de patiënt juridisch advies zal zoeken, vermindert. Hoewel artsen aangeven angst te ervaren voor juridische klachten na *open disclosure*, vinden Helmchen et al. (2010) en Wu et al. (2009) geen verband tussen *open disclosure* en een grotere waarschijnlijkheid om een rechtszaak aan te spannen. Evenzo stellen Mazor, Simon, Yood, et al. (2004) dat het effect van *open disclosure* op het inwinnen van juridisch advies moeilijk in te schatten is omdat er bij het juridische aspect ook situationele factoren een rol kunnen spelen. Zo geven Helmchen et al. (2010) aan dat het enerzijds mogelijk is dat patiënten door *open disclosure* van een incident wel een klacht zullen indienen als het openbaarmakingsproces slecht verloopt, en anderzijds zullen patiënten geen klacht indienen omdat ze *open disclosure* door de arts waarderen. Witman et al. (1996) tonen zelfs aan dat het niet openbaar maken van een medisch incident kan leiden tot een grotere kans om een rechtszaak aan te spannen. Daarnaast is een schatting van het aantal rechtszaken dat voorkomen wordt door *open disclosure* moeilijk vast te stellen, maar er kunnen rechtszaken vermeden worden door het bekendmaken van een incident aan de patiënt (Kachalia et al., 2003).

Ten tweede zorgt *open disclosure* er in het algemeen voor dat de patiënttevredenheid zal toenemen (Ock et al., 2016). Bovendien tonen meerdere onderzoekers aan dat open en eerlijke communicatie over medische incidenten zorgt voor een betere patiëntervaring (Allan & Munro, 2008; Moskop, Geiderman, Hobgood, & Larkin, 2006). De patiënten en hun familieleden zullen de arts meer waarderen doordat deze zijn of haar verantwoordelijkheid opneemt. Ook verbetert *open disclosure* het vertrouwen in de arts en zorgt het voor een positieve emotionele reactie van de patiënt (Wu et al., 2009). Deze twee aspecten zorgen er samen voor dat de relatie tussen de arts en de patiënt sterker wordt. Zo kan een gedetailleerde openbaarmaking van een medisch incident de arts-patiëntrelatie positief beïnvloeden (O'Connor et al., 2010).

Vervolgens heeft *open disclosure* van medische incidenten een positieve invloed op de beoordeling van de kwaliteit van de zorgverlener en de instelling. Dit oordeel verbetert indien *open disclosure* plaatsvindt waarbij de arts zijn excuses aanbiedt en voldoende informatie geeft aan de patiënt (Gallagher, Garbutt, et al., 2006). Zo bewijzen Helmchen et al. (2010) dat door *open disclosure* in combinatie met een aanbod tot sanering van het incident, de beoordeling van de kwaliteit van de zorg niet afneemt en in sommige gevallen zelfs verbetert. Echter tonen ze aan dat toch nog een kwart van de patiënten een klacht zou indienen tegen de arts indien deze een medisch incident openbaar zou maken en een compensatie zou aanbieden (Helmchen et al., 2010). Tot slot vermindert *open disclosure* de kans dat de patiënt zal veranderen van arts (Mazor, Simon, Yood, et al., 2004).

## **2.4.2 Gangbare onderzoeksmethoden**

Er zijn verscheidene studies uitgevoerd die de impact van communicatie en *open disclosure* omtrent medische incidenten op (de attitude van) patiënten bestuderen. In deze sectie worden de gebruikte onderzoeksmethoden besproken van verschillende studies die de impact van communicatie op (het gedrag van) patiënten onderzoeken, namelijk verkennende vragenlijsten, experimenten, *before-and-after* analyses, en diepte-interviews en focusgroepen. Nadien volgt in Tabel 1 een samenvatting van de onderzoeksmethoden met de belangrijkste resultaten van de verschillende studies. Belangrijk op te merken is dat communicatie niet enkel verwijst naar de communicatieve verhoudingen tussen de arts en de patiënt, maar de communicatie omtrent medische incidenten kan ook betrekking hebben op het contact met administratieve diensten of met andere gezondheidszorgverleners buiten de directe arts wat het belang van communicatie nogmaals benadrukt (Lang et al., 2016).

### **2.4.2.1 Verkennende vragenlijsten**

Mazor, Simon, & Gurwitz (2004) geven een overzicht van verschillende methoden en resultaten van onderzoeken uit wetenschappelijke literatuur over het bekendmaken van medische incidenten aan patiënten. Ze concluderen dat de vragenlijst het meest gebruikte instrument is. Deze kan enerzijds verkennend zijn door te vragen naar hun mening over medische incidenten en anderzijds vragen stellen over een experiment dat hieronder aan bod komt. In het laatste geval wordt vaak de combinatie gemaakt door eerst te vragen naar de houding van artsen of patiënten, gevolgd door een experiment zoals Gallagher, Garbutt, et al. (2006) doen. Ook uit Tabel 1 volgt dat de meest voorkomende onderzoeksmethoden voor de impact van communicatie bij medische incidenten op patiënten verkennende vragenlijsten en experimenten zijn.

Verkennende vragenlijsten peilen naar de houding van patiënten en artsen ten opzichte van medische incidenten en de communicatie hierover. De vragen worden gezocht in bestaande literatuur en moeten ervoor zorgen dat de mening van patiënten en artsen eruit afgeleid kan worden. Stellingen kunnen gebruikt worden en met behulp van de Likertschaal kan de houding van patiënten en artsen ten opzichte van bepaalde aspecten van medische incidenten gevonden worden. De verkennende vragenlijsten worden doorgaans online of via mail afgenomen bij een representatieve steekproef in een bepaalde regio gekozen door de onderzoekers (Helmchen et al., 2010).

De belangrijkste resultaten in verkennende vragenlijsten hebben betrekking op de houding van patiënten en artsen ten opzichte van de openbaarmaking van medische incidenten uit hoofdstuk twee. Zo wijzen Gallagher, Garbutt, et al. (2006) erop dat er grote verschillen zijn in informatievereisten van de patiënt en het vrijgeven van informatie door de arts over medische incidenten. Verder geven patiënten in vragenlijsten aan dat de manier waarop artsen communiceren over medische incidenten verschilt van hetgeen ze verwachten (Helmchen et al., 2010). Uit de verschillende houding tussen patiënten en artsen volgt dat er een discrepantie is tussen de houding van artsen en patiënten. Bovendien geven artsen vaak aan dat ze bepaalde aspecten openbaar zouden maken, maar dit in een werkelijke situatie toch niet doen door de voor- en nadelen van de openbaarmaking voor artsen zoals besproken in het vorige hoofdstuk (Lamb et al., 2003). Daarnaast komen enkele mogelijke reacties van patiënten reeds aan bod in vragenlijsten. Zo tonen Vincent,



Pincus, & Scurr (1993) aan dat slechte communicatie omtrent medische incidenten ervoor zorgt dat patiënten angst ervaren.

Verder zijn er enkele voordelen van vragenlijsten ook bij medische incidenten van toepassing zoals lage kosten en de mogelijkheid om een grote steekproef te bevragen op verschillende locaties. Ook zijn vragenlijsten op relatief korte tijd te implementeren en is er geen kans op *interviewer bias*. Daarnaast is het eenvoudiger om data van een (online) vragenlijst te analyseren dan data uit interviews (Owens, 2002).

Vervolgens zijn er een aantal gangbare nadelen van vragenlijsten die een effect kunnen hebben op de antwoorden van respondenten. Zo kan de geënquêteerde sociaal wenselijke antwoorden geven, die niet in lijn liggen met hun werkelijke gedachten en gevoelens over een bepaalde vraag. Dit komt vooral voor als het opzet van de studie op voorhand al duidelijk is (Helmchen et al., 2010). Daarnaast is er een voldoende grote steekproef nodig, maar het is niet eenvoudig om voldoende respons te krijgen. Ook beschikt niet iedereen over een pc of internet. Hierdoor is het moeilijk om een willekeurige steekproef van de algemene bevolking te trekken (Owens, 2002).

#### **2.4.2.2 Diepte-interviews en focusgroepen**

De meest gebruikte onderzoeksmethode na vragenlijsten is het afnemen van diepte-interviews en focusgroepen. Dit zijn gesprekken tussen de onderzoeker en één of meerdere respondenten en worden doorgaans face-to-face uitgevoerd, maar kunnen ook telefonisch afgenomen worden zoals Iedema et al. (2008) doen. De leidraad van deze diepte-interviews en focusgroepen zijn meestal semi-gestructureerde vragenlijsten (Duclos et al., 2005; Ock et al., 2016).

Het belangrijkste voordeel van interviews en focusgroepen in vergelijking met vragenlijsten is de mogelijkheid van de interviewer om meer diepgaande en complexe vragen te stellen, waardoor de auteur beschikt over een meer uitgebreide en gedetailleerde visie van de respondent. De semi-gestructureerde vragenlijsten als leidraad kunnen gelijkaardig zijn aan deze van verkennende vragenlijsten en experimenten, maar bij interviews kan er specifiek gevraagd worden waarom een patiënt een bepaald antwoord geeft. Ook ligt het responspercentage hoger dan bij enquêtes (Owens, 2002). Daarnaast kan een onderzoeker gericht zoeken naar respondenten die reeds te maken hebben gehad met medische incidenten zoals Mazor et al. (2013) en Iedema et al. (2008) deden. Op die manier weten respondenten waarover ze spreken en zijn de resultaten waarschijnlijk een goede weergave van de realiteit in tegenstelling tot de hypothetische situaties uit experimenten.

Verder zijn er ook nadelen verbonden aan interviews en focusgroepen. Een beperkte groep geïnterviewden met specifieke kenmerken kunnen namelijk niet representatief zijn voor de volledige populatie en gelijkaardige factoren zoals eerdere gebeurtenissen of selectief bepaalde zaken vermelden, kunnen een impact hebben op antwoorden die deelnemers geven (Ock et al., 2016; Iedema et al., 2008). Daarnaast zijn de hierboven besproken gangbare voordelen van de vragenlijst meteen ook de nadelen van een interview. Interviews brengen hoge kosten met zich mee, nemen veel tijd in beslag voor de onderzoeker, de steekproef is beperkt en er is een grote kans op *interviewer bias* (Owens, 2002).

### **2.4.2.3 Experimenten**

Een volgende methode is een experiment waarbij de vignettentechniek een veelgebruikt instrument is. Een vignet is een voorstelling van een hypothetische situatie in woorden of beelden waarin een patiënt te maken krijgt met een medisch incident. Het vignet geeft aan hoe de communicatie tussen de arts en de patiënt verloopt omtrent het incident (Schwappach & Koeck, 2004). Vervolgens dienen respondenten een vragenlijst in te vullen over de gelezen of bekeken passage (Wu et al., 2009).

Er kunnen verschillende versies van vignetten gepresenteerd worden aan respondenten door de attributen en de niveaus van de attributen te wijzigen. Op die manier kunnen meerdere fictieve scenario's aan deelnemers getoond worden (Schwappach & Koeck, 2004; Chan et al., 2005). Zo laten Mazor, Simon, Yood, et al. (2004) patiënten gelijkaardige scenario's lezen waarbij het enige verschil het niveau van openbaarmaking is. Door enkel bepaalde aspecten van communicatie te manipuleren in de vignetten achterhalen auteurs de effecten van communicatie op het gedrag van patiënten uit verschillen in hun antwoorden op vragen omtrent hun mogelijke reacties en gedragingen in die hypothetische situatie. Mazor et al. (2006) gebruiken dan weer zestien video's waarbij het in de helft van de video's gaat om een incident met een ernstige uitkomst en in de andere helft om een incident met een minder ernstige uitkomst. Het effect van de ernst van een incident kan afgeleid worden uit de antwoorden op de vragen doordat alle andere omstandigheden van het medisch incident gelijkaardig zijn overheen de verschillende vignetten (Schwappach & Koeck, 2004).

Het eerste belangrijkste voordeel van de vignettenmethode is de mogelijkheid om verschillende versies van eenzelfde vragenlijst op te zetten aan de hand van attributen en niveaus. Op die manier is het mogelijk om de attitude van patiënten ten opzichte van een bepaalde situatie te analyseren en de impact van bepaalde aspecten zoals communicatie op het gedrag van patiënten in kaart te brengen. Zo kunnen er meerdere versies van geschreven scenario's of video's gemaakt worden waaraan telkens eenzelfde vragenlijst gekoppeld wordt om eenvoudig verschillen te detecteren en de manier waarop respondenten het gesprek interpreteren te achterhalen (Mazor, Simon, Yood, et al., 2004; Mazor et al., 2006; Chan et al., 2005). Een video geeft de onderzoeker bovendien volledige controle over wat er precies wordt gezegd en door middel van een vragenlijst trachten auteurs de manier waarop respondenten de video interpreteren te achterhalen (Wu et al., 2009). Onderzoekers kunnen respondenten eenvoudig en willekeurig toewijzen aan een bepaald vignet en bovendien kunnen ze *order bias* makkelijk vermijden door de volgorde van de vignetten te veranderen (Schwappach & Koeck, 2004).

Vervolgens zijn er eveneens nadelen verbonden aan experimenten die vaak als beperkingen van onderzoeken vermeld worden. Het grootste nadeel van de vignettenmethode met betrekking tot communicatie bij medische incidenten is het gebruik van hypothetische scenario's. Dit zorgt ervoor dat de reacties die respondenten voorspellen in de enquête in werkelijkheid anders zouden kunnen zijn, waardoor de denkbeeldige situatie niet altijd vergelijkbaar is met het werkelijk gedrag van de respondent in een echte situatie (Helmchen et al., 2010; Schwappach & Koeck, 2004; Gallagher, Garbutt, et al., 2006). Hieruit volgt dat de interpretatie van de respondent van belang is voor de resultaten van het onderzoek. Onderzoekers geven objectieve informatie aan de deelnemers met behulp van een tekst of een video, maar over de manier waarop ze die interpreteren is er geen

controle. Vooral bij een geschreven dialoog is er veel ruimte voor interpretatie aangezien de manier waarop iets gezegd wordt in mindere mate aan bod komt (Wu et al., 2009). Een tweede nadeel is de niet-generaliseerbaarheid naar andere populaties (Mazor, Simon, Yood, et al., 2004). Doordat Gallagher, Garbutt, et al. (2006) hun onderzoek uitvoeren in slechts twee staten, zijn de resultaten niet toepasbaar op andere staten of de algehele populatie. Ook het gebruik van een panel databank of een andere database, kan ervoor zorgen dat de uitkomsten verschillen van de algemene populatie omdat deze respondenten bijvoorbeeld een andere houding hebben ten aanzien van medische incidenten (Schwappach & Koeck, 2004). Bovendien kunnen *self selection bias* een invloed hebben omdat mensen in een steekproef altijd de keuze hebben om al dan niet deel te nemen aan een experiment (Chan et al., 2005). Indien de respondent een oordeel moet vellen over een aantal vignetten, kan het moeilijk zijn om deze situaties van elkaar te onderscheiden, waardoor antwoorden mogelijks afhankelijk zijn van elkaar. Bovendien kunnen eerdere ervaringen van deelnemers of persoonlijke eigenschappen een invloed hebben op hun antwoorden (Schwappach & Koeck, 2004). Tot slot is er aan een experiment altijd een vragenlijst gekoppeld. De gangbare voor- en nadelen van een vragenlijst die hierboven aangehaald werden gelden dus ook voor de vragenlijst bij een experiment.

#### **2.4.2.4 Before- and after analyses**

Kachalia et al. (2018) voeren een *before-and-after* analyse uit in ziekenhuizen die een *communication-and-resolution program* (CRP) implementeren. Dit is een programma dat transparante communicatie tussen artsen en patiënten als doel heeft indien medische incidenten plaatsvinden. Voor en na de implementatie worden bepaalde aspecten gemeten om het effect van transparante communicatie in kaart te brengen (Kachalia et al., 2018). Mello et al. (2017) maken eveneens gebruik van een CRP, maar voeren een observatie uit gevolgd door een vragenlijst.

Verder zijn er ook voor- en nadelen verbonden aan de *before-and-after* analyse zoals Kachalia et al. (2018) uitvoeren. De invoering van een *communication-and-resolution program* zorgt voor een duidelijk onderscheid tussen de ziekenhuizen met en zonder het programma. Bovendien heeft deze studie betrekking op een werkelijke situatie, wat resulteert in bevindingen die gedrag goed kunnen voorspellen. Een nadeel bij een observatie is dat de resultaten beperkt zijn tot de observatieperiode, waardoor er met verdere evoluties geen rekening wordt gehouden. Daarnaast zijn er altijd bepaalde aspecten niet in de vergelijking opgenomen die eventueel wel een impact kunnen hebben op de resultaten (Kachalia et al., 2018; Mello et al., 2017). Zo kunnen enerzijds de omstandigheden buiten de invoering van een CRP bij de onderzochte groep overheen de tijd altijd veranderen. Het gaat dan om aspecten die ongeacht de implementatie van een CRP veranderen zoals bijvoorbeeld technologische vooruitgang. Deze aspecten bemoeilijken het meten van effecten. Anderzijds worden dezelfde instellingen voor en na de interventie onderzocht. Hierdoor is de kans groot dat artsen die voor de invoering van het CRP reeds te maken hebben gehad met een medisch incident dit op een andere manier zullen aanpakken indien er een volgende keer een medisch incident plaatsvindt (Bielen, 2021).

