

# Arts en communicatie met de patiënt na fouten

M.T.J. Rutenfrans

ID-nummer: 019097

Afstudeerrichting: Gezondheidsvoorlichting

Stage-instelling: Atrium Medisch Centrum

Facultaire begeleiders: Prof. B. van den Borne; Prof. F. van Wijmen

Instellingsbegeleider: dr. ir. B. van der Hoeff

Heerlen, maart 2004 tot en met augustus 2004

Faculteit der Gezondheidswetenschappen

Universiteit Maastricht

December 2004

## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b>	3
<b>Samenvatting</b>	5
<b>Summary</b>	8
<b>1 Inleiding</b>	11
1.1 Doel van het onderzoek	11
1.2 Probleemstelling	12
1.3 Begripsafbakening	13
1.4 Opbouw van deze scriptie	15
<b>2 Historisch perspectief</b>	15
2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	16
<b>3 Relatie arts-patiënt</b>	18
3.1 Macht en gezag van de arts	18
3.2 Typologie	20
3.3 Belang van communicatie	23
<b>4 Gedragstheorieën en –modellen</b>	24
4.1 Attributietheorie	24
4.2 Coping	25
<b>5 Methode</b>	26
5.1 Open interviews	27
5.2 Gehanteerde werkwijze	27
<b>6 Resultaten</b>	29
6.1 Fouten in de organisatie of samenwerking	29
6.2 Bejegeningfouten	33
6.3 Medisch-technische fouten	36
6.4 Vermeende fouten	39
6.5 Fouten van collega's	41

6.6	Meest effectieve manier en behoefte als er een fout plaatsvindt	44
7	<b>Discussie en conclusie</b>	49
	<b>Bronvermelding</b>	57
	<b>Bijlagen</b>	
	Bijlage 1 E-mail voor het benaderen van vrouwelijke artsen	59
	Bijlage 2 Brief ter bevestiging	60
	Bijlage 3 Interviewschema	62

## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie “Arts en communicatie met de patiënt na fouten” ten behoeve van het afstuderen van de afstudeerrichting Gezondheidsvoorlichting van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Maastricht. Voor het realiseren van deze scriptie heb ik stage gelopen bij het stafbureau Zorg en Zorgontwikkeling van het Atrium Medisch Centrum te Heerlen. Deze scriptie gaat over interviews die ik met negentien medisch specialisten heb gehouden over het omgaan met fouten. De oorspronkelijke opdracht was het inventariseren en bijeenbrengen van meningen die verschillende experts/belanghebbenden hebben bij het onderwerp “Communicatie tussen arts en patiënt na verwickelingen” en het ontwikkelen van een instrument die artsen houvast moet geven bij het communiceren over fouten. Hierbij werd gedacht aan een protocol/richtlijn, waarin vermeld staat wat een arts wel en niet mag zeggen nadat hij een fout heeft gemaakt. Hiertoe zijn in het beginstadium van het onderzoek meningen geïnventariseerd van diverse belanghebbenden, zoals schadeverzekeraars, KNMG, NPCF, VKIG. Halverwege het interviewen van de medisch specialisten bleek aan zo’n specifiek protocol geen directe behoefte te zijn. Daarom is besloten om geen protocol te ontwikkelen over het omgaan met fouten. De stage is echter wel vervolgd met een opdracht “Vergelijking van de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg met de praktijk van het Atrium Medisch Centrum” voor het afstuderen van mijn tweede afstudeerrichting Beleid en Beheer, waar ik op dit moment nog aan werk bij het stafbureau Zorg en Zorgontwikkeling. Deze opdracht heeft raakvlakken met mijn eerste stage.

Tijdens deze stage heb ik veel geleerd, dat verder gaat dan alleen maar de zaken die direct gerelateerd zijn aan de stage opdracht. Al met al is het een goede, maar soms ook moeilijke leerervaring geweest.

Deze scriptie was nooit (in deze vorm) tot stand gekomen zonder medewerking van een aantal personen. Als eerste bedank ik mijn begeleiders op de Universiteit Maastricht: Prof. Bart van den Borne en Prof. Frans van Wijmen voor hun ondersteuning, variërend van praktische tips voor mijn stage en scriptie tot begeleidende adviezen over de zaken daaromheen. Daarnaast gaat mijn dank uit naar de leden van de stuurgroep Patiëntveiligheid voor het creëren van deze stagemogelijkheid, waaronder ik met name noem Bastiën van der Hoeff en Nico van Weert. Bastiën van der Hoeff voor het altijd tonen van begrip, het mij adviseren, het mij aanmoedigen en de hulp met een aantal praktisch zaken. Nico van Weert, coördinator van het stafbureau Zorg en

Zorgontwikkeling, voor het feit dat ik bij dit stafbureau een stageplaats heb gekregen. Tevens gaat mijn dank uit naar alle medisch specialisten die deelgenomen hebben aan dit onderzoek. Verder wil ik Nathalie en Maurice bedanken voor hun praktische ondersteuning die zij mij hebben gegeven. En Nathalie ook voor het aanhoren van mijn verhalen over mijn ervaringen met betrekking tot deze stage. En mijn dank gaat uit naar mijn ouders, die mij de kans hebben gegeven om te studeren en mij altijd ondersteund hebben van kleuterschool tot universiteit. Als laatste bedank ik mijn vriendin, Snežana, die mij ten alle tijden emotionele ondersteuning heeft gegeven en mij de motivatie gaf om dit resultaat te bereiken.