**Tabel 1: Overzicht onderzoeksmethodes en weergave van de belangrijkste resultaten van studies om de impact van communicatie in geval van medische incidenten op patiënten te onderzoeken**

Onderzoek	Onderzoeksmethode	Resultaat
<b>Verkennde vragenlijsten</b>		
Lamb et al. (2003)	Vragenlijst	Artsen geven aan dat ze bepaalde aspecten openbaar zouden maken, maar in werkelijkheid is de kans dat ze dit doen veel kleiner.
Helmchen et al. (2010)	Vragenlijst (online)	Patiënten die vertrouwen hebben in hun arts om incidenten openbaar te maken gaan minder waarschijnlijk een rechtszaak aanspannen en bevelen het ziekenhuis en de arts meer aan na een incident.
Gallagher, Garbutt, et al. (2006)	Vragenlijst via mail (zowel verkennende vragenlijst als een experiment met vier scenario's)	De manier waarop artsen incidenten openbaar maken varieert sterk. Patiënten hebben een voorkeur voor zoveel mogelijk informatie en excuses van de arts.
Vincent et al. (1993)	Vragenlijst	Slechte communicatie bij medische incidenten zorgt ervoor dat patiënten angst ervaren.
<b>Diepte-interviews en focusgroepen</b>		
Ock et al. (2016)	Diepte-interviews en focusgroepen (aan de hand van semi-gestructureerde vragenlijsten)	De communicatiekloof tussen de visie van artsen en patiënten zorgt ervoor dat patiënten minder tevreden zijn, minder vertrouwen hebben in hun arts en de kans op rechtszaken stijgt.
Duclos et al. (2005)	Focusgroepen met patiënten (aan de hand van een semi- gestructureerde vragenlijst)	Tijdige en kwaliteitsvolle communicatie heeft een positieve invloed op de ervaring van patiënten.
Mazor et al. (2013)	Diepte-interviews	Onoprechte communicatie kan de relatie tussen artsen en patiënten verslechteren.
Iedema et al. (2008)	Diepte-interviews: telefonisch en face-to-face (aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst)	Een formele openbaarmaking, volledige verontschuldiging van de arts en ondersteuning zorgt voor meer patiënttevredenheid.
Sun & Rau (2017)	Observaties en diepte-interviews	Indien artsen geen volledige informatie geven aan patiënten, geen vriendelijke houding aannemen en patiënten niet betrekken bij de besluitvorming, neemt het vertrouwen bij de patiënt af.
<b>Experiment</b>		
Mazor et al. (2006)	Experiment: video bekijken en vragenlijst invullen	Volledige openbaarmaking zorgt voor een positief effect bij patiënten.
Schwappach & Koeck (2004)	Experiment: online vragenlijst met behulp van de vignettenmethode	De ernst en benadering van het incident zijn de belangrijkste factoren die een invloed hebben op het gedrag van patiënten bij een medisch incident.
Mazor, Simon, Yood, et al. (2004)	Experiment: vragenlijst via mail	Patiënten reageren positief op <i>full disclosure</i> en openhartige communicatie van de arts.
Wu et al. (2009)	Experiment: vragenlijst waarbij respondenten een video bekijken over de openbaarmaking van drie incidenten	Volledige verontschuldiging en aanvaarding van verantwoordelijkheid door de arts zorgt ervoor dat patiënten positiever zullen reageren op het incident.
Witman, Park, & Hardin (1996)	Experiment: vragenlijst a.d.h.v. specifieke vignetten	Patiënten willen erkenning van incidenten en dit kan de sancties voor de arts verminderen.
Hingorani et al. (1999)	Experiment: vragenlijst a.d.h.v. één scenario	Patiënten verwachten meer informatie na een medisch incident dan artsen denken dat nodig is.
Chan et al. (2005)	Experiment: vragenlijst over een face-to-face of videogesprek tussen arts en patiënt	Onduidelijke communicatie van de arts kan ervoor zorgen dat patiënten negatieve gevoelens ervaren, die zorgen voor een grotere kans op het indienen van een klacht.

Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel (1997)	Experiment: vergelijking van communicatiegedrag tussen artsen met en zonder reeds ervaren klachten op basis van een audiofragment	Specifieke communicatie van de arts zorgt ervoor dat patiënten minder klachten zullen indienen.
<b>Before-and-after analyse</b>		
Kachalia et al. (2018)	Before- and after vergelijking van de invoering van een CRP	De invoering van een CRP zorgt voor minder juridische gevolgen en een betere patiëntveiligheid.
Mello et al. (2017)	Observatie van instellingen waar CRP ingevoerd werd en een vragenlijst bij artsen	Invoering van CRP's leidt niet tot hogere aansprakelijkheidskosten voor het ziekenhuis.
<b>Literatuurstudie</b>		
Allan & Munro (2008)	Literatuurstudie	Bij <i>open disclosure</i> moeten artsen open en ethisch communiceren om een positieve reactie van zowel de arts als de patiënt te verkrijgen.
O'Connor et al. (2010)	Literatuurstudie	Goede communicatie leidt tot minder emotionele trauma's, betere patiëntervaring en een betere arts-patiëntrelatie.
Kachalia, Shojania, Hofer, Piotrowski, & Saint (2003)	Elektronische en handmatige zoekopdrachten van de literatuur	Rechtszaken kunnen voorkomen worden door volledige openbaarmaking van medische incidenten.
Lang, Garrido, & Heintze (2016)	Literatuurstudie	Communicatiefactoren hebben een invloed op de tevredenheid van de patiënten.

#### 2.4.3 Mogelijke reacties van patiënten

Uit de verschillende onderzoeken hierboven samengevat blijkt dat patiënten verschillende acties kunnen ondernemen na het al dan niet openbaar maken van een medisch incident (Schwappach & Koeck, 2004). Een eerste reactie die talrijk onderzocht is, is de kans op het inwinnen van juridisch advies en daaropvolgend het eventueel aanspannen van een rechtszaak door een patiënt tegen de arts (Kachalia et al., 2018; Mazor et al., 2006). Om deze reactie te onderzoeken, analyseren Kachalia et al. (2018) en Mello et al. (2017) in hun *before-and-after* analyses het aantal claims als gevolg van medische incidenten. Gallagher, Garbutt, et al. (2006) en Kachalia et al. (2003) hanteren dan weer het aantal rechtszaken dat vermeden wordt door de openbaarmaking van medische incidenten om de juridische acties van patiënten te achterhalen. De oorzaak van deze juridische stappen is de wens van patiënten om de arts een sanctie op te leggen voor het incident dat plaatsgevonden heeft of om een financiële compensatie te verkrijgen (Mazor, Simon, Yood, et al., 2004).

Vervolgens komen patiënttevredenheid, vertrouwen in de arts en een al dan niet emotionele reactie doorgaans samen aan bod in de literatuur als reactie van een patiënt op een medisch incident. Het openbaarmakingsproces kan enerzijds resulteren in een toe- of afname van de tevredenheid van de patiënt en anderzijds een impact hebben op het vertrouwen in de arts (Mazor et al., 2006; Mazor, Simon, Yood, et al., 2004). Daarnaast kan een medisch incident de arts-patiëntrelatie na de gebeurtenis beïnvloeden. Deze kan namelijk versterken, verzwakken of helemaal verdwijnen (Schwappach & Koeck, 2004). Bovendien ontstaat bij *open disclosure* van een medisch incident mogelijks een positieve of negatieve emotionele reactie (Mazor et al., 2006; Wu et al., 2009). Duclos et al. (2005) onderscheiden onder meer drie soorten trauma's: fysieke, emotionele en financiële trauma's. Levinson et al. (1997) linken een negatieve emotionele reactie aan woede en frustratie.

Een derde aspect dat kan veranderen na een medisch incident is de beoordeling van de kwaliteit van de zorgverlener (de arts, de persoon) en de instelling (het ziekenhuis) door de patiënt. Enerzijds analyseren Wu et al. (2009) de evaluatie van de arts door de patiënt na een medisch incident. Dit doen ze door na te gaan in welke mate patiënten de arts nog vertrouwen, de beoordeling van de manier waarop de arts het medisch incident aanpakt en de neiging om andere patiënten nog door te verwijzen naar de arts. Zo halen ook Mazor et al. (2006) de kans dat patiënten van arts veranderen na een medisch incident aan als maatstaf voor de beoordeling van de zorgverlening van de arts. Anderzijds wordt de kwaliteit van de instelling beoordeeld door na te gaan in welke mate patiënten een ziekenhuis nog zullen aanbevelen na een medisch incident. Ze vragen patiënten bijvoorbeeld in welke mate ze het ziekenhuis nog aanraden aan hun vrienden en familie voor toekomstige medische ingrepen (Helmchen et al., 2010). Verder koppelen Gallagher, Garbutt, et al. (2006) het vertrouwen in de integriteit van het gezondheidszorgsysteem hieraan vast. Vertrouwen is namelijk de sleutel voor een positieve beoordeling van de kwaliteit van de zorgverlening.

#### **2.4.4 Overige factoren die gedrag en reacties van patiënten beïnvloeden bij de openbaarmaking van medische incidenten**

Aangezien de voornaamste reacties en gedragingen van patiënten hierboven aangehaald zijn, beschrijf ik in wat volgt de overige factoren naast de mate van openbaarmaking die deze reacties en gedragingen beïnvloeden. Twee andere belangrijke factoren die een impact kunnen hebben op deze reacties en gedragingen zijn de relatie tussen de patiënt en de arts vóór het medisch incident en de kenmerken van het medisch incident (Mazor et al., 2006). Beide aspecten worden hieronder elk afzonderlijk behandeld, samen met de mogelijke reacties en gedragingen van patiënten die voortvloeien uit elke factor.

##### **2.4.4.1 Relatie tussen de patiënt en de arts**

De arts-patiëntrelatie verwijst naar de reeds bestaande verhouding tussen de arts en de patiënt vóór het medisch incident plaatsvindt. Deze relatie kan positief of negatief zijn afhankelijk van het wederzijdse vertrouwen tussen de arts en de patiënt, de mate en manier van communicatie, de voorgeschiedenis zoals eerdere incidenten, enzovoort. Echter vinden Mazor et al. (2006) geen significant effect voor de impact van een bestaande positieve relatie op de reactie of het gedrag van de patiënt bij een medisch incident. Zowel Mazor et al. (2006) als Mazor, Simon, & Gurwitz (2004) geven aan dat toekomstige studies de relevantie van de arts-patiëntrelatie, die aanwezig was vóór het incident, moet onderzoeken. Wel kan, indien slechte communicatie tussen de arts en de patiënt geïnterpreteerd wordt als een negatieve relatie, dit leiden tot een grotere kans om een rechtszaak aan te spannen, ontevreden patiënten en een gevoel van woede bij de patiënt (Levinson et al., 1997). Hierbij geven Sun & Rau (2017) aan dat de oorzaak van spanningen in de arts-patiëntrelatie de slechte kwaliteit van communicatie is tijdens een consultatie. Hoewel Mazor et al. (2006) geen significant effect vinden, menen Fein et al. (2005) dat de bestaande arts-patiëntrelatie wel verschillende gedragingen en reacties kan opwekken bij patiënten. Zo zou, indien de relatie tussen de patiënt en de arts goed is, een openbaarmaking van een incident geen problemen veroorzaken. Omgekeerd ontstaan er mogelijks wel negatieve reacties indien de oorspronkelijke verhouding tussen de arts en de patiënt minder goed was (Fein et al., 2005).

Verder wordt er in de literatuur ook verwezen naar de arts-patiëntrelatie als een mogelijke reactie, zoals hierboven aangehaald bij mogelijke reacties van patiënten. De verhouding tussen de arts en de patiënt is namelijk gelinkt aan vertrouwen. Het vertrouwen van patiënten in de arts of in het ziekenhuis zorgt ervoor dat de reacties van patiënten op de openbaarmaking van medische incidenten kunnen variëren door de perceptie van de waarschijnlijkheid dat artsen medische incidenten in principe openbaar zouden maken. Indien dit vertrouwen aanwezig is door een goede arts-patiëntrelatie, is die perceptie volgens Helmchen et al. (2010) waarschijnlijk positief. Zo verkleint de kans dat patiënten een rechtszaak aanspannen en wordt de kans dat patiënten het ziekenhuis in de toekomst nog zullen aanraden aan anderen vergroot (Helmchen et al., 2010).

#### **2.4.4.2 Kenmerken van het medisch incident**

Het belangrijkste kenmerk van een medisch incident relevant voor de reactie van patiënten is de klinische uitkomst van het incident. Die uitkomst of het resultaat impliceert vooral de ernst van het incident (Schwappach & Koeck, 2004). Mazor, Simon, Yood, et al. (2004) maken een onderscheid tussen een ernstige, levensbedreigende uitkomst en een minder ernstige uitkomst voor de gezondheid van de patiënt. Hieruit volgt dat de reacties en het gedrag van patiënten sterk afhankelijk zijn van de ernst van het incident (Schwappach & Koeck, 2004). In de situatie van een levensbedreigende uitkomst is het waarschijnlijker dat de patiënt juridisch advies zal inwinnen, een negatieve emotionele reactie vertoont en meer geneigd is om van arts te veranderen in vergelijking met een minder ernstig gezondheidsresultaat (Mazor et al., 2006). Over het effect van een ernstig incident op de patiënttevredenheid en het vertrouwen in de arts is er onenigheid in de literatuur. Mazor, Simon, Yood, et al. (2004) tonen aan dat een ernstig incident resulteert in minder vertrouwen en tevredenheid, hoewel Mazor et al. (2006) geen significante impact vinden. Iedema et al. (2008) geven aan dat patiënten zich minder op hun gemak voelen indien een arts een incident met ernstige gevolgen openbaar maakt.

#### **2.4.5 Conclusie**

De gangbare onderzoeksmethoden voor de impact van communicatie in geval van medische incidenten op het gedrag van patiënten zijn verkennende vragenlijsten, diepte-interviews en focusgroepen, experimenten en *before-and-after* analyses, waarbij een afweging gemaakt moet worden tussen de voor- en nadelen van de verschillende opties. Uit de literatuur blijkt dat de voornaamste reacties het inwinnen van juridisch advies met daaropvolgend een eventuele rechtszaak, patiënttevredenheid, vertrouwen in de arts en een emotionele reactie, en de beoordeling van de zorgverlener of de instelling zijn. Vervolgens zijn er factoren die deze reacties en gedragingen uitlokken bij een medisch incident. Een eerste factor is de bestaande arts-patiëntrelatie vóór het medisch incident plaatsvond. Als tweede kunnen kenmerken van het medische incident zoals de ernstgraad de reactie beïnvloeden. Tot slot is er de mate van openbaarmaking die een grote invloed heeft op het gedrag en de reacties van patiënten. Zo zorgt open, eerlijke en effectieve communicatie doorgaans voor een betere patiëntervaring bij medische incidenten.

### **3. Methodologie empirisch onderzoek**

Er werd een empirisch onderzoek uitgevoerd waarbij primaire data verzameld werd om bestaand onderzoek aan te vullen met nieuwe inzichten. Door met primaire data verder te bouwen op de bestaande literatuur omtrent de impact van communicatie in geval van medische incidenten op het gedrag en de reacties van patiënten, werd een antwoord geformuleerd op de volgende onderzoeksvraag: 'Wat is de impact van defensieve communicatie van artsen omtrent medische incidenten op de gedragingen en reacties van patiënten?'. Deze onderzoeksvraag werd vervolgens opgedeeld in drie deelvragen: 'Wat is de impact van defensieve communicatie van de arts op de gevoelens en gedachten van patiënten bij medische incidenten ten opzichte van open communicatie van de arts?', 'Wat is de impact van defensieve communicatie van de arts op de gedragingen en reacties van patiënten bij medische incidenten ten opzichte van open communicatie van de arts?' en 'Bij welke profielen heeft de communicatiestijl (open of defensief) meer of minder impact op de gedragingen en reacties van patiënten?'

#### **3.1 Dataverzameling**

Om primaire data te verzamelen, werd online een vragenlijst opgesteld via de tool Qualtrics. Deze vragenlijst werd via verschillende kanalen verstuurd naar mensen vanaf 18 jaar wonende in Vlaanderen. Respondenten uit deze populatie werden gevonden aan de hand van selecte steekproeven. Meer specifiek werden de doelgerichte steekproef en de zelfselecterende steekproef gebruikt. De doelgerichte steekproef is een steekproefmethode waarbij de onderzoeker bepaalt welke respondenten een onderdeel zullen uitmaken van de steekproef. De zelfselecterende steekproef is een selecte steekproefmethode waarbij de case, meestal een persoon, zelf kan kiezen om deel uit te maken van de steekproef (Saunders et al., 2015). In het geval van deze masterproef werden vooral e-mails en privé-berichten gestuurd naar verschillende groepen van kennissen. Ik stuurde e-mails naar mijn familie en naar de ouders van mijn leden van de jeugdbeweging. Vrienden en andere kennissen heb ik benaderd door privé-berichten te sturen om op die manier meer respons te vergaren. Ook heb ik mijn vragenlijst op mijn eigen Facebook-account geplaatst, die enkele vrienden en familieleden gedeeld hebben op hun Facebook-account. Daarnaast hebben mijn ouders en mijn meter de vragenlijst ook verder verspreid via e-mail naar hun vrienden en collega's. Naast de link naar de vragenlijst, werd er in de e-mail, het bericht of de Facebook-post aanvullende informatie over het onderzoek gegeven zoals het onderwerp en de duur van de vragenlijst, zodat respondenten wisten wat ze konden verwachten. Daarnaast werden ook mijn contactgegevens vermeld opdat mensen contact met mij konden opnemen indien ze vragen hadden omtrent het onderzoek of de vragenlijst. Na het uitsturen van de vragenlijst konden de cases vrijblijvend de vragenlijst invullen. In totaal werden 127 respondenten bevraagd, allemaal mensen tussen 18 en 80 jaar.

#### **3.2 Empirische strategie**

Het onderzoek over de impact van defensieve communicatie omtrent medische incidenten op de gedragingen en de reacties van patiënten is een kwantitatieve studie. In het empirisch luik werd een antwoord geformuleerd op volgende onderzoeksvraag: 'Wat is de impact van defensieve communicatie van artsen omtrent medische incidenten op de gedragingen en de reacties van



patiënten?'. Om dit te onderzoeken werd in deze masterproef een experiment opgezet waarbij alle respondenten een video en daaropvolgend een vragenlijst kregen met willekeurig twee scenario's waarin de arts open communiceert of twee scenario's waarin de arts defensief communiceert. 54 respondenten kregen twee scenario's waarin de arts open communiceert en 73 respondenten kregen twee scenario's te zien waarin de arts defensief communiceert. Elk scenario is een afzonderlijke observatie waardoor er 254 observaties in de dataset zitten. Meer specifiek werd er gebruik gemaakt van een *Randomized Control Trial* (RCT) waarbij de onderzochte proefpersonen door middel van randomisatie aan de experimentele groep of aan de controlegroep werden toegewezen. In dit geval behoren de respondenten die defensieve communicatie hebben gezien tot de experimentele groep en respondenten die open communicatie hebben gezien tot de controlegroep. In de video wordt er aan de respondenten een hypothetische situatie voorgesteld waarin ze zich moeten inbeelden dat zij de patiënt zijn, daarom spreken we over een laboratoriumexperiment.

Het doel van deze RCT is om de impact van defensieve communicatie op de gedragingen en reacties van patiënten te onderzoeken. Daarom is het belangrijk dat het enige verschil tussen beide groepen is dat de arts open of defensief communiceert. Ook de vragen die na elke video volgden waren gelijk in beide groepen. Indien de respondenten in de steekproef willekeurig toegewezen worden aan de groep met defensieve of open communicatie, zijn beide groepen in alle opzichten vergelijkbaar buiten het feit dat ze een arts hebben gezien die open communiceert of een arts hebben gezien die defensief communiceert. Dit zorgt ervoor dat wanneer er een vergelijking gemaakt wordt van de antwoorden op de vragen tussen de controle- en experimentele groep, er causale verbanden gevonden kunnen worden (Stanley, 2007). Om deze interne validiteit te waarborgen werd de *oversubscription* methode voor randomisatie gebruikt. Dit betekent dat respondenten in de steekproef willekeurig worden toegewezen aan de controle- of experimentele groep. In dit onderzoek werd hiervoor gebruik gemaakt van een Randomizer in de online enquêtetool Qualtrics die de individuen in de steekproef willekeurig toeweest aan open of defensieve communicatie. Daarnaast werd er ook getracht om de externe validiteit te waarborgen door een representatieve steekproef van potentiële deelnemers willekeurig te bekijken uit de relevante populatie. Echter is er mogelijk niet voldaan aan deze voorwaarde aangezien voornamelijk kennissen, vrienden en familie bevestigd werden. Verder werd er op individueel niveau gerandomiseerd, en het niveau waarop de uitkomst werd gemeten is alsook individueel. Verder wordt er gebruik gemaakt van een *between-subjects* design waarbij elke proefpersoon blootgesteld wordt aan slechts één behandeling. De helft van de respondenten krijgt twee situaties over open communicatie en de andere helft krijgt twee situaties over defensieve communicatie.

Van beide groepen in het experiment werd primaire data verzameld aan de hand van gestructureerde vragenlijsten. Met gestructureerde vragenlijsten is het mogelijk om een groot aantal respondenten te bevragen en deze zijn geschikt voor het bevragen van meningen, motieven, gedrag of andere kenmerken van een populatie (Saunders et al., 2015). Meer specifiek werd gebruik gemaakt van een websurvey aangezien de vragenlijst via e-mail of via andere kanalen op het internet verstuurd werd met hierin een link naar de vragenlijst. De respondent kon eenvoudig de bijgevoegde link activeren, een filmpje bekijken, de vragen invullen en de vragenlijst indienen (Saunders et al., 2015). Bovendien zijn er geen kosten verbonden aan het uitsturen van een

enquête en is het mogelijk om een grote steekproef te bevragen op verschillende locaties (Owens, 2002).

### **3.3 Ontwerp vragenlijst**

De vragenlijst bestaat uit twee video's waarin de respondent zich zo goed mogelijk moest inleven in de patiënt in de vooropgestelde situaties. Elke respondent kreeg eerst telkens een korte beschrijving te lezen over een medisch incident, waarna de video volgde. De eerste video gaat over een medisch incident in de orthopedie. Binnen dit specialisme komen namelijk vaak medische incidenten voor (RIZIV, 2020). In deze video krijgt de patiënt hevige hoofdpijn na een operatie aan de meniscus. Nadien blijkt dat de hoofdpijn ontstaan is tijdens het plaatsen van de epidurale verdoving waarbij de naald te diep is geprikt. De tweede video gaat over een medisch incident in de abdominale chirurgie. In deze video krijgt de patiënt pijn in de bovenbuik, koorts en een verminderde eetlust na een operatie waarbij de milt verwijderd werd. Nadien blijkt de oorzaak van de buikklasten een achtergebleven kompres dat opnieuw operatief verwijderd moet worden. In bijlage kan u een korte beschrijving van elk scenario met bijbehorende uitgeschreven tekst van de video's vinden (Bijlage 8.1 Vignettes).

Van beide video's werden twee scenario's gemaakt. In het eerste scenario communiceert de arts open en in het tweede scenario communiceert de arts defensief over het medisch incident. Open communicatie omvat onder andere een spijtbetuiging van de arts, uitgebreide informatie over wat er precies is gebeurd, wat de gevolgen zijn van het incident, een belofte dat zulke incidenten zich niet zullen herhalen in de toekomst en een vorm van compensatie. Deze elementen komen in mindere mate aan bod indien de arts defensief communiceert. Het enige verschil tussen de video's bij de controle- en de experimentele groep is de manier waarop de arts deze aspecten vermeld. Zo geeft de arts in het eerste scenario van de epidurale verdoving bij open communicatie veel informatie over wat er precies gebeurd is en bij defensieve communicatie zegt hij enkel dat het bij de patiënt bijzonder moeilijk was om de verdoving te plaatsen, waardoor er te diep geprikt is en de patiënt hoofdpijn heeft. Bij open communicatie biedt de arts in beide situaties letterlijk zijn excuses aan, vertelt hij dat de verzekering reeds op de hoogte gebracht is van het voorval en dat er onderzocht zal worden hoe dit in de toekomst vermeden zal worden. Deze laatste drie aspecten komen niet aan bod indien de arts defensief communiceert. Buiten deze manipulaties omtrent de communicatie, is al het overige gelijk in beide video's.

In de video's werd de patiënt bijgestaan door een vertrouwenspersoon. Er werd de respondenten gevraagd om zich in te beelden dat deze persoon hun partner, vriend, vader of zoon was. Nadien volgde er een reeks vragen met betrekking tot de video. De vragen die volgden na elke video peilden enerzijds naar de gedachten en gevoelens van de patiënt, en anderzijds naar de reacties en gedragingen die respondenten zouden stellen in de vooropgestelde situatie. Om deze aspecten te bevragen, werd er op zoek gegaan naar wetenschappelijke literatuur die gelijkaardige informatie trachtte te achterhalen. De verschillende onderdelen die bevroegd werden met bijbehorende hypothese en de bron uit de literatuur worden in Tabel 2 weergegeven. Elk onderdeel bestaat uit één of meerdere vragen. In de vragenlijsten werd vooral gebruik gemaakt van vragen waarbij de respondenten een antwoord moesten geven op een schaal van 1 tot en met 7. Een voorbeeld van

zo'n vraag die in de vragenlijst van dit onderzoek gebruikt werd om de communicatieskills van de arts te bevrage, is: 'De arts communiceert op een duidelijke manier over het incident'. De respondenten konden hun antwoord aanduiden op een Likertschaal die loopt van 'volledig niet akkoord' (1) tot 'volledig akkoord' (7). Wanneer een respondent antwoordt met 'volledig akkoord', kan gesteld worden dat de respondent het eens is met de stelling. Wanneer de respondent antwoordt met 'volledig niet akkoord', kan gesteld worden dat hij of zij het niet eens is met de stelling. Enkel de vragen omtrent de neiging om verdere stappen te ondernemen werden bevrage op een zevenpunts Likertschaal van 'heel onwaarschijnlijk' (1) tot 'heel waarschijnlijk' (7). Alle vragen werden op deze manier geformuleerd.

Tot slot werden er enkele socio-demografische vragen gesteld om een concreet beeld te vormen van de karakteristieken van de respondenten. Om de leeftijd van de respondent te bevrage werd gebruik gemaakt van een drop-down menu. Verder werden categorische variabelen gebruikt om geslacht, land van herkomst, hoogst behaalde diploma, werksituatie, een medische of juridische achtergrond en al dan niet ervaring met een medisch incident te bevrage. Hierbij konden de respondenten slechts één antwoord aanduiden. Ook de algemene gezondheidstoestand van de patiënt werd bevrage met behulp van een zevenpunts Likertschaal van 'volledig niet akkoord' (1) tot 'volledig akkoord' (7). Als bijlage kan u de volledig uitgewerkte vragenlijst ook terugvinden (Bijlage 8.2 Vragenlijst).

**Tabel 2: Overzicht belangrijkste variabelen met bijbehorende hypothesen van het empirisch onderzoek**

<b>Belangrijkste variabelen</b>	<b>Hypothesen*</b>	<b>Bron</b>
<b><i>Gedachten en gevoelens van de patiënt</i></b>		
Aanpak incident	Defensieve communicatie zorgt voor een minder goede beoordeling van de patiënt over de manier waarop de arts het incident heeft aangepakt.	Wu, Huang, Stokes, & Pronovost (2009)
Communicatie	Defensieve communicatie zorgt voor een minder goede beoordeling van de patiënt over de communicatieskills van de arts.	<i>The Patient Satisfaction Questionnaire</i> van Marshall & Hays (1994)
Tevredenheid	Defensieve communicatie zorgt voor minder patiënttevredenheid.	Fadhilah et al. (2011) en <i>Patient Satisfaction Questionnaire</i> van Marshall & Hays (1994)
Duidelijke taal	Defensieve communicatie zorgt ervoor dat patiënten vinden dat de arts minder duidelijke taal gebruikt.	Studdert et al. (2005)
Vertrouwen in de arts	Defensieve communicatie zorgt voor minder vertrouwen in de arts.	<i>The Trust in Physician Scale</i> van Thom, Ribisl, Stewart, & Luke (1999)
Emotionele reactie	Defensieve communicatie zorgt voor sterkere emotionele reacties van de patiënt.	Mazor, Simon, Yood, et al. (2004)
Ernst incident	Defensieve communicatie zorgt voor een ernstigere interpretatie van een medisch incident.	Garbutt et al. (2007)
Beoordeling kwaliteit arts	Defensieve communicatie zorgt voor een minder goede beoordeling van de kwaliteit van de arts.	Wu et al. (2009)
<b><i>Reacties en gedragingen van de patiënt</i></b>		
Neiging om verdere stappen te ondernemen	Defensieve communicatie zorgt ervoor dat patiënten een sterkere neiging hebben om verdere stappen te ondernemen.	Schwappach & Koeck (2004)
Verklaringen voor gedragsintenties	Defensieve communicatie zorgt ervoor dat patiënten meer en andere redenen hebben om verdere stappen te ondernemen.	Mazor, Simon, Yood, et al. (2004) en Helmchen et al. (2010)
<b><i>Karakteristieken van de patiënt</i></b>		
Socio-demografische gegevens	Hypothese dat mensen met bepaalde karakteristieken sneller verdere stappen zullen ondernemen bij defensieve communicatie: mannen, oudere mensen en mensen met een persoonlijke ervaring met medische incidenten.	Mazor et al. (2006)

\*De hypothesen werden telkens geformuleerd ten opzichte van open communicatie.

### 3.4 Analyse

De data uit het empirisch onderzoek werd statistisch geanalyseerd met behulp van de software Stata (versie 12.1). Er werden lineaire regressies uitgevoerd om de associatie tussen de variabele defensieve communicatie en de afhankelijke variabelen na te gaan. Als eerste werd er aan data-cleaning gedaan door enkele variabelen om te keren. Er zijn bijvoorbeeld enkele stellingen die peilen naar het vertrouwen in de arts en één stelling die peilt naar de mate van het wantrouwen in de arts. Om deze stellingen samen te kunnen nemen, moeten de scores van de stelling over het wantrouwen omgekeerd worden. Dit betekent dat de score 1 verandert in 7, 2 in 6, enzovoort. Op die manier staan alle vragen op dezelfde schaal en kunnen bepaalde stellingen samengenomen worden om het gemiddelde te kennen. Verder werden van bepaalde sociaal-demografische gegevens dummy's gemaakt. Zo werd er een dummy variabele werkend gemaakt die gelijk is aan nul indien de

respondent niet werkt en één is indien de respondent werkt. Verder werd er een dummy variabele hoger onderwijs gemaakt die gelijk is aan nul indien de respondent geen diploma hoger onderwijs heeft en gelijk is aan één indien de respondent wel een diploma hoger onderwijs heeft. Ook werd een dummy variabele medische achtergrond gemaakt die gelijk is aan nul indien de respondent geen medische opleiding volgt, geen medisch beroep uitvoert of nooit heeft uitgevoerd en gelijk is aan één indien dit wel het geval is. Daarnaast werden verschillende stellingen samengenomen om een bepaald onderdeel te onderzoeken door een nieuwe (gemiddelde) variabele aan te maken. Op die manier ontstonden er vier nieuwe variabelen: communicatie (de gemiddelde communicatieskills van de arts op basis van drie stellingen), vertrouwen in de arts (het gemiddelde vertrouwen in de arts op basis van vijf stellingen), emotionele reactie (de gemiddelde emotionele reactie van de patiënt op basis van vijf stellingen) en beoordeling van de kwaliteit van de arts (de gemiddelde beoordeling van de kwaliteit van de arts op basis van vier stellingen). In onderstaande tabel worden alle variabelen weergegeven die in de analyse van dit onderzoek gebruikt werden. Bij elke variabele wordt uitleg gegeven over wat de variabele precies betekent (Tabel 3). Indien de variabele een gemiddelde is van meerdere stellingen, wordt aangegeven om welke stellingen het gaat en bovendien worden de cronbach's alpha voor deze variabelen tussen haken weergegeven omdat deze een samenvoeging zijn van verschillende stellingen die hetzelfde aspect meten. Indien de cronbach's alpha ongeveer 0,8 of groter is, betekent dit dat er een hoge consistentie is tussen de stellingen en deze dus hetzelfde meten. Hierdoor is het geoorloofd om deze stellingen samen te nemen.

**Tabel 3: Definities en beschrijvingen van de variabelen**

<b>Naam variabele</b>	<b>Beschrijving</b>
Defensieve communicatie	Dummy variabele die gelijk is aan 1 indien de respondent het scenario zag waarin de arts defensief communiceerde en gelijk is aan 0 indien de arts open communiceerde.
Incident	Dummy variabele die gelijk is aan 1 indien de respondent het scenario over het kompres zag en gelijk is aan 0 indien het scenario over de epidurale verdoving ging.
<b>Gedachten en gevoelens</b>	
Aanpak	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent vindt dat de arts het incident uitstekend aanpakt.
Communicatie (0,824)	Variabele die het gemiddelde van de volgende stellingen aangeeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De arts communiceert op een eerlijke manier over het incident.</li> <li>• De arts communiceert op een duidelijke manier over het incident.</li> <li>• De arts is vriendelijk en beleefd.</li> </ul>
Tevredenheid	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent vindt dat hij/zij een goede behandeling heeft gekregen.
Duidelijke taal	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent vindt dat de arts woorden gebruikt die hij/zij begrijpt.
Vertrouwen in de arts (0,822)	Variabele die het gemiddelde van de volgende stellingen aangeeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ik vertrouw de arts waardoor ik altijd zal proberen zijn/haar advies te volgen.</li> <li>• Als de arts me vertelt dat iets zo is, dan geloof ik dat dat waar is.</li> <li>• Ik wantrouw de mening van de arts en ik wil graag een tweede opinie.</li> <li>• Ik voel dat de arts niet alles doet wat hij/zij zou moeten doen voor mijn medische zorg.</li> <li>• Ik vertrouw de arts dat hij/zij me op de hoogte brengt indien er een fout zou gebeurd zijn bij mijn behandeling.</li> </ul>
Emotionele reactie (0,917)	Variabele die het gemiddelde van de volgende stellingen aangeeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na het bekijken van de video, voel ik me kalm.</li> <li>• Na het bekijken van de video, voel ik me gerustgesteld.</li> <li>• Na het bekijken van de video, voel ik me opgelucht.</li> <li>• Na het bekijken van de video, voel ik me gerespecteerd.</li> <li>• Na het bekijken van de video, voel ik me tevreden.</li> </ul>

Beoordeling kwaliteit arts (0,715)	Variabele die het gemiddelde van de volgende stellingen aangeeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De arts is professioneel.</li> <li>• De arts is medisch bekwaam.</li> <li>• De arts vertoont defensief gedrag.</li> <li>• De arts moet de schuld krijgen voor het incident.</li> </ul>
Ernst	Variabele die aangeeft hoe ernstig de respondent het medisch incident vindt.
<b>Reacties en gedragingen</b>	
Klagen tegen familie en vrienden	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om te klagen tegen familie en vrienden.
Klagen tegen een verpleegkundige	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om te klagen tegen een verpleegkundige.
Klagen tegen een andere arts	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om te klagen tegen een andere arts.
Van arts veranderen	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om van arts te veranderen.
Gemiddelde klagen en verandering arts (0,823)	Variabele die het gemiddelde van de volgende stellingen aangeeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klagen tegen familie en vrienden.</li> <li>• Klagen tegen een verpleegkundige.</li> <li>• Klagen tegen een andere arts.</li> <li>• Van arts veranderen.</li> </ul>
Melding bij ziekenfonds	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om het incident te melden bij het ziekenfonds.
Ombudsdienst contacteren	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om de ombudsdienst van het ziekenhuis te contacteren.
Advies jurist	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om advies te vragen aan een jurist.
Rechtszaak	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent geneigd is om een rechtszaak te initiëren.
Gemiddelde verdere stappen (0,888)	Variabele die het gemiddelde van volgende stellingen aangeeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het incident melden bij het ziekenfonds</li> <li>• De ombudsdienst van het ziekenhuis contacteren</li> <li>• Advies vragen aan een jurist</li> <li>• Een rechtszaak initiëren</li> </ul>
Informatie	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent meer informatie wil over het medisch incident.
Financiële compensatie	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent een financiële compensatie wenst te ontvangen van de arts.
Niet-financiële compensatie	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent een niet-financiële compensatie wenst te ontvangen van de arts.
Vermijden voor andere patiënten	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent wil dat dit incident in de toekomst vermeden wordt voor andere patiënten.
Matige sancties	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent wil dat er gematigde sancties volgen voor de arts (bv. bijscholing).
Grote sancties	Variabele die aangeeft in welke mate de respondent wil dat er grote sancties volgen voor de arts (bv. rechtszaak).
<b>Socio-demografische karakteristieken</b>	
Leeftijd	Continue variabele die de leeftijd van de respondent weergeeft.
Man	Dummy variabele die gelijk is aan 1 indien de respondent een man is en gelijk is aan 0 indien de respondent een vrouw is.
Hoger onderwijs	Dummy variabele die gelijk is aan 1 indien de respondent een diploma hoger onderwijs (HBO5, bachelor, master of doctoraat) heeft en gelijk is aan 0 indien de respondent geen diploma hoger onderwijs heeft.
Werkend	Dummy variabele die gelijk is aan 1 indien de respondent werkt en gelijk is aan 0 indien de respondent niet werkt.
Medische achtergrond	Dummy variabele die gelijk is aan 1 indien de respondent een medisch beroep uitvoert, ooit heeft uitgevoerd of een medische opleiding volgt.