Miranda Rutenfrans, december 2004

## **Samenvatting**

*Doel:* Een inventarisatie en het begrijpen van hoe medisch-specialisten omgaan in hun communicatie met patiënten met fouten. Daarnaast is er tevens onderzocht wat volgens deze artsen de meest effectieve manier van het omgaan met fouten is en waaraan zij behoefte hebben wanneer er een fout plaatsvindt.

*Theoretisch kader:* Als eerste is gekeken naar de grote veranderingen die er zijn geweest voor artsen en patiënten de laatste eeuwen en de invloed van deze veranderingen op de relatie tussen arts en patiënt. Hierna is verder ingegaan op de relatie tussen arts en patiënt. Er is een typologie van de arts-patiënt relatie besproken. Deze bestaat uit vier modellen, variërend van een informatief model, waarin de arts de patiënt alle relevante informatie verschaft, en de patiënt vrij laat in zijn keuzen, tot het paternalistische model, waarin de arts weet wat goed is voor de patiënt en de situatie voor de patiënt beoordeelt. Daarnaast is het belang van communicatie tussen arts en patiënt benadrukt en is gekeken welke communicatieve taken de arts in relatie met de patiënt heeft. Als laatste onderdeel van het theoretisch kader zijn een tweetal gedragstheorieën besproken, namelijk de attributietheorie en coping. De attributietheorie gaat in op aan welke oorzaken mensen succes of falen toeschrijven. Bij de theorie over coping is een onderscheid gemaakt tussen emotiegerichte coping, die gericht is op de emotionele gevolgen van een gebeurtenis en probleemgerichte coping, waarbij het gaat om pogingen om schade te voorkomen of te beperken.

*Methode:* Er is gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode, namelijk die van de open, individuele interviews. Er is voor deze methode gekozen, omdat met deze methode een goed beeld kon worden verworven om inzicht te krijgen in het probleem, de knelpunten te achterhalen en informatie te verkrijgen. Er werd van tevoren een interviewschema opgesteld. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen vier soorten fouten: fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten, medisch-technische fouten en vermeende fouten. Nagegaan is bij ieder type fout of de arts persoonlijk wel eens te maken heeft gehad met een dergelijke fout, of hij/zij een voorbeeld kon noemen, hoe hij/zij toen gehandeld heeft, hoe de patiënt heeft gereageerd, of hij/zij steun heeft gekregen en hoe de fout kon ontstaan. Daarnaast is tevens gevraagd of de arts wel eens fouten van collega's waarneemt, hoe hij/zij daar dan mee omgaat, naar de meest effectieve manier van het omgaan met fouten en tot slot welke behoefte de arts heeft wanneer er een fout plaatsvindt. Bij de behoefte werd een opsomming gegeven: steun van collega's, een duidelijke richtlijn, training en het instellen van een vertrouwenspersoon.

In totaal hebben negentien artsen deelgenomen aan een interview, waarvan dertien mannen en zes vrouwen.

*Resultaten:* De resultaten zijn beschreven in de vorm van het interviewschema. Ten aanzien van fouten in de organisatie of samenwerking hebben artsen aangegeven de volgende acties te hebben ondernomen: het doen van een MIP-melding, intern melden en/of actie ondernemen, wel/niet vertellen aan de patiënt/familie, bespreken met betrokken collega's, patiënten zelf verantwoordelijkheid laten nemen om fouten te voorkomen. Ten aanzien van bejegeningfouten zijn de volgende handelingen genoemd: met de patiënt de irritatie bespreken, onderhandelen met de patiënt, contact opnemen met het maatschappelijk werk, het op tijd signaleren om de fout te voorkomen. Ten aanzien van medisch-technische fouten is het volgende genoemd: vertellen aan de patiënt/familie en uitleggen, niet expliciet vertellen dat het fout gedaan is, vertellen dat dit het risico van de behandeling is, melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ten aanzien van vermeende fouten heeft in veel gevallen de patiënt dit niet eerst besproken met de arts; de patiënt heeft de klacht direct bij een andere instantie geuit. De volgende handelingen zijn door artsen genoemd: gesprekken met de patiënt/familie en uitleg geven over de situatie, de huisarts bellen voor toelichting, vertellen dat de patiënt geduld moet hebben voor resultaat, brief naar de patiënt schrijven in overleg met een jurist, voorleggen aan adviseurs in ziekenhuis, adviseren om naar een andere arts te gaan. De handelingen die artsen hebben genoemd, kunnen vrijwel allemaal gezien worden als een vorm van probleemgerichte coping.