Persoonlijke ervaring medische incidenten	Dummy variabele die gelijk is aan 1 indien de respondent zelf of als familielid of vriend ooit al geconfronteerd is geweest met een medisch incident.
Algemene gezondheid	Variabele die de algemene gezondheidstoestand van de respondent weergeeft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ik heb een goede algemene gezondheid.</li> <li>• Ik ben vaak ziek.</li> <li>• Ik ben even gezond als andere mensen.</li> <li>• Ik bezoek de huisarts meer dan 5 keer per jaar.</li> </ul>

Een belangrijke assumptie om met een RCT causale effecten te onderscheiden, is het hebben van vergelijkbare groepen. Daarom werd een *balance check* uitgevoerd om na te gaan of de experimentele groep en de controlegroep vergelijkbaar zijn in karakteristieken buiten het feit dat ze open of defensieve communicatie hebben gezien. Zo werd er bijvoorbeeld aan de hand van de p-waarde vergeleken of er geen significante verschillen waren in leeftijd, geslacht, werkend, hoger onderwijs, medische achtergrond, persoonlijke ervaring met medische incidenten en algemene gezondheidstoestand tussen beide groepen. Doordat de patiënten door middel van randomisatie worden toegewezen aan de experimentele en controlegroep, zijn de groepen normaal vergelijkbaar en is er voldaan aan de assumptie.

De analyse van de data start met frequentietabellen waarin de karakteristieken van de respondent zoals leeftijd, geslacht, hoger onderwijs, werkend, medische achtergrond, persoonlijke ervaring met medische incidenten en algemene gezondheid worden weergegeven. Daarnaast werden beschrijvende statistieken gebruikt om per variabele elementen zoals het gemiddelde, de standaarddeviatie, het minimum en het maximum weer te geven. Dit werd zowel voor de variabelen omtrent de gedachten en gevoelens, als voor de variabelen omtrent de reacties en gedragingen van de patiënt gedaan.

Verder werden er voor elke afhankelijke variabele regressieanalyses uitgevoerd en interactie-effecten onderzocht om de drie onderzoeksvragen van de empirische studie te beantwoorden. Er werden verschillende regressies uitgevoerd waarbij de afhankelijke variabele  $Y_i$  telkens een gevoel, gedachte of gedraging is zoals het vertrouwen in de arts of de mate waarin de respondent geneigd is om van arts te veranderen. De onafhankelijke variabele is de variabele defensieve communicatie. Deze geeft weer of het gaat om open of defensieve communicatie. Als controlevariabelen werden leeftijd, geslacht, hoger onderwijs, persoonlijke ervaring met medische incidenten, algemene gezondheid en het incident (scenario 1 of 2) toegevoegd. De regressievergelijking ziet er dan bijvoorbeeld als volgt uit:

$$\hat{Y}_i = \alpha + \beta * \widehat{\text{Defensieve communicatie}} + \gamma_1 * \widehat{\text{Leeftijd}} + \gamma_2 * \widehat{\text{Man}} + \gamma_3 * \widehat{\text{Hoger onderwijs}} + \gamma_4 * \widehat{\text{Persoonlijke ervaring medische incidenten}} + \gamma_5 * \widehat{\text{Algemene gezondheid}} + \gamma_6 * \widehat{\text{Incident}} + \varepsilon_i$$

Op die manier werd de impact van defensieve communicatie van artsen op de gevoelens, gedachten en gedragingen van patiënten bij medische incidenten ten opzichte van open communicatie onderzocht. Daarnaast werd ook onderzocht of patiënten die een financiële of niet-financiële compensatie wensen en het incident in de toekomst willen vermijden voor andere patiënten, meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen.

Tot slot werd onderzocht of de impact van de communicatiestijl (open of defensief) anders is bij bepaalde karakteristieken van respondenten met behulp van interactie-effecten. Er werd telkens een interactieterm gemaakt tussen de dummy variabele defensieve communicatie en een karakteristiek van de respondent. Van de volgende variabelen werd een interactieterm gemaakt in combinatie met de variabele defensieve communicatie: leeftijd, geslacht en persoonlijke ervaring met medische incidenten. Nadien werd dan een regressie uitgevoerd met mogelijke verdere stappen als afhankelijke variabele ( $Y_i$ ) en de interactieterm en controlevariabelen als onafhankelijke variabele. Zo werd bijvoorbeeld onderzocht of oudere mensen meer geneigd zijn dan jonge mensen om verdere stappen te ondernemen indien de arts defensief communiceert. Het is immers mogelijk dat oudere mensen over een groter budget beschikken dan jonge mensen. Ook zijn oudere mensen over het algemeen iets meer geneigd om te klagen wat mogelijks kan zorgen voor een effect. De regressievergelijking ziet er als volgt uit:

$$\hat{Y}_i = \alpha + \beta * \widehat{\text{Leeftijd}} \times \widehat{\text{Defensieve communicatie}} + \gamma_1 * \widehat{\text{Defensieve communicatie}} + \gamma_2 * \widehat{\text{Leeftijd}} + \gamma_3 * \widehat{\text{Man}} \\ + \gamma_4 * \widehat{\text{Hoger onderwijs}} + \gamma_5 * \widehat{\text{Persoonlijke ervaring medische incidenten}} + \gamma_6 * \widehat{\text{Algemene gezondheid}} + \varepsilon_i$$

Alle resultaten werden steeds in tabellen weergegeven om een duidelijk overzicht te bewaren. Verder werd bij elke regressie telkens de optie 'robust' toegevoegd om uitschieters uit de regressie te filteren en om robuuste standaarddeviaties te bekomen. Ook werden standaarderrors geclusterd op respondentniveau aangezien elke respondent twee scenario's heeft gezien en er dus mogelijke correlatie ontstaat tussen de standaarderrors van deze observaties. Tot slot wordt met sterretjes in de tabellen aangegeven hoe significant de gevonden effecten zijn.





## 4. Resultaten empirisch onderzoek

### 4.1 Karakteristieken respondenten

Tabel 4 geeft de kenmerken van de respondenten weer die deelnamen aan het onderzoek. Van de 127 deelnemers was de helft jonger dan 45. Vrouwen waren oververtegenwoordigd in de steekproef (61,42% vrouwen tegenover 37,80% mannen). Één respondent wenste niet aan te geven wat zijn of haar geslacht was. Meer dan driekwart van de respondenten (77,95%) is in het bezit van een diploma hoger onderwijs. Ongeveer twee derde van de respondenten (64,57%) zijn werkende mensen. De overige respondenten zijn vooral studenten (22,05%) of gepensioneerden (12,60%). 14,17 procent van de proefpersonen heeft een medische achtergrond. Deze personen volgen een medische opleiding, voeren een medisch beroep uit of hebben ooit in de medische sector gewerkt. Bijna een derde (29,92%) meldde persoonlijke ervaring te hebben met medische incidenten in hun eigen behandeling of bij familieleden of vrienden.

**Tabel 4: Karakteristieken respondenten**

Karakteristiek	N	%
Leeftijd		
18 tot 24	31	24,41
25 tot 34	18	14,17
35 tot 44	16	12,60
45 tot 54	36	28,35
55 tot 64	12	9,45
65 tot 74	9	7,09
75 of ouder	5	3,94
Geslacht		
Man	48	37,80
Vrouw	78	61,42
Ontbrekende data	1	0,79
Hoger onderwijs		
Geen diploma hoger onderwijs	28	22,05
Diploma hoger onderwijs	99	77,95
Werkend		
Niet-werkend	45	35,43
Werkend	82	64,57
Medische achtergrond	18	14,17
Persoonlijke ervaring medische incidenten	38	29,92

Om te controleren of de randomisatie succesvol was, werd een *balance check* uitgevoerd om te onderzoeken of beide groepen in de regressieanalyses vergeleken mogen worden. Deze willekeurige toewijzing van respondenten aan respectievelijk de controle en experimentele groep resulteerde in groepen die evenwichtig zijn in termen van leeftijd, geslacht, werksituatie, hoger onderwijs, medische achtergrond, persoonlijke ervaring met medische incidenten en algemene gezondheid. De gemiddeldes per variabele worden in Tabel 5 per groep weergegeven, samen met het verschil tussen deze gemiddeldes. De p-waarden in deze tabel tonen aan dat de verschillen die in de vierde kolom weergegeven worden niet significant zijn. Dit betekent dat de twee groepen gelijk zijn buiten de behandeling en dat dus de randomisatie succesvol was. Hierdoor zullen de effecten in de regressie

werkelijk causale effecten zijn. Daarnaast kunnen er ook controlevariabelen toegevoegd worden als extra check om ervoor te zorgen dat de groepen vergelijkbaar zijn.

**Tabel 5: Balance check**

<b>Variabele</b>	<b>Gemiddelde controlegroep (open communicatie)</b>	<b>Gemiddelde experimentele groep (defensieve communicatie)</b>	<b>Verschil</b>	<b>P-waarde</b>
Leeftijd	43,389	39,904	3,485	0,257
Man	0,426	0,370	0,056	0,544
Hoger onderwijs	0,759	0,795	-0,036	0,538
Werkend	0,685	0,616	0,069	0,181
Medische achtergrond	0,185	0,110	0,075	0,245
Persoonlijke ervaring medische incidenten	0,333	0,274	0,059	0,477
Algemene gezondheid	5,472	5,705	-0,233	0,174
N	54	73		

## **4.2 Beschrijvende statistieken**

### **4.2.1 Gedachten en gevoelens**

Tabel 6 vergelijkt de gemiddelde scores van de gedachten en gevoelens tussen respondenten die open communicatie hebben gezien en respondenten die defensieve communicatie hebben gezien. Deze gemiddelde scores geven aan in welke mate deze groepen bepaalde gedachten en gevoelens hebben na het bekijken van een video over een medisch incident. In de tabel worden telkens de gemiddelden, standaarddeviaties, verschillen tussen de gemiddelden, minima en maxima weergegeven voor elke variabele voor zowel de controlegroep die open communicatie heeft gezien (Def. communicatie = 0) als voor de experimentele groep die defensieve communicatie heeft gezien (Def. communicatie = 1). De significantie van deze verschillen werd nagegaan aan de hand van t-testen. Er waren 108 observaties over open communicatie en 146 observaties over defensieve communicatie. De minima en maxima zijn meestal 1 en 7 aangezien alle stellingen op een zevenpunts Likertschaal bevroegd werden. Indien dit niet het geval is, betekent dit dat geen enkele respondent de uiterste antwoordoptie op de Likertschaal heeft aangeduid. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe positiever een bepaalde gedachte of gevoel van de respondenten.

Doorgaans liggen de gemiddelde scores voor open communicatie bijna altijd enigszins hoger dan de gemiddelde scores van defensieve communicatie. Zo zijn respondenten die open communicatie hebben gezien het eerder akkoord met de stelling dat de manier waarop de arts het incident aanpakt uitstekend is (gemiddelde score = 4,94), terwijl respondenten bij defensieve communicatie sterker twijfelen over de manier van aanpak (gemiddelde score = 4,04). De communicatieskills van de arts schatten respondenten bij open communicatie goed tot zeer goed in met een gemiddelde score van 5,56 op de zevenpuntsschaal, in vergelijking met een iets lagere score van 5,07 op de Likertschaal bij defensieve communicatie. Dit betekent dat respondenten die open communicatie hebben gezien vinden dat de arts eerlijker en duidelijker communiceert en vriendelijker en beleefder is. De stelling over de mate waarin de respondenten tevreden zijn met de behandeling die ze gekregen hebben, werd beantwoord met een gemiddelde score van 3,61 voor open communicatie en een gemiddelde score van 3,47 voor defensieve communicatie op de zevenpuntsschaal. Dit betekent dat

respondenten in beide groepen eerder niet tevreden zijn met de behandeling die ze gekregen hebben. De gemiddelde scores die respondenten gaven aan de stelling over de mate waarin de arts woorden gebruikt die de respondent begrijpt geven aan dat respondenten vinden dat de arts eerder duidelijke taal gebruikt. Dit is de enige stelling waarbij de gemiddelde score van de groep die open communicatie heeft gezien (5,35) lager ligt dan de gemiddelde score van de groep die defensieve communicatie heeft gezien (5,61). De gemiddelde scores op het vertrouwen in de arts zijn in beide groepen eerder gemiddeld en schommelen tussen 'noch akkoord/noch niet akkoord' (4) en 'eerder akkoord' (5). De gemiddelde score van open communicatie (4,79) is bij dit aspect opnieuw iets hoger dan de gemiddelde score bij defensieve communicatie (4,48). Dit betekent dat respondenten meer vertrouwen hebben in de arts indien deze open communiceert. De stellingen omtrent de emotionele reactie van de respondent werden beantwoord met een gemiddelde score van 3,83 voor open communicatie en 3,60 voor defensieve communicatie op de zevenpuntsschaal. Dit betekent dat de gemiddelde scores op de stellingen voor dit aspect liggen tussen 'eerder niet akkoord' en 'noch akkoord/noch niet akkoord'. De gemiddelde scores op de beoordeling van de kwaliteit van de arts geven aan dat respondenten eerder akkoord zijn met stellingen die aangeven dat de arts professioneel en medisch bekwaam is. Ook vindt deze groep dat de arts eerder geen defensief gedrag vertoont en niet de schuld moet krijgen voor het incident. Bij defensieve communicatie nemen de respondenten echter een neutraal standpunt in bij de stellingen over de beoordeling van de kwaliteit van de arts. Dat blijkt uit een gemiddelde score van 4,27 op de Likertschaal voor defensieve communicatie. Verder zijn respondenten in beide groepen 'eerder akkoord' met de stelling over de ernst van het incident. De gemiddelde score van open communicatie (5,18) ligt bij deze stelling iets hoger dan de gemiddelde score van defensieve communicatie (5,01) op de zevenpuntsschaal. Algemeen kan dus gesteld worden dat de gedachten en gevoelens van respondenten positiever zijn indien de arts open communiceert over een medisch incident in vergelijking met defensieve communicatie.

**Tabel 6: Beschrijvende statistieken voor de gedachten en gevoelens**

Variabele	Gemid. open communicatie	Gemid. defensieve communicatie	Vershil	Min.	Max.
Aanpak	4,944 (1,267)	4,041 (1,571)	-0,903**	1	7
Communicatie	5,562 (0,758)	5,066 (1,215)	-0,496**	1,67	7
Tevredenheid	3,611 (1,497)	3,466 (1,482)	-0,145	1	7
Duidelijke taal	5,351 (1,442)	5,610 (1,200)	0,259	1	7
Vertrouwen in de arts	4,785 (0,887)	4,482 (1,094)	-0,303**	1,6	7
Emotionele reactie	3,832 (1,346)	3,599 (1,270)	-0,233	1	7
Ernst incident	5,176 (1,420)	5,014 (1,453)	-0,162	1	7
Beoordeling kwaliteit arts	4,806 (0,881)	4,265 (1,060)	-0,541**	2	7
N	108	146			

*Nota: Robuuste standaard errors worden tussen haken weergegeven. \*\*\*p < 0,01, \*\*p < 0,05, \*p < 0,1*

## 4.2.2 Reacties en gedragingen

### 4.2.2.1 Gedrag

Tabel 7 vergelijkt de gemiddelde scores van de gedragingen tussen respondenten die open communicatie hebben gezien en respondenten die defensieve communicatie hebben gezien. Deze gemiddelde scores geven aan in welke mate deze groepen bepaalde gedragingen zouden stellen indien zij de patiënt zouden zijn in de voorgestelde video's. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe sterker de neiging van respondenten om bepaalde gedragingen te stellen en verdere stappen te ondernemen na het medisch incident. De vierde kolom geeft het verschil weer tussen de gemiddelde scores van open en defensieve communicatie. Bij de eerste vier stellingen zijn de verschillen tussen open en defensieve communicatie steeds positief. Dit betekent dat respondenten bij defensieve communicatie in iets sterkere mate zouden klagen tegen familie en vrienden, een verpleegkundige en een andere arts en iets sneller van arts zouden veranderen. Het gaat hierbij om verschillen tussen 0,1 en 0,3 punten op een zevenpuntsschaal, wat dus relatief kleine verschillen zijn en bovendien zijn deze niet significant. Dit verschil is het grootst bij de mate waarin ze van arts zouden veranderen (0,26) en het kleinst bij de mate waarin ze zouden klagen tegen familie en vrienden (0,10). Verder tonen de gemiddelde scores aan dat zowel bij open communicatie (5,17) als bij defensieve communicatie (5,27) er een eerder grote kans is dat respondenten zouden klagen bij familie en vrienden over het incident. Over de mate waarin ze zouden klagen bij een verpleegkundige zijn respondenten eerder twijfelachtig. Verder nemen zowel respondenten die open communicatie hebben gezien (3,65) als respondenten die defensieve communicatie hebben gezien (3,84) een neutraal standpunt dat eerder neigt naar de weigerachtige kant in over de mate waarin ze zouden klagen tegen een andere arts. Daarnaast zijn respondenten eerder onverschillig over het veranderen van arts na het medisch incident indien de arts open communiceert (3,70), maar ook indien deze defensief communiceert (3,96).

**Tabel 7: Beschrijvende statistieken voor de reacties en gedragingen**

Variabele	Gemid. open communicatie	Gemid. defensieve communicatie	Vershil	Min.	Max.
Klagen tegen familie en vrienden	5,167 (1,450)	5,267 (1,222)	0,1	1	7
Klagen tegen een verpleegkundige	4,130 (1,607)	4,260 (1,585)	0,13	1	7
Klagen tegen een andere arts	3,648 (1,602)	3,843 (1,629)	0,195	1	7
Van arts veranderen	3,704 (1,636)	3,959 (1,517)	0,255	1	7
Melding bij ziekenfonds	4,759 (1,789)	4,014 (1,808)	-0,745**	1	7
Ombudsdienst contacteren	4,269 (1,941)	3,904 (1,727)	-0,365	1	7
Advies jurist	3,454 (1,748)	3,062 (1,532)	-0,392	1	7
Rechtszaak	2,750 (1,382)	2,452 (1,395)	-0,298	1	7
N	108	146			

*Nota: Robuuste standaard errors worden tussen haken weergegeven. \*\*\*p < 0,01, \*\*p < 0,05, \*p < 0,1*

Bij de laatste vier stellingen in Tabel 7 zijn de verschillen tussen open en defensieve communicatie steeds negatief. Dit betekent dat respondenten bij open communicatie in sterkere mate de neiging hebben om het incident te melden bij het ziekenfonds, de ombudsdienst van het ziekenhuis te contacteren, advies te vragen aan een jurist en een rechtszaak te initiëren. Het gaat hierbij om verschillen tussen -0,75 en -0,30 op een zevenpuntsschaal, wat wijst op enigszins grotere verschillen tussen de gedragsintenties bij open en defensieve communicatie dan bij de eerste vier stellingen. Dit verschil is het grootst bij de mate waarin respondenten het incident zouden melden bij het ziekenfonds (-0,75) en het kleinst bij de mate waarin ze een rechtszaak zouden initiëren (-0,30). Verder tonen de gemiddelde scores aan dat respondenten die open communicatie hebben gezien eerder geneigd zijn om het incident te melden bij het ziekenfonds terwijl respondenten die defensieve communicatie hebben gezien hier eerder neutraal tegenover staan. Op de vraag in welke mate respondenten de ombudsdienst van het ziekenhuis zouden contacteren reageerden respondenten zowel bij open communicatie (4,27) als bij defensieve communicatie (3,90) eerder neutraal. Daarnaast zijn respondenten eerder niet geneigd om advies in te winnen van een jurist en ook vinden ze het niet nodig om een rechtszaak te initiëren na het medisch incident.

#### **4.2.2.2 Verklaringen voor gedragsintenties**

In Tabel 8 worden de gemiddelde scores die respondenten gaven aan de stellingen over de verklaringen voor hun gedrag vergeleken tussen open en defensieve communicatie. Deze scores weerspiegelen waarom respondenten die open communicatie hebben gezien en respondenten die defensieve communicatie hebben gezien verdere stappen zouden ondernemen na een medisch incident. Hoe hoger de gemiddelde score op een bepaalde stelling, hoe meer deze reden hun intenties verklaren. Bij de eerste vier stellingen zijn de verschillen tussen open en defensieve communicatie steeds negatief. Dit betekent dat respondenten verschillende redenen hebben die hun intenties verklaren wanneer de arts open communiceert. Zo wensen ze meer informatie over het incident, wensen ze een financiële of niet-financiële compensatie te ontvangen van de arts en hebben ze een sterkere intentie om ervoor te zorgen dat het incident in de toekomst vermeden wordt voor andere patiënten indien de arts open communiceert. Hierbij gaat het om verschillen tussen -0,44 en -0,08 op een zevenpuntsschaal. Dit verschil is het grootst bij de mate waarin respondenten een financiële compensatie van de arts wensen (-0,44) en het kleinst bij de mate waarin respondenten informatie wensen over het medisch incident (-0,08). Verder blijkt uit de gemiddelde scores dat respondenten zowel bij open communicatie (5,06) en als bij defensieve communicatie (4,98) een sterke neiging hebben om verdere stappen te ondernemen omdat ze meer informatie willen inwinnen over het incident. Bij de stelling over de mate waarin ze een financiële compensatie wensen van de arts nemen respondenten een neutraal standpunt in. Daarnaast nemen respondenten een eerder positief neutraal standpunt in bij de stelling die peilt naar de mate waarin ze een niet-financiële compensatie wensen te ontvangen van de arts zoals een gratis behandeling of het oplossen van het incident. Ook blijkt uit de gemiddelde scores voor open (5,84) en defensieve communicatie (5,60) dat respondenten sterk geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen om ervoor te zorgen dat het incident in de toekomst vermeden wordt voor andere patiënten.

De laatste twee stellingen peilen naar de mate waarin respondenten willen dat er gematigde sancties, zoals een verplichting tot bijscholing of een waarschuwing voor de arts, en grote sancties,

zoals de gevolgen van een rechtszaak, volgen voor de arts. Bij deze stellingen is het verschil tussen open en defensieve communicatie positief, maar klein en bovendien niet significant. De gemiddelde scores voor open (3,96) en defensieve communicatie (4,05) tonen aan dat respondenten eerder twijfelachtig zijn over de stelling of er gematigde sancties moeten volgen voor de arts. Verder blijkt uit de gemiddelde scores dat respondenten eerder niet geneigd zijn om een rechtszaak te initiëren indien er een medisch incident heeft plaatsgevonden.

**Tabel 8: Beschrijvende statistieken voor verklaringen voor gedragsintenties**

Variabele	Gemid. open communicatie	Gemid. defensieve communicatie	Vershil	Min.	Max.
Informatie	5,056 (1,400)	4,980 (1,450)	-0,076	1	7
Financiële compensatie	4,028 (1,574)	3,589 (1,378)	-0,439**	1	7
Niet-financiële compensatie	4,639 (1,671)	4,534 (1,695)	-0,105	1	7
Vermijden voor andere patiënten	5,843 (1,361)	5,603 (1,412)	-0,240	1	7
Matige sancties	3,963 (1,546)	4,048 (1,671)	0,085	1	7
Grote sancties	2,796 (1,198)	2,839 (1,351)	0,043	1	7
N	108	146			

*Nota: Robuuste standaard errors worden tussen haken weergegeven. \*\*\* $p < 0,01$ , \*\* $p < 0,05$ , \* $p < 0,1$*

## 4.3 Regressieresultaten

### 4.3.1 Gedachten en gevoelens

In Tabel 9 worden de coëfficiënten samengevat die de impact van defensieve communicatie op verschillende gevoelens en gedragingen van patiënten onderzoeken. Ten eerste tonen de resultaten aan dat defensieve communicatie een significante en sterke invloed heeft op de mate waarin de respondenten de manier van aanpak van het incident door de arts evalueren. De negatieve coëfficiënt (-0,87) bij defensieve communicatie duidt erop dat defensieve communicatie leidt tot een minder goede beoordeling van de respondent over de manier van aanpak van het medisch incident ten opzichte van wanneer de arts open communiceert. Ten tweede heeft defensieve communicatie ook een significante negatieve invloed op hoe de communicatieskills van de arts worden beoordeeld. De negatieve coëfficiënt (-0,52) toont aan dat defensieve communicatie zorgt voor een minder positieve beoordeling van de arts zijn communicatieskills. Bij de regressie met tevredenheid als afhankelijke variabele is er geen significant verschil tussen open en defensieve communicatie, maar de negatieve coëfficiënt (-0,13) geeft aan dat de groep respondenten die open communicatie heeft gezien mogelijk meer tevreden is over de behandeling die ze gekregen heeft dan de groep respondenten die defensieve communicatie heeft gezien. De enige positieve coëfficiënt 0,23 wijst erop dat respondenten die defensieve communicatie hebben gezien, vinden dat de arts in sterkere mate woorden gebruikt die ze begrijpen. Echter is dit verschil niet significant. Verder heeft defensieve communicatie wel een significante impact op het vertrouwen van respondenten in de arts. De negatieve coëfficiënt (-0,33) geeft aan dat defensieve communicatie ervoor zorgt dat respondenten minder vertrouwen hebben in de arts. Vervolgens heeft defensieve communicatie geen

significante invloed op de emotionele reactie van respondenten na het medisch incident, maar de negatieve coëfficiënt (-0,14) geeft aan dat respondenten bij defensieve communicatie minder kalm, gerustgesteld, opgelucht, gerespecteerd en tevreden zijn. De beoordeling van de kwaliteit van de arts is significant hoger in de groep die open communicatie heeft gezien. Tot slot heeft defensieve communicatie geen significante invloed op de inschatting van de ernstgraad van het incident die respondenten maken. De negatieve coëfficiënt (-0,18) geeft aan dat respondenten die defensieve communicatie hebben gezien het incident minder ernstig inschatten.

**Tabel 9: Regressie resultaten voor de gedachten en gevoelens**

	<b>Aanpak</b>	<b>Communicatie</b>	<b>Tevredenheid</b>	<b>Duidelijke taal</b>
Defensieve communicatie	-0,872*** (0,165)	-0,517*** (0,138)	-0,130 (0,198)	0,230 (0,216)
Controlevariabelen	Ja	Ja	Ja	Ja
	<b>Vertrouwen in de arts</b>	<b>Emotionele reactie</b>	<b>Beoordeling kwaliteit arts</b>	<b>Ernst incident</b>
Defensieve communicatie	-0,327** (0,134)	-0,142 (0,168)	-0,551*** (0,111)	-0,181 (0,179)
Controlevariabelen	Ja	Ja	Ja	Ja
N	254	254	254	254

*Nota: Robuuste standaard errors (tussen haken) zijn geclusterd op respondentniveau. Volgende controlevariabelen werden opgenomen in de regressie: leeftijd, geslacht, hoger onderwijs, medische achtergrond, persoonlijke ervaring medische incidenten, algemene gezondheid en soort incident. \*\*\*p < 0,01, \*\*p < 0,05, \*p < 0,1*

### 4.3.2 Reacties en gedragingen

#### 4.3.2.1 Gedrag

In Tabel 10 worden de coëfficiënten samengevat die de impact van defensieve communicatie op het gedrag van patiënten onderzoeken. Meer specifiek geven de coëfficiënten weer of defensieve communicatie ervoor zorgt dat de respondenten meer of minder geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen na het bekijken van een video over een medisch incident. Echter geven de resultaten voor de eerste vier stellingen nauwelijks significante verschillen aan, wat betekent dat er geen opmerkelijk verschil is in de neiging van respondenten om te klagen tegen familie en vrienden, een verpleegkundige en een andere arts en om van arts te veranderen tussen open en defensieve communicatie van de arts. De coëfficiënt van het gemiddelde van het klagen tegen anderen en om van arts te veranderen geeft aan dat respondenten die defensieve communicatie hebben gezien, 0,12 punten op een zevenpuntsschaal meer geneigd zijn om te klagen tegen familie en vrienden, een verpleegkundige en een andere arts en om van arts te veranderen. Enkel de mate waarin respondenten zouden klagen tegen familie en vrienden heeft een negatieve coëfficiënt (-0,02) die aangeeft dat respondenten die defensieve communicatie hebben gezien minder geneigd zijn om te klagen tegen familie en vrienden in vergelijking met respondenten die open communicatie hebben gezien. De overige coëfficiënten zijn ook niet significant, maar wel in de richting die verwacht werd. De positieve coëfficiënten geven aan dat defensieve communicatie mogelijk leidt tot iets meer klachten van de patiënt tegen een verpleegkundige (0,01), een andere arts (0,19) en een sterkere neiging om van arts te veranderen (0,29).



Daarnaast heeft defensieve communicatie wel een significante invloed op het gemiddelde om verdere stappen te ondernemen (gemiddelde van melding bij ziekenfonds, ombudsdienst contacteren, advies jurist en rechtszaak). Dit betekent dat de groep die open communicatie heeft gezien significant meer geneigd is om verdere stappen te ondernemen na een medisch incident. Zo duidt de negatieve coëfficiënt (-0,75) erop dat respondenten die defensieve communicatie gezien hebben, significant minder geneigd zijn om het incident te melden bij het ziekenfonds dan respondenten die open communicatie gezien hebben. De overige negatieve coëfficiënten zijn niet significant, maar tonen ook aan dat respondenten die defensieve communicatie gezien hebben mogelijks minder geneigd zijn om de ombudsdienst van het ziekenhuis te contacteren (-0,32), advies in te winnen van een jurist (-0,37) en een rechtszaak te initiëren (-0,22).

**Tabel 10: Regressie resultaten voor de reacties en gedragingen**

	<b>Klagen tegen familie en vrienden</b>	<b>Klagen tegen een verpleegkundige</b>	<b>Klagen tegen een andere arts</b>	<b>Van arts veranderen</b>	<b>Gemiddelde klagen en verandering arts</b>
Defensieve communicatie	-0,019 (0,186)	0,014 (0,234)	0,191 (0,252)	0,285 (0,210)	0,117 (0,180)
Controlevariabelen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	<b>Melding bij ziekenfonds</b>	<b>Ombudsdienst contacteren</b>	<b>Advies jurist</b>	<b>Rechtszaak</b>	<b>Gemiddelde verdere stappen</b>
Defensieve communicatie	-0,745*** (0,273)	-0,320 (0,273)	-0,365 (0,266)	-0,223 (0,204)	-0,413* (0,225)
Controlevariabelen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
N	254	254	254	254	254

*Nota: Robuuste standaard errors (tussen haken) zijn geclusterd op respondentniveau. Volgende controlevariabelen werden opgenomen in de regressie: leeftijd, geslacht, hoger onderwijs, persoonlijke ervaring medische incidenten, algemene gezondheid en soort incident. \*\*\*p < 0,01, \*\*p < 0,05, \*p < 0,1*

#### **4.3.2.2 Verklaringen voor gedragsintenties**

In Tabel 11 worden de coëfficiënten samengevat die de impact van defensieve communicatie op de verklaringen voor de gedragsintenties weergeven. Meer specifiek geven de coëfficiënten weer of defensieve communicatie ervoor zorgt dat respondenten meer informatie willen over het incident, een financiële of niet-financiële compensatie wensen, het incident in de toekomst willen vermijden voor andere patiënten en wensen dat er matige of grote sancties volgen voor de arts. Echter geven de coëfficiënten aan dat er weinig significante verschillen zijn, wat betekent dat er geen opmerkelijke verschillen zijn in de verklaringen voor de gedragsintenties van patiënten tussen open en defensieve communicatie. De negatieve coëfficiënten wijzen er wel op dat respondenten die defensieve communicatie hebben gezien, in mindere mate geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen omdat ze minder nood hebben aan meer informatie over het incident (-0,10), significant minder geneigd zijn om een financiële compensatie te eisen van de arts (-0,43), minder geneigd zijn om een niet-financiële compensatie van de arts eisen (-0,19) en in mindere mate het incident in de toekomst wensen te vermijden voor andere patiënten (-0,26). Daarnaast geven de positieve coëfficiënten aan dat respondenten in sterke mate wensen dat er matige (0,16) en grote sancties (0,11) volgen voor de arts indien deze defensief communiceert. Echter zijn ook deze resultaten niet significant.