Het vertellen aan de patiënt of familie werd gedaan, omdat artsen dit eerlijk vinden en denken dat hierdoor verdere problemen worden voorkomen. In de gevallen dat de fout niet naar de patiënt gecommuniceerd werd, was de reden dat de patiënt niet bij bewustzijn was en er geen gevolgen aan over heeft gehouden. MIP-meldingen werden gedaan vanwege de ernst van het probleem en de potentiële gevolgen voor de patiënt.

De artsen zien als meest effectieve manier van het omgaan met fouten openheid en eerlijkheid, omdat het verdoezelen van fouten problemen met zich mee brengt, zoals klachten en claims. Een aantal artsen heeft wel een nuancering aangebracht: openheid en eerlijkheid tot op zekere hoogte. Oudere artsen hebben andere en minder behoefte aan zaken zoals ondersteuning en training wanneer er een fout plaatsvindt dan jongere artsen. Oudere artsen hebben vaker het instellen van een vertrouwenspersoon genoemd en jongere artsen noemden vaker training. Andere behoeften

die door beide groepen genoemd zijn, zijn de behoefte aan meer juridische duidelijkheid en een meer bemiddelde rol van de klachtenfunctionaris.

*Conclusie:* Veel artsen communiceren een fout naar de patiënt, omdat de artsen dit eerlijk vinden en van mening zijn dat patiënten het recht hebben om dit te weten. Een aantal artsen is van mening dat hierdoor verdere problemen worden voorkomen. Enkele artsen communiceren niet in alle situaties de fout naar de patiënt. Dit omdat de patiënt bijvoorbeeld niet bij bewustzijn is en er geen gevolgen aan over heeft gehouden. Een aantal artsen van meer beschouwende disciplines bestempelen niet alle fouten als echte fouten naar de patiënt toe, omdat deze artsen het van belang vinden dat de patiënt het vertrouwen in het ziekenhuis en de arts moet blijven houden.

Er zijn wel enkele kanttekeningen te maken bij het uitgevoerde onderzoek. Er waren bedreigingen voor de validiteit en betrouwbaarheid, zoals het mogelijk sociaal-wenselijk antwoorden van artsen en een mogelijke selectiebias. Bovendien vonden de geïnterviewde artsen het moeilijk om over fouten te praten. De artsen noemden vaak fouten die aan anderen toe te schrijven zijn of aan het systeem of de organisatie. Artsen waren dus meer geneigd om hun fouten toe te schrijven aan externe factoren. Dit is niet zo verwonderlijk, zeker niet aangezien artsen een hoog gewaardeerde positie bekleden.

## Summary

*Aim:* An inventory of and an understanding of how physicians handle their errors in communication with patients. An examination was made to determine what was according to these physicians the most effective way to deal with errors. Furthermore, an assessment was made of the physicians' needs when an error occurs.

*Theoretical framework:* Firstly, the large changes, which happened to physicians and patients in the last centuries, and the influences of these changes on the relation between physician and patient, were examined and described. Then the relation between physician and patient was discussed. A typology of the relation between physician and patient was given. This typology exists of four models, varying from an informative model, in which the physician provides all relevant information to the patient and the patient is free in his choices, to a paternalistic model, in which the physician knows what is well for the patient and makes the decisions. Besides, the importance of communication between physician and patient was emphasised and the physician's communicative tasks in relation with the patient were discussed. The last component of the theoretical framework exists of two behavioural theories: the theory of attribution and the theory of coping. The theory of attribution concerns the causes that men attribute to success or failure. The theory of coping distinguishes emotion focused coping, which is aimed at the emotional consequences of an event, and problem focused coping, which concerns attempts to prevent or limit damage.

*Method:* A qualitative method was used, namely open, individual interviews. This method was chosen because it gives a good picture of the problem. Further, the method retrieved the bottleneck and obtained information. An interview diagram was developed. A difference between four kinds of errors was made: errors in the organisation or cooperation, communication errors, medical technical errors, and alleged errors. For every type of error, it was examined if the physician had personally dealt with such an error, if he/she could give an example, how he/she acted when an error occurred, how the patient reacted, if he/she got support and how the error could occur. Moreover, the interviewer also asked if the physician observed errors made by colleagues, how he/she handled in such situation, what the most effective way of handling errors is, and finally what need a physician may have when an error occurs. In case of the physician's need an enumeration was given: support of colleagues, a clear guideline, training and the establishing of a confidant.