**Tabel 11: Regressie resultaten voor verklaringen voor gedragsintenties**

	Informatie	Financiële compensatie	Niet-financiële compensatie
Defensieve communicatie	-0,104 (0,209)	-0,429* (0,232)	-0,189 (0,248)
Controlevariabelen	Ja	Ja	Ja
	Vermijden voor andere patiënten	Matige sancties	Grote sancties
Defensieve communicatie	-0,259 (0,221)	0,159 (0,229)	0,110 (0,187)
Controlevariabelen	Ja	Ja	Ja
N	254	254	254

*Nota: Robuuste standaard errors (tussen haken) zijn geclusterd op respondentniveau. Volgende controlevariabelen werden opgenomen in de regressie: leeftijd, geslacht, hoger onderwijs, persoonlijke ervaring medische incidenten, algemene gezondheid en soort incident. \*\*\*p < 0,01, \*\*p < 0,05, \*p < 0,1*

#### 4.3.2.3 Compensatie

In Tabel 12 worden de coëfficiënten samengevat die de impact van de wens van patiënten om een compensatie te ontvangen en het incident in de toekomst te vermijden op het gedrag van patiënten weergegeven. Ten eerste heeft de mate waarin patiënten een financiële compensatie wensen een positieve significante invloed op hun gedrag. Dit betekent dat respondenten die een financiële vergoeding wensen, 0,38 punten op een zevenpuntsschaal meer geneigd zijn om te klagen tegen anderen en om van arts te veranderen. Ook geeft dit weer dat respondenten die een financiële vergoeding wensen, op een zevenpuntsschaal 0,58 punten meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen. Verder heeft de mate waarin respondenten een niet-financiële compensatie van de arts wensen een positief significant effect op hun gedrag. Deze groep zal meer geneigd zijn om te klagen tegen anderen en om van arts te veranderen (0,29), en bovendien zullen ze meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen na een medisch incident (0,39). Daarnaast kan uit de laatste twee coëfficiënten afgeleid worden dat de wens om het incident voor andere patiënten te vermijden in de toekomst een positieve significante impact heeft op hun gedrag. Ze zullen enerzijds meer geneigd zijn om te klagen tegen anderen en hebben een sterkere neiging om van arts te veranderen (0,35), en anderzijds zullen ze meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen (0,37).

**Tabel 12: Regressie resultaten voor compensaties**

	Gemiddelde klagen en verandering arts	Gemiddelde verdere stappen
Financiële compensatie	0,379*** (0,051)	0,579*** (0,056)
Niet-financiële compensatie	0,289*** (0,046)	0,392*** (0,054)
Vermijden voor andere patiënten	0,348*** (0,049)	0,374*** (0,082)
Controlevariabelen	Ja	Ja
N	254	254

*Nota: Robuuste standaard errors (tussen haken) zijn geclusterd op respondentniveau. Volgende controlevariabelen werden opgenomen in de regressie: leeftijd, geslacht, defensieve communicatie, hoger onderwijs, persoonlijke ervaring medische incidenten, algemene gezondheid en soort incident. \*\*\*p < 0,01, \*\*p < 0,05, \*p < 0,1*

### 4.3.3 Invloed van karakteristieken respondenten op gedrag bij defensieve communicatie

In Tabel 13 worden de coëfficiënten van de interactietermen weergegeven die aantonen of de impact van de communicatiestijl anders is bij bepaalde karakteristieken van respondenten. Ten eerste kan uit de coëfficiënten worden afgeleid dat de interactieterm tussen geslacht en communicatie een significante positieve invloed heeft op het gedrag van respondenten. Dit betekent dat indien de arts defensief communiceert, mannen meer geneigd zijn om te klagen tegen anderen en om van arts te veranderen (0,96) en om verdere stappen te ondernemen (1,23) dan vrouwen. Vervolgens zijn respondenten met een hogere leeftijd die defensieve communicatie hebben gezien significant meer geneigd zijn om te klagen tegen familie en vrienden, een verpleegkundige, een andere arts en om van arts veranderen (0,02). Ook zijn oudere mensen meer geneigd om verdere stappen te ondernemen indien de arts defensief communiceert, maar dit effect (0,02) is niet significant. Verder heeft het feit dat respondenten die defensieve communicatie gezien hebben en reeds ervaring hebben met medische incidenten een impact hun gedrag. De negatieve coëfficiënt toont aan dat respondenten die ervaring hebben met medische incidenten en defensieve communicatie gezien hebben, significant minder geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen (-0,93). Ook tonen de resultaten aan dat indien de arts defensief communiceert, respondenten die ervaring hebben met medische incidenten in mindere mate zouden klagen tegen familie en vrienden, een verpleegkundige en een andere arts en van arts zouden veranderen dan respondenten die geen ervaring hebben met medische incidenten (-0,45). Echter is dit laatste resultaat niet significant.

**Tabel 13: Regressie resultaten voor interactietermen**

	<b>Gemiddelde klagen en verandering arts</b>	<b>Gemiddelde verdere stappen</b>
Man & Defensieve communicatie	0,955*** (0,313)	1,225*** (0,408)
Leeftijd & Defensieve communicatie	0,021** (0,010)	0,017 (0,012)
Ervaring medisch incident & Defensieve communicatie	-0,452 (0,405)	-0,930** (0,437)
Controlevariabelen	Ja	Ja
N	254	254

*Nota: Robuuste standaard errors (tussen haken) zijn geclusterd op respondentniveau. Volgende controlevariabelen werden opgenomen in de regressie: defensieve communicatie, leeftijd, geslacht, hoger onderwijs, persoonlijke ervaring medische incidenten en algemene gezondheid. \*\*\* $p < 0,01$ , \*\* $p < 0,05$ , \* $p < 0,1$*

## 5. Discussie

### 5.1 Gedachten en gevoelens

De resultaten tonen aan dat defensieve communicatie een sterk negatief effect heeft op de beoordeling van de respondent omtrent de manier waarop de arts het medisch incident aanpakt. Deze conclusie ligt in lijn met de resultaten van de studie van O'Connor et al. (2010), die stelt dat goede communicatie leidt tot een betere patiëntervaring. Ook geven respondenten een lagere beoordeling aan de communicatieskills van de arts indien deze defensief communiceert. Verder tonen de resultaten aan dat door defensieve communicatie het vertrouwen in de arts afneemt. Dit resultaat is gelijkaardig aan de studie van Mazor, Simon, Yood, et al. (2004). Daarnaast heeft defensieve communicatie een negatieve impact op de beoordeling van de kwaliteit van de arts. Dat ligt eveneens in lijn met de bevindingen van Gallagher, Garbutt, et al. (2006) die aantonen dat open communicatie een positieve invloed heeft op de beoordeling van de kwaliteit van de arts. Uit deze resultaten kan afgeleid worden dat defensieve communicatie doorgaans een significant en negatief effect heeft op de gedachten en gevoelens van respondenten. Dat komt overeen met de hypothesen en ligt eveneens in lijn met de bevindingen van Mazor et al. (2006) die stellen dat open communicatie zorgt voor een positief effect bij patiënten.

Een opvallend, maar niet-significant resultaat uit de regressieanalyse is dat de arts volgens respondenten meer begrijpbare woorden gebruikt bij defensieve communicatie dan bij open communicatie, wat tegenovergesteld is aan de verwachtingen omdat defensieve communicatie niet geapprecieerd wordt door patiënten (Studdert et al., 2005). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de arts bij defensieve communicatie minder uitleg geeft en dus het incident uitlegt met minder moeilijke woorden. Hierdoor percipiëren respondenten mogelijks de uitleg van een arts die defensief communiceert als meer begrijpbaar dan de uitleg van een arts die open communiceert.

### 5.2 Reacties en gedragingen

De resultaten omtrent de reacties en gedragingen van patiënten na een medisch incident wijzen op enkele verschillen tussen open en defensieve communicatie. Echter zijn deze verschillen niet altijd significant, maar enkele coëfficiënten zijn wel in de richting zoals verwacht wordt. Uit deze data kan wel afgeleid worden dat respondenten mogelijks meer geneigd zijn om te klagen tegen een verpleegkundige en een andere arts indien de arts defensief communiceert. Uit de beschrijvende statistieken van deze gedragingen blijkt dat respondenten het meest geneigd zijn om te klagen tegen familie en vrienden, en het minst geneigd zijn om te klagen tegen een andere arts. Verder tonen de resultaten aan dat de waarschijnlijkheid om van arts te veranderen groter is bij defensieve communicatie, maar ook dit verschil is niet significant. Dat laatste ligt in lijn met de studie van Mazor et al. (2006) die stellen dat de kans om van arts te veranderen vergroot wanneer de arts defensief communiceert over een medisch incident. Ook komen deze bevindingen overeen met de verwachtingen en de hypothese dat defensieve communicatie ervoor zorgt dat respondenten een sterkere neiging hebben om verdere stappen te ondernemen. Echter zijn er ook een aantal resultaten omtrent de reacties en gedragingen van respondenten die deze hypothese verwerpen. Zo blijkt uit de resultaten dat respondenten significant minder geneigd zijn om het incident te melden bij het

ziekenfonds indien de arts defensief communiceert. Verder zijn er nog een aantal niet-significante verschillen tussen open en defensieve communicatie waarvan de coëfficiënten ook niet in de richting zijn zoals verwacht. In tegenstelling tot wat Mazor et al. (2004; 2006) beweren, toont de richting van deze niet-significante resultaten aan dat defensieve communicatie ervoor zorgt dat respondenten minder geneigd zijn om advies te vragen aan een jurist. Ook wijzen de coëfficiënten erop dat respondenten minder geneigd zijn om een rechtszaak te initiëren indien de arts defensief communiceert. Echter komt dit niet overeen met hetgeen verschillende auteurs beweren. Zo tonen Ock et al. (2016) en Levinson et al. (1997) aan dat defensieve communicatie zorgt voor een grotere kans om een rechtszaak aan te spannen. Ook gaan deze bevindingen in tegen de verwachtingen en de hypothese dat defensieve communicatie ervoor zorgt dat respondenten een sterkere neiging hebben om verdere stappen te ondernemen, zoals ook de studies van Mazor et al. (2004; 2006) aantonen. Een mogelijke verklaring voor deze tegengestelde resultaten kan zijn dat respondenten denken dat ze zelf de oorzaak zijn van het incident omdat de arts bij defensieve communicatie dit al dan niet onrechtstreeks beweert. Ook zou het kunnen dat patiënten een sterker besef hebben dat ze verdere stappen kunnen ondernemen en meer op de hoogte zijn van welke acties ze kunnen ondernemen indien de arts open communiceert over het incident. Daarnaast blijkt uit de beschrijvende statistieken van deze laatste vier gedragsintenties die de hypothese verwerpen dat respondenten het minst geneigd zijn om een rechtszaak te initiëren en het meest geneigd zijn om het incident te melden bij het ziekenfonds. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de drempel om het incident te melden bij het ziekenfonds lager is dan meteen een rechtszaak te initiëren. Verder onderzoek is nodig om concreter te kunnen bepalen waarom respondenten bij open communicatie meer geneigd zijn om het incident te melden bij het ziekenfonds, de ombudsdienst van het ziekenhuis te contacteren, advies te vragen aan een jurist en een rechtszaak te initiëren.

Uit de beschrijvende statistieken omtrent de verklaringen voor de reacties en gedragingen van patiënten om verdere stappen te ondernemen na een medisch incident blijkt dat respondenten verdere acties zouden ondernemen omwille van hun sterk verlangen om meer informatie te krijgen over het medisch incident. Dit resultaat ligt in lijn met de bevindingen van Gallagher, Garbutt, et al. (2006) die stellen dat patiënten een voorkeur hebben voor zoveel mogelijk informatie van de arts over het medisch incident. Verder tonen de resultaten aan dat respondenten bij defensieve communicatie in mindere mate een financiële compensatie van de arts wensen dan bij open communicatie. Dit resultaat verwerpt de hypothese die stelt dat defensieve communicatie ervoor zorgt dat respondenten meer en andere redenen hebben om verdere stappen te nemen. Ook Helmchen et al. (2010) toont aan dat respondenten mogelijks geen redenen hebben om verdere stappen te ondernemen omdat ze open communicatie van de arts waarderen. Een mogelijke verklaring voor het tegengesteld resultaat van deze studie is dat de uitgebreide uitleg van de arts bij open communicatie ervoor zorgt dat respondenten meer op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot een compensatie en deze dan ook zullen eisen, terwijl respondenten hiervan niet op de hoogte zijn indien de arts defensief communiceert. Deze verklaring komt overeen met de verklaring hierboven omtrent de reden waarom artsen meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen bij open communicatie omdat ze hiervan op de hoogte zijn.

Daarnaast tonen de beschrijvende statistieken aan dat respondenten zowel bij open als bij defensieve communicatie sterke intenties hebben om verdere stappen te ondernemen omdat ze het incident in de toekomst willen vermijden voor andere patiënten. Dit resultaat ligt in lijn met de bevindingen van Levinson (2009) die stellen dat patiënten het appreciëren wanneer de arts aantoont dat ze leren uit het incident en op die manier andere incidenten in de toekomst kunnen vermijden. Vervolgens blijkt uit de beschrijvende statistieken dat respondenten zowel bij open communicatie als bij defensieve communicatie eerder niet wensen dat er grote sancties volgen voor de arts zoals de gevolgen van een rechtszaak. Dit kan te maken hebben met de hoge kosten die een rechtszaak met zich meebrengt voor zowel de arts als voor de patiënt (Chen et al., 2018; Kraman & Hamm, 1999). Verder blijkt uit de richting van de coëfficiënten dat respondenten mogelijks in sterkere mate matige en grote sancties voor de arts die defensief communiceert wensen dan voor de arts die open communiceert. Deze regressieresultaten zijn niet significant, maar liggen wel in lijn met de verwachtingen en het bevestigt de hypothese dat defensieve communicatie ervoor zorgt dat respondenten meer redenen hebben om verdere stappen te ondernemen.

Verder tonen de resultaten aan dat de wens om een compensatie te ontvangen van de arts en het incident in de toekomst te vermijden voor andere patiënten een significante impact heeft op het werkelijk gedrag van respondenten en op de verdere stappen die ze zouden ondernemen na het medisch incident. Ten eerste blijkt uit de regressie dat respondenten die een financiële compensatie van de arts wensen sterker geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen. Dit resultaat ligt in lijn met de verwachtingen en Schwappach & Koeck (2004) en Mazor, Simon, Yood, et al. (2004) stellen bovendien dat de oorzaak van het nemen van juridische stappen de wens van patiënten is om een financiële compensatie te verkrijgen. Ten tweede toont de studie aan dat respondenten die een niet-financiële compensatie van de arts wensen, zoals een gratis behandeling of het oplossen van het incident, meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen na het medisch incident. Dit resultaat wordt niet in de literatuurstudie aangehaald, maar ligt wel in lijn met de algemene verwachtingen. Verder zijn respondenten die het incident willen vermijden voor andere patiënten in de toekomst meer geneigd om verdere stappen te ondernemen. Bovendien komen deze drie aspecten overeen met de hypothese die stelt dat respondenten die een financiële of niet-financiële compensatie wensen of het incident willen vermijden voor andere patiënten, meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen.

### **5.3 Invloed van karakteristieken respondenten op gedrag bij defensieve communicatie**

Uit de resultaten van de regressie met interactietermen blijkt dat mannelijke respondenten significant meer geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen indien de arts defensief communiceert dan vrouwelijke patiënten. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat vrouwen zich vaker inleven in de rol van iemand anders (Jordan, Kaplan, Stiver, Surrey, & Miller, 1991). Het is bijvoorbeeld mogelijk dat vrouwen zich zouden inbeelden dat zij de arts zijn en hierdoor minder geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen tegen de arts, ook al communiceert deze defensief. Daarnaast tonen de resultaten aan dat oudere patiënten significant meer geneigd zijn om te klagen tegen anderen en van arts te veranderen indien de arts defensief communiceert. Dit ligt in lijn met de verwachtingen, want oudere mensen zijn over het algemeen iets meer geneigd om te klagen en

bovendien hebben deze mensen vaak een groter budget om verdere stappen te ondernemen dan jonge mensen. Ook zijn oudere mensen mogelijk gevoeliger voor defensieve communicatie, waardoor een verschil in reactie mogelijk is. Tot slot wijzen de data erop dat patiënten die ervaring hebben met medische incidenten significant minder geneigd zijn om verdere stappen te ondernemen wanneer de arts defensief communiceert. Dit resultaat komt niet overeen met de hypothese, maar het zou kunnen dat deze patiënten in een vorige ervaring geleerd hebben hoe ze best kunnen omgaan met een medisch incident of defensieve communicatie. Hierdoor zullen ze mogelijk andere zaken dan in dit onderzoek bevroegd werden, zoals het in dialoog gaan met de betrokken arts, ondernemen indien de arts defensief communiceert.

## 6. Conclusie

Door middel van de bekomen resultaten en de daaropvolgende discussie, kan een antwoord geformuleerd worden op de deelvragen en kan er ook een conclusie gevormd worden over de hoofdvraag. Allereerst werd aangetoond dat defensieve communicatie een negatief effect heeft op de gedachten en gevoelens van patiënten. Zo hebben patiënten bij defensieve communicatie van de arts minder vertrouwen in de arts en beoordelen ze de aanpak, communicatieskills en kwaliteit van de arts minder goed dan wanneer de arts open communiceert over een medisch incident.

Voor de deelvraag over de impact van defensieve communicatie van de arts op de gedragingen en reacties van patiënten bij medische incidenten kunnen twee conclusies geformuleerd worden. Enerzijds zijn er geen significante verschillen tussen open en defensieve communicatie in de mate waarin patiënten geneigd zijn om te klagen tegen familie en vrienden, tegen een verpleegkundige en tegen een andere arts en om van arts te veranderen. Anderzijds zorgt defensieve communicatie ervoor dat patiënten minder geneigd zijn om het incident te melden bij het ziekenfonds. De verschillen tussen open en defensieve communicatie in neiging van patiënten om de ombudsdienst van het ziekenhuis te contacteren, advies te vragen aan een jurist en een rechtszaak te initiëren zijn niet significant. De belangrijkste verklaringen voor deze gedragsintenties zijn het sterk verlangen van patiënten om meer informatie te krijgen over het medisch incident en om zulke incidenten in de toekomst te vermijden voor andere patiënten. Verder zijn patiënten die een financiële of niet-financiële compensatie van de arts wensen of het incident in de toekomst willen vermijden voor andere patiënten sterker geneigd om verdere stappen te ondernemen. Tot slot zijn mannelijke patiënten meer geneigd om verdere stappen te ondernemen en patiënten die ervaring hebben met medische incidenten zijn minder geneigd om verdere stappen te ondernemen na een medisch incident bij defensieve communicatie van de arts.

Aan de hand van bovenstaande deelvragen kan er een antwoord geformuleerd worden op de hoofdvraag van dit onderzoek. Echter kan geconcludeerd worden dat er geen eenduidig antwoord op geformuleerd kan worden. Enerzijds zorgt defensieve communicatie voor een negatief effect op de gedachten en gevoelens van patiënten na een medisch incident. Anderzijds zorgt defensieve communicatie er niet altijd voor dat patiënten een sterkere neiging hebben om verdere stappen te ondernemen, maar is dit afhankelijk van de situatie en om welke gedraging het precies gaat.

### 6.1 Beperkingen van het onderzoek

Aangezien enkel familie, vrienden en kennissen deelnamen aan de studie, is de externe validiteit mogelijks niet volledig gewaarborgd. Bovendien was de deelname aan de enquête online en vrijwillig. Hierdoor kunnen de gegevens bevooroordeeld zijn omdat enkel geselecteerde mensen die toegang tot internet hebben, deelnamen aan de studie. Ook waren alle deelnemers afkomstig uit Limburg, wat er mogelijks voor zorgt dat de steekproef niet representatief is voor de populatie. Verder is het onzeker of de respondenten in werkelijkheid dezelfde acties zouden ondernemen dan ze aangeven in de enquête omdat er vragen gesteld werden over een hypothetische situatie. Hun voorspellingen kunnen namelijk niet overeenkomen met hun werkelijk gedrag omdat ze bijvoorbeeld de effectieve kosten van een rechtszaak niet kennen. Daarnaast is het mogelijk dat respondenten antwoorden geven die niet overeenkomen met hun gedragsintenties omdat ze willen voldoen aan bepaalde



sociale normen. Ook zou het kunnen dat respondenten bepaalde vragen verkeerd lezen of anders interpreteren dan vooropgesteld waardoor hun antwoord niet klopt. Tot slot werd er in dit onderzoek niet gevraagd waarom een respondent een bepaald antwoord had aangeduid. Hierdoor was het moeilijker om de achterliggende redenen van bepaalde resultaten te verklaren en zijn deze verklaringen onzeker.

## **6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek**

Verder onderzoek is nodig om de resultaten van deze studie te bevestigen en verklaringen te zoeken voor de resultaten. Hiervoor is het mogelijk om het onderzoek uit te voeren bij een grotere steekproef waardoor de resultaten meer representatief zullen zijn en de externe validiteit volledig gewaarborgd kan worden. Om de resultaten in mindere mate te beïnvloeden door de hypothetische situatie zouden in een vervolgonderzoek enkel respondenten bevroegd kunnen worden die reeds een persoonlijke ervaring hebben met medische incidenten. Op die manier zullen de resultaten nauwer aansluiten met hun werkelijk gedrag, maar hierbij is het belangrijk om op te merken dat respondenten dan ook net vertekende antwoorden kunnen geven. Naast het uitsturen van een enquête, kan dit onderzoek aangevuld worden met vervolginterviews. De respondenten zouden bijvoorbeeld in de enquête kunnen aangeven of ze bereid zijn om een vervolginterview te doen. Hierin kan dan gepeild worden naar de redenen waarom respondenten bepaalde gedragingen zouden stellen. Op die manier is het eenvoudiger om verklaringen te zoeken voor eventuele tegenstrijdige resultaten.

## 7. Bibliografie

- Allan, A., & Munro, B. (2008). Open disclosure: a review of the literature. *Joondalup, Western Australia: Edith Cowan University*, 307-309.
- Barach, P., & Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *Bmj*, *320*(7237), 759-763.
- Bielen, S. (2021). Lecture Notes Methods in Impact Assessment In.
- Blendon, R. J., DesRoches, C. M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E., . . . Steffenson, A. E. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, *347*(24), 1933-1940.
- Burroughs, T. E., Waterman, A. D., Gallagher, T. H., Waterman, B., Jeffe, D. B., Dunagan, W. C., . . . Fraser, V. J. (2007). Patients' concerns about medical errors during hospitalization. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *33*(1), 5-14.
- Chan, D. K., Gallagher, T. H., Reznick, R., & Levinson, W. (2005). How surgeons disclose medical errors to patients: a study using standardized patients. *Surgery*, *138*(5), 851-858.
- 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.
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (2000). *To err is human: building a safer health system*.
- Duclos, C. W., Eichler, M., Taylor, L., Quintela, J., Main, D. S., Pace, W., & Staton, E. W. (2005). Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, *17*(6), 479-486.
- Fadhilah, M., Oda, Y., Emura, S., Yoshioka, T., Koizumi, S., Onishi, H., & Sakemi, T. (2011). Patient satisfaction questionnaire for medical students' performance in a hospital outpatient clinic: a cross-sectional study. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, *225*(4), 249-254.
- Fein, S., Hilborne, L., Kagawa-Singer, M., Spiritus, E., Keenan, C., Seymann, G., . . . Wenger, N. (2005). A conceptual model for disclosure of medical errors.
- Force, Q. I. C. T. (2000). Doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact. *Washington, DC: US Department of Health and Human Services*, 8.
- Gaal, S., Verstappen, W., Wolters, R., Lankveld, H., van Weel, C., & Wensing, M. (2011). Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study. *Implementation Science*, *6*(1), 1-7.
- Gallagher, T. H., Garbutt, J. M., Waterman, A. D., Flum, D. R., Larson, E. B., Waterman, B. M., . . . Levinson, W. (2006). Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, *166*(15), 1585-1593.
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Ebers, A. G., Fraser, V. J., & Levinson, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Jama*, *289*(8), 1001-1007.
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., Garbutt, J. M., Kapp, J. M., Chan, D. K., Dunagan, W. C., . . . Levinson, W. (2006). US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, *166*(15), 1605-1611.
- Garbutt, J., Brownstein, D. R., Klein, E. J., Waterman, A., Krauss, M. J., Marcuse, E. K., . . . Gallagher, T. H. (2007). Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *161*(2), 179-185.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, *9*(1), 139-145.
- Helmchen, L. A., Richards, M. R., & McDonald, T. B. (2010). How does routine disclosure of medical error affect patients' propensity to sue and their assessment of provider quality? Evidence from survey data. *Medical care*, 955-961.
- Hingorani, M., Wong, T., & Vafidis, G. (1999). Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *Bmj*, *318*(7184), 640-641.
- Honinckx, M. (2021). *Fonds voor de Medische Ongevallen - Structurele bijsturing en wegwerken achterstand* Retrieved from <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/actieplan-fmo-2021.aspx>
- 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.
- Jordan, J. V., Kaplan, A. G., Stiver, I. P., Surrey, J. L., & Miller, J. B. (1991). *Women's growth in connection: Writings from the Stone Center*: Guilford press.
- Kachalia, A., Sands, K., Niel, M. V., Dodson, S., Roche, S., Novack, V., . . . Woodward, A. C. (2018). Effects of a communication-and-resolution program on hospitals' malpractice claims and costs. *Health Affairs*, *37*(11), 1836-1844.

- Kachalia, A., Shojania, K. G., Hofer, T. P., Piotrowski, M., & Saint, S. (2003). Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? The jury is still out. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(10), 503-511.
- Kaldjian, L. C., Forman-Hoffman, V. L., Jones, E. W., Wu, B. J., Levi, B. H., & Rosenthal, G. E. (2008). Do faculty and resident physicians discuss their medical errors? *Journal of medical ethics*, 34(10), 717-722.
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Rosenthal, G. E., Tripp-Reimer, T., & Hillis, S. L. (2006). An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. *Journal of general internal medicine*, 21(9), 942-948.
- Kraman, S. S., & Hamm, G. (1999). Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Annals of internal medicine*, 131(12), 963-967.
- Lamb, R. (2004). Open disclosure: the only approach to medical error. In (Vol. 13, pp. 3-5): BMJ Publishing Group Ltd.
- Lamb, R. M., Studdert, D. M., Bohmer, R. M., Berwick, D. M., & Brennan, T. A. (2003). Hospital disclosure practices: results of a national survey. *Health Affairs*, 22(2), 73-83.
- Lang, S., Garrido, M. V., & Heintze, C. (2016). Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC family practice*, 17(1), 1-9.
- Levinson, W. (2009). Disclosing medical errors to patients: a challenge for health care professionals and institutions. *Patient education and counseling*, 76(3), 296-299.
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Jama*, 277(7), 553-559.
- Marshall, G. N., & Hays, R. D. (1994). *The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18)* (Vol. 7865): Rand Santa Monica, CA.
- Mazor, K. M., Greene, S. M., Roblin, D., Lemay, C. A., Firreno, C. L., Calvi, J., . . . Gallagher, T. H. (2013). More than words: patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care. *Patient education and counseling*, 90(3), 341-346.
- Mazor, K. M., Reed, G. W., Yood, R. A., Fischer, M. A., Baril, J., & Gurwitz, J. H. (2006). Disclosure of medical errors: what factors influence how patients respond? *Journal of general internal medicine*, 21(7), 704-710.
- Mazor, K. M., Simon, S. R., & Gurwitz, J. H. (2004). Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 164(15), 1690-1697.
- 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.
- Mello, M. M., Kachalia, A., Roche, S., Niel, M. V., Buchsbaum, L., Dodson, S., . . . Sands, K. E. (2017). Outcomes in two Massachusetts hospital systems give reason for optimism about communication-and-resolution programs. *Health Affairs*, 36(10), 1795-1803.
- Moskop, J. C., Geiderman, J. M., Hobgood, C. D., & Larkin, G. L. (2006). Emergency physicians and disclosure of medical errors. *Annals of emergency medicine*, 48(5), 523-531.
- O'Connor, E., Coates, H. M., Yardley, I. E., & Wu, A. W. (2010). Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 371-379.
- Ock, M., Kim, H. J., Jo, M.-W., & Lee, S.-i. (2016). Perceptions of the general public and physicians regarding open disclosure in Korea: a qualitative study. *BMC medical ethics*, 17(1), 1-13.
- Owens, L. K. (2002). *Introduction to survey research design*. Paper presented at the SRL fall 2002 seminar series.
- Pace, W. D., & Staton, E. W. (2011). Improving the disclosure of medical incidents. In: British Medical Journal Publishing Group.
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., . . . Avery, A. J. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 366.
- Petronio, S., Jones, S., & Morr, M. C. (2003). Family privacy dilemmas: Managing communication boundaries within family groups. *Group communication in context: Studies of bona fide groups*, 23-55.
- Petronio, S., Torke, A., Bosslet, G., Isenberg, S., Wocial, L., & Helft, P. R. (2013). Disclosing medical mistakes: a communication management plan for physicians. *The Permanente Journal*, 17(2), 73.
- Remmerswaal, J. (2015). Communicatie. In *Begeleiden van groepen* (pp. 71-83): Springer.
- RIZIV. (2020). *Fonds voor de medische ongevallen. Activiteitenverslag 2020*. Retrieved from [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/fmo\\_activiteitenverslag\\_2020.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/fmo_activiteitenverslag_2020.pdf)
- RIZIV. (2021). *Het Fonds voor de medische ongevallen*. Retrieved from <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/fonds-medische->

- ongevallen.aspxSaunders, M., Lewis, P., Thornhill, A., Booij, M. c., Beltman, S., Booy, A., & Borggreven, A. (2015). *Methoden en technieken van onderzoeken* (7 ed.). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Schwappach, D. L., & Koeck, C. M. (2004). What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(4), 317-326.
- Sheikhtaheri, A. (2014). Near misses and their importance for improving patient safety. *Iranian journal of public health*, 43(6), 853-854.
- Stanley, K. (2007). Design of randomized controlled trials. *Circulation*, 115(9), 1164-1169.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *Jama*, 293(21), 2609-2617.
- Sun, N., & Rau, P.-L. P. (2017). Barriers to improve physician–patient communication in a primary care setting: perspectives of Chinese physicians. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 5(1), 166-176.
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *Medical care*, 510-517.
- 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.
- Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Bmj*, 322(7285), 517-519.
- Vincent, C., Pincus, T., & Scurr, J. (1993). Patients' experience of surgical accidents. *BMJ Quality & Safety*, 2(2), 77-82.
- Voinea, V., & Bernauw, K. (2010). *Medische aansprakelijkheid en verzekeringen*
- Williams, S. D., Phipps, D. L., & Ashcroft, D. M. (2013). Understanding the attitudes of hospital pharmacists to reporting medication incidents: a qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(1), 80-89.
- Witman, A. B., Park, D. M., & Hardin, S. B. (1996). How do patients want physicians to handle mistakes?: A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Archives of Internal Medicine*, 156(22), 2565-2569.
- Wu, A. W., Huang, I.-C., Stokes, S., & Pronovost, P. J. (2009). Disclosing medical errors to patients: it's not what you say, it's what they hear. *Journal of general internal medicine*, 24(9), 1012.



## 8. Bijlagen

### 8.1 Vignetten

#### 8.1.1 Open communicatie: epidurale verdoving

##### Beschrijving voor video:

Stel u voor dat u de patiënt bent in het volgende scenario:

Na langdurige pijn aan uw rechterknie besluit u uw huisarts te bezoeken voor advies. De huisarts vermoedt problemen aan de meniscus en verwijst u door naar een chirurg. Een NMR-scan toont aan dat u een scheurtje heeft in uw meniscus en schrijft kine voor. Na 9 sessies bij de kinesist voelt u nog steeds dezelfde stekende pijn in uw knie en besluit u opnieuw de chirurg te contacteren. Deze raadt u aan een kijkoperatie te ondergaan om het scheurtje te behandelen en zo terugkerende klachten te vermijden.

Een paar weken later bij de kijkoperatie wordt er door de anesthesist een epidurale verdoving geplaatst om de ingreep te ondergaan. Deze ingreep wordt uitgevoerd in het dagziekenhuis waardoor u het ziekenhuis 's avonds opnieuw mag verlaten. Een aantal uren na de operatie voelt u echter hevige hoofdpijn die verergert als u zit of rechtop staat en spreekt u een verpleegkundige aan. De anesthesist bezoekt u aan uw ziekenhuisbed.

##### Conversatie in video:

- (Arts komt binnen)
- Arts: Goedemiddag, ik zou u graag even willen spreken over de ingreep die u heeft ondergaan.

Het scheurtje in uw meniscus is succesvol gehecht dus de pijn aan uw knie zal vermoedelijk opgelost zijn. Tijdens het plaatsen van de epidurale verdoving is de naald echter te diep doorgeslagen en daardoor heeft u nu hoofdpijn.

(even tijd laten)

Ik wil u hierover graag wat uitleg geven als dat voor u goed is. Doordat er te diep is geprikt, is er een gaatje ontstaan in het vlies rond het ruggenmerg. Hierdoor lekt er wat vocht in de holte tussen het vlies en de ruggenwervels. Dit zorgt voor een drukverandering op die plaats en dat geeft hevige hoofdpijn. Factoren die mogelijk kunnen bijdragen tot dergelijk voorval zijn een rugafwijking zoals artrose, of beweging waardoor het aanprikken moeilijker is. Hoe dit echter bij u is kunnen gebeuren, weten we niet met zekerheid. Het is bijzonder jammer dat dit gebeurd is en we begrijpen dat dit u meer last bezorgt dan verwacht werd, waarvoor onze excuses. We zullen er alles aan doen om dit probleem zo snel mogelijk op te lossen en we onderzoeken hoe we dit in de toekomst kunnen vermijden. We hebben de verzekering reeds op de hoogte gebracht van dit voorval. Uiteraard mogen jullie mij steeds contacteren indien jullie nog vragen hebben.

- Partner van patiënt: Euhm, oké, en wat gaat er nu gebeuren dokter?
- Arts: Om de hoofdpijn te verlichten raad ik u aan om plat in bed te blijven liggen. Verder vermijdt u best concentratie-vergende activiteiten en lichtprikkels, en drinkt u dranken met cafeïne zoals cola of koffie tegen de pijn, in afwachting dat het lekje spontaan dichtgaat.

Wellicht zal u nog een dag in het ziekenhuis moeten blijven ter observatie. U zal mogelijk nog enkele dagen rugpijn hebben maar permanente schade is zeer zeldzaam.

- Partner van patiënt: oké.
- Arts: Prima, dag.
- Partner van patiënt: Dag.
- (Arts gaat weg)

### **8.1.2 Open communicatie: achtergelaten kompres**

#### **Beschrijving voor video:**

Stel u voor dat u patiënt bent in het volgende scenario:

Na een verkeersongeluk wordt u met spoed overgebracht naar het ziekenhuis. Aangezien u klaagt over buikpijn, besluit de spoedarts om een echografie te maken van uw buikholte om bloedingen uit te sluiten. Op de echografie wordt ontdekt dat er vrij bloed in de buikholte aanwezig is. De spoedarts besluit een CT-scan te laten maken om letsels aan de inwendige buikorganen te onderzoeken. Deze beeldvorming toont aan dat uw milt gescheurd is. Aangezien u behoorlijk wat bloed verliest, besluit de chirurg om uw milt tijdens een operatie te verwijderen. Na een succesvolle ingreep en een verblijf van 3 dagen, mag u het ziekenhuis verlaten.

Enkele weken na de ingreep voelt u echter zeurende buikpijn, heeft u koorts en een verminderde eetlust. U gaat daarom opnieuw naar spoed. De spoedarts laat röntgenfoto's nemen om de oorzaak van de buikpijn te onderzoeken en informeert de chirurg die u behandeld heeft na uw ongeval. De chirurg bezoekt u aan uw ziekenhuisbed.

#### **Conversatie in video:**

- (Arts komt binnen)
- Arts: Goedemiddag, ik zou u graag even willen spreken over de ingreep die u onlangs heeft ondergaan.

U blijkt meer pijn te ervaren na uw vorige ingreep dan gewoonlijk. Na het bekijken van de röntgenfoto's en een gesprek met de radioloog, hebben we wellicht een verklaring gevonden voor uw buikklasten. We hebben namelijk ontdekt dat er een kompres is achtergebleven tijdens uw vorige ingreep.

(even tijd laten)

Ik wil u hierover graag wat uitleg geven als dat voor u goed is. Doordat het kompres is achtergebleven, zijn er verklevingen en ontstekingen ontstaan in uw buikholte. Dit zorgt voor de buikpijn. De chirurg telt normaal gezien telkens de kompressen die op zijn tafel liggen voor en na de ingreep maar blijkbaar is er in uw geval toch iets misgelopen in deze telling. Factoren die mogelijk kunnen bijdragen tot dergelijk voorval is een sterke bloeding van de milt waardoor veel kompressen worden gebruikt en deze samenklitten door de bloeding of de snelheid waarmee gehandeld moet worden om uw vitale functies op peil te houden, waardoor de aandacht afgeleid wordt van het tellen van de kompressen. Hoe dit echter bij u is kunnen gebeuren, weten we niet met zekerheid. Het is bijzonder jammer dat dit gebeurd is en we begrijpen dat dit u meer last bezorgt dan verwacht werd, waarvoor onze excuses. We zullen er alles aan doen om dit probleem zo snel mogelijk op te lossen en

we onderzoeken hoe we dit in de toekomst kunnen vermijden. We hebben de verzekering reeds op de hoogte gebracht van dit voorval. Uiteraard mogen jullie mij steeds contacteren indien jullie nog vragen hebben.

- Partner van patiënt: Euhm, oké, en wat gaat er nu gebeuren dokter?
- Arts: We zullen het achtergebleven kompres moeten verwijderen. In eerste instantie zullen we dit proberen met een kijkoperatie. Deze ingreep staat morgen ingepland. U zal onder narcose worden gebracht en er zullen een drietal kleine gaatjes gemaakt worden in de buikholte waardoor met behulp van een camera en een tv-schermbild zal gepoogd worden het kompres te verwijderen. Indien we op deze manier het kompres niet kunnen verwijderen, zullen we de buik terug moeten openmaken. Na de ingreep zal u nog een drietal dagen in het ziekenhuis moeten blijven en een specifiek dieet moeten volgen om optimaal te kunnen herstellen. Omdat we er snel bij zijn, is permanente schade niet te verwachten.
- Partner van patiënt: oké.
- Arts: Prima, dag.
- Partner van patiënt: Dag.
- (Arts gaat weg)

### **8.1.3 Defensieve communicatie: epidurale verdoving**

#### **Beschrijving voor video:**

Stel u voor dat u de patiënt bent in het volgende scenario:

Na langdurige pijn aan uw rechterknie besluit u uw huisarts te bezoeken voor advies. De huisarts vermoedt problemen aan de meniscus en verwijst u door naar een chirurg. Een NMR-scan toont aan dat u een scheurtje heeft in uw meniscus en schrijft kine voor. Na 9 sessies bij de kinesist voelt u nog steeds dezelfde stekende pijn in uw knie en besluit u opnieuw de chirurg te contacteren. Deze raadt u aan een kijkoperatie te ondergaan om het scheurtje te behandelen en zo terugkerende klachten te vermijden.

Een paar weken later bij de kijkoperatie wordt er door de anesthesist een epidurale verdoving geplaatst om de ingreep te ondergaan. Deze ingreep wordt uitgevoerd in het dagziekenhuis waardoor u het ziekenhuis 's avonds opnieuw mag verlaten. Een aantal uren na de operatie voelt u echter hevige hoofdpijn die verergert als u zit of rechtop staat en spreekt u een verpleegkundige aan. De anesthesist bezoekt u aan uw ziekenhuisbed.

#### **Conversatie in video:**

- (Arts komt binnen)
- Arts: Goedemiddag, ik zou u graag even willen spreken over de ingreep die u heeft ondergaan.

Het scheurtje in uw meniscus is succesvol gehecht dus de pijn aan uw knie zal vermoedelijk opgelost zijn. Tijdens het plaatsen van de epidurale verdoving is de naald echter te diep doorgeslagen en daardoor heeft u nu hoofdpijn.

(even tijd laten)

Bij u was het bijzonder moeilijk om de verdoving te plaatsen en daardoor is er iets te diep geprikt. Dit zorgt voor de hoofdpijn. Wat het aanprikken bij u bemoeilijkte, was het feit dat



u bewoog op het moment dat de naald ingebracht werd. Wellicht was u wat zenuwachtig waardoor het moeilijk was om stil te blijven zitten. Bij het plaatsen van een epidurale verdoving, en als de patiënt beweegt zoals bij u, kan het gebeuren dat de naald doorschuift. Uiteraard wordt er altijd alles aan gedaan om dit te vermijden maar bij u was dat niet mogelijk. Daardoor heeft u nu meer last dan verwacht werd maar dat is een gekend risico van anesthesie. We gaan dit snel oplossen dus u hoeft er niet van wakker te liggen.

- Partner van patiënt: Euhm, oké, en wat gaat er nu gebeuren dokter?
- Arts: Om de hoofdpijn te verlichten raad ik u aan om plat in bed te blijven liggen. Verder vermijdt u best concentratie-vergende activiteiten en lichtprikkels, en drinkt u dranken met cafeïne zoals cola of koffie tegen de pijn, in afwachting dat het lekje spontaan dichtgaat. Wellicht zal u nog een dag in het ziekenhuis moeten blijven ter observatie. U zal mogelijk nog enkele dagen rugpijn hebben maar permanente schade is zeer zeldzaam.
- Partner van patiënt: oké.
- Arts: Prima, dag.
- Partner van patiënt: Dag.
- (Arts gaat weg)

#### **8.1.4 Defensieve communicatie: achtergelaten kompres**

##### **Beschrijving voor video:**

Stel u voor dat u patiënt bent in het volgende scenario:

Na een verkeersongeluk wordt u met spoed overgebracht naar het ziekenhuis. Aangezien u klaagt over buikpijn, besluit de spoedarts om een echografie te maken van uw buikholte om bloedingen uit te sluiten. Op de echografie wordt ontdekt dat er vrij bloed in de buikholte aanwezig is. De spoedarts besluit een CT-scan te laten maken om letsels aan de inwendige buikorganen te onderzoeken. Deze beeldvorming toont aan dat uw milt gescheurd is. Aangezien u behoorlijk wat bloed verliest, besluit de chirurg om uw milt tijdens een operatie te verwijderen. Na een succesvolle ingreep en een verblijf van 3 dagen, mag u het ziekenhuis verlaten.

Enkele weken na de ingreep voelt u echter zeurende buikpijn, heeft u koorts en een verminderde eetlust. U gaat daarom opnieuw naar spoed. De spoedarts laat röntgenfoto's nemen om de oorzaak van de buikpijn te onderzoeken en informeert de chirurg die u behandeld heeft na uw ongeval. De chirurg bezoekt u aan uw ziekenhuisbed.

##### **Conversatie in video:**

- (Arts komt binnen)
- Arts: Goedemiddag, ik zou u graag even willen spreken over de ingreep die u onlangs heeft ondergaan.

U blijkt meer pijn te ervaren na uw vorige ingreep dan gewoonlijk. Na het bekijken van de röntgenfoto's en een gesprek met de radioloog, hebben we wellicht een verklaring gevonden voor uw buikklasten. We hebben namelijk ontdekt dat er een kompres is achtergebleven tijdens uw vorige ingreep.

(even tijd laten)

Bij u was het bijzonder moeilijk om de bloeding aan de milt te stelpen en daardoor is er een kompres achtergebleven. Dit zorgt voor de buikpijn. De chirurg telt normaal gezien telkens de kompressen die op zijn tafel liggen voor en na de ingreep. Wat het tellen bij u bemoeilijkte, was het feit dat uw milt helemaal doorgescheurd was waardoor er snel gehandeld moest worden om uw vitale functies op peil te houden. Als er een hevige bloeding is, en er worden continu kompressen aangeleverd om deze bloeding te stelpen zoals bij u, kan het gebeuren dat er een kompres achterblijft. Uiteraard wordt er altijd alles aan gedaan om dit te vermijden maar bij u was dat niet mogelijk. Daardoor heeft u nu meer last dan verwacht werd maar dat is een gekend risico van chirurgie. We gaan dit snel oplossen dus u hoeft er niet van wakker te liggen.

- Partner van patiënt: Euhm, oké, en wat gaat er nu gebeuren dokter?
- Arts: We zullen het achtergebleven kompres moeten verwijderen. In eerste instantie zullen we dit proberen met een kijkoperatie. Deze ingreep staat morgen ingepland. U zal onder narcose worden gebracht en er zullen een drietal kleine gaatjes gemaakt worden in de buikholte waardoor met behulp van een camera en een tv-schermbild zal gepoogd worden het kompres te verwijderen. Indien we op deze manier het kompres niet kunnen verwijderen, zullen we de buik terug moeten openmaken. Na de ingreep zal u nog een drietal dagen in het ziekenhuis moeten blijven en een specifiek dieet moeten volgen om optimaal te kunnen herstellen. Omdat we er snel bij zijn, is permanente schade niet te verwachten.
- Partner van patiënt: oké.
- Arts: Prima, dag.
- Partner van patiënt: Dag.
- (Arts gaat weg)

## 8.2 Vragenlijst

### Inleiding

Beste,

In kader van mijn masterproef voor de opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen aan de Universiteit van Hasselt voer ik onderzoek naar de gedachten en gevoelens van een patiënt in geval van een medisch incident. In deze enquête zal u twee video's te zien krijgen. Het is van belang dat u zich zo goed mogelijk inleeft in de patiënt in de vooropgestelde situaties. In de video's zal u bijgestaan worden door een vertrouwenspersoon aan uw linkerkant. Beeld u in dat deze persoon uw partner, vriend, vader, zoon ... is. Per video zal u eerst een korte beschrijving te zien krijgen over het medisch incident. Daarna zullen wij u enkele vragen stellen met betrekking tot de video.

We zijn hierbij op zoek naar uw persoonlijke mening dus er zijn geen juiste of foute antwoorden. De vragenlijst zal ongeveer x minuten van uw kostbare tijd in beslag nemen. Uw antwoorden zijn anoniem en de informatie die u geeft zal strikt vertrouwelijk worden behandeld.

Indien u verdere vragen heeft, kan u mij altijd contacteren op het volgende e-mailadres: [louise.vandervoort@student.uhasselt.be](mailto:louise.vandervoort@student.uhasselt.be)

Alvast heel erg bedankt voor uw medewerking!

Louise Vandervoort

### **1. Impact van defensieve communicatie op de gevoelens en gedachten van patiënten**

In welke mate bent u akkoord met de volgende stellingen omtrent de arts in de video?

*De respondent dient alle stellingen te beantwoorden op een Likertschaal van 1 t.e.m. 7 (volledig niet akkoord – niet akkoord – eerder niet akkoord – noch niet akkoord/noch akkoord – eerder akkoord – akkoord – volledig akkoord).*

#### **Algemeen** (Wu et al., 2009)

- De manier waarop de arts dit incident aanpakt is uitstekend.

#### **Communicatieskills arts** (Marshall & Hays, 1994)

- De arts communiceert op een eerlijke manier over het incident.
- De arts communiceert op een duidelijke manier over het incident.
- De arts is vriendelijk en beleefd.

#### **Patiënttevredenheid** (Marshall & Hays, 1994; Fadhilah et al., 2011)

- De behandeling die ik heb gekregen is zeer goed.
- De arts gebruikt woorden die ik begrijp.

#### **Vertrouwen in de arts** (Thom et al., 1999)

- Ik vertrouw de arts waardoor ik altijd zal proberen zijn/haar advies te volgen.
- Als de arts me vertelt dat iets zo is, dan geloof ik dat dat waar is.
- Ik wantrouw de mening van de arts en ik wil graag een tweede opinie. (R)
- Ik voel dat de arts niet alles doet wat hij/zij zou moeten doen voor mijn medische zorg.  
(R)

- Ik vertrouw de arts dat hij/zij me op de hoogte brengt indien er een fout zou gebeurd zijn bij mijn behandeling.

**Emotionele reactie/respons** (Mazor, Simon, Yood, et al., 2004)

Na het bekijken van de video, voel ik me...

- ... kalm.
- ... gerustgesteld.
- ... opgelucht.
- ... gerespecteerd.
- ... tevreden.

**Ernst incident**

- Het incident is ernstig.

**Beoordeling van de kwaliteit van de arts**

De arts... (Wu et al., 2009)

- ... is professioneel.
- ... is medisch bekwaam.
- ... vertoont defensief gedrag. (R)
- ... moet de schuld krijgen voor het incident. (R)

**2. Impact van defensieve communicatie op het gedrag en de reacties van patiënten**

**Neiging om verdere stappen te ondernemen** (Schwappach & Koeck, 2004)

Hoe waarschijnlijk is het dat u de volgende stappen zou ondernemen indien u de patiënt was in de video?

*De respondent dient deze stellingen te beantwoorden op een Likertschaal van 1 t.e.m. 7 (heel onwaarschijnlijk – onwaarschijnlijk – eerder onwaarschijnlijk – noch niet akkoord/noch akkoord – eerder waarschijnlijk – waarschijnlijk – heel waarschijnlijk).*

- Klagen tegen familie en vrienden
- Klagen tegen een verpleegkundige
- Klagen tegen een andere arts
- Van arts veranderen
- Het incident melden bij het ziekenfonds
- De ombudsdienst van het ziekenhuis contacteren
- Advies vragen aan een jurist
- Een rechtszaak initiëren

**Waarom verdere stappen ondernemen**

Ik zou verdere stappen ondernemen omdat ik... (Mazor, Simon, Yood, et al., 2004; Helmchen et al., 2010)

*De respondent dient deze stellingen te beantwoorden op een Likertschaal van 1 t.e.m. 7 (heel onwaarschijnlijk – onwaarschijnlijk – eerder onwaarschijnlijk – noch niet waarschijnlijk/noch waarschijnlijk – eerder waarschijnlijk – waarschijnlijk – heel waarschijnlijk).*

- ... meer informatie wil verkrijgen over het incident.
- ... een financiële compensatie wil ontvangen van de arts.

- ... een niet-financiële compensatie wil ontvangen van de arts (bv. gratis behandeling of het oplossen van het incident).
- ... wil dat dit incident in de toekomst vermeden wordt voor andere patiënten.
- ... wil dat er gematigde sancties volgen voor de arts (bv. verplichting tot bijscholing, waarschuwing).
- ... wil dat er grote sancties volgen voor de arts (bv. rechtszaak).

### **3. Karakteristieken**

#### **Algemene gezondheidstoestand** (Goldberg & Hillier, 1979)

*De respondent dient deze stellingen te beantwoorden op een Likertschaal van 1 t.e.m. 7 (volledig niet akkoord – niet akkoord – eerder niet akkoord – noch niet akkoord/noch akkoord – eerder akkoord – akkoord – volledig akkoord).*

- Ik heb een goede algemene gezondheid.
- Ik ben vaak ziek.
- Ik ben even gezond als andere mensen.
- Ik bezoek de huisarts meer dan 5 keer per jaar.

#### **Algemeen**

- Wat is uw leeftijd?
- Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Anders
  - Zeg ik liever niet
- Wat is uw land van herkomst?
  - België
  - Noord-Europa
  - Oost-Europa
  - Zuid-Europa
  - West-Europa (buiten België)
  - Azië
  - Afrika
  - Noord-Amerika
  - Zuid-Amerika
  - Oceanië
- Wat is uw hoogst behaalde diploma?
  - Geen diploma middelbaar onderwijs
  - Middelbaar onderwijs
  - HBO5
  - Bachelor
  - Master
  - Doctoraat

- Wat is uw werksituatie?
  - Werkende
  - Werkzoekend
  - Werkloos (en niet werkzoekend)
  - Op ziektekas/invaliditeit
  - Gepensioneerd
  - Student
  - Anders
- Voert u een medisch beroep uit of heeft u ooit een medisch beroep uitgevoerd? *(deze vraag wordt enkel weergegeven indien de optie student bij de vraag over werksituatie niet is aangeduid)*
  - Ja
  - Nee
- Voert u een juridisch beroep uit of heeft u ooit een juridisch beroep uitgevoerd? *(deze vraag wordt enkel weergegeven indien de optie student bij de vraag over werksituatie niet is aangeduid)*
  - Ja
  - Nee
- Volgt u een medische opleiding? *(deze vraag wordt enkel weergegeven indien de optie student bij de vraag over werksituatie we! is aangeduid)*
  - Ja
  - Nee
- Volgt u een juridische opleiding? *(deze vraag wordt enkel weergegeven indien de optie student bij de vraag over werksituatie we! is aangeduid)*
  - Ja
  - Nee
- Bent uzelf of als familielid of vriend ooit al geconfronteerd geweest met een medisch incident?
  - Ja
  - Nee

### **Afsluiting**

Bedankt voor uw tijd en medewerking. Indien u nog vragen hebt, aarzel dan niet om me te contacteren op het volgende e-mailadres: [louise.vandervoort@student.uhasselt.be](mailto:louise.vandervoort@student.uhasselt.be)