In total nineteen physicians have participated in an interview, of which thirteen men and six women.

*Results:* The results are described in the form of the developed interview diagram. With respect to errors in the organisation or cooperation, physicians undertook the following actions: reporting the error to the central Errors and Accidents committee (in Dutch “Fouten, Ongevallen en Near Accidents (FONA)” committee – or also – “MIP” committee), reporting the error locally and/or taking action, discussing the error with the patient/family, not discussing the error with the patient/family, discussing with involved colleagues, making patients themselves responsible to prevent errors. With respect to communication errors the following actions were mentioned: discussing irritations with patients, negotiating with patients, getting in contact with social service, identifying in time to prevent errors. With respect to medical technical errors the following actions were mentioned: telling it to the patient/family and explaining it, not explicitly mentioning that it went wrong, telling that this is the risk of the treatment, reporting it to the Inspection of Health Care. With respect to alleged errors, in many cases the patient did not discuss them firstly with the physician; the patient directly expressed the complaint to another agency. The following actions were mentioned by physicians: having conversations with the patient/family, explaining the situation, calling the general practitioner for an explanation, telling the patient to have patience in order to see the results, writing – in consultation with a lawyer – a letter to the patient, presenting to consultants in the hospital, recommending the patient to go to another physician. Nearly all the actions mentioned by physicians can be considered as a form of problem focused coping. Discussing the error with the patient or family by the physician was done because physicians believe that this is an honest thing to do, and that in this way they might prevent further problems. In the cases that the error was not discussed with the patient, the reason was that the patient was unconscious and that the error had no consequences for the patient. FONA reports were made to the central FONA committee because of the seriousness of the problem and the potential consequences for the patient.

The physicians considered openness and honesty as most effective manner of handling errors, because blurring errors brings problems with it, such as complaints and claims. Some physicians introduced a nuance: openness and honesty till a certain extent.

When an error occurs, older physicians have other and less need for e.g. support and training than younger physicians. Older physicians mentioned more often the establishing of a confidant.

Younger physicians mentioned training more often. Other needs that were mentioned by both groups are the need for more legal clarity and the need for a more mediated role of the hospital official who handles complaints.

*Conclusion:* Many physicians tell the patient about an error, because physicians believe that patients have the right to know. Some physicians have the opinion that further problems are prevented this way. Some physicians do not tell their patients about the error in every situation. The patient was not informed in cases where the patient was unconscious and the error has no effect. Some physicians of more contemplative disciplines do not label all errors as real errors to the patient, because these physicians believe that it is important that the patient maintains confidence in the hospital and in the physician.

However, some marginal comments can be made at the conducted investigation. There were threats to the validity and reliability, such as possible socially desirable answers of the physicians and a possible selection bias. Moreover, the interviewed physicians had difficulties with talking about errors. The physicians often mentioned errors, which can be attributed to other people or to the system or to the organisation. So, physicians were more inclined to attribute their errors to external factors. This is not astonishing, because physicians have a high-appreciated position.

## **1 Inleiding**

Net zoals ieder mens, maken artsen fouten. Er heerst binnen de geneeskunde de opvatting dat fouten niet gemaakt mogen worden, maar toch gebeurt dit. Behalve de negatieve aspecten van het maken van fouten, kan er ook iets positiefs uitgeput worden: fouten zijn er om van te leren en daarvoor zou er een open cultuur moeten zijn, waarin plaats is voor het melden en bespreken van fouten en het gebruiken van fouten als leermoment (Giard, 2001).

Maar er is sprake van een toenemende claimcultuur onder patiënten en belanghebbenden. Artsen worden vaak terughoudend met het verstrekken van informatie uit vrees voor de juridische gevolgen (Legemaate, 2003).

Toch is het van belang dat artsen open zijn tegen patiënten. Wanneer de arts een defensieve houding aanneemt of verhullende taal gebruikt, zal de patiënt dat in de meeste gevallen opmerken, waardoor hij wantrouwend zal worden en wellicht eerder een klacht of een claim zal indienen. Ook voor de arts is het beter wanneer hij over een fout kan praten (Legemaate, 2003).

Bij een medische fout zijn er altijd twee slachtoffers: de patiënt en de arts. De arts maakt in de regel een fout niet uit kwaadwilligheid. Artsen voelen zich soms na het maken van een fout angstig, onzeker, depressief en zelfs suïcide kan hieruit voortvloeien (Giard, 2001).

Het krijgen van kritiek of een klacht wordt door de arts vaak persoonlijke opgevat. Dit wordt veroorzaakt doordat de arts-patiënt relatie bijzondere kenmerken heeft. De arts zet zich persoonlijk in voor zijn patiënt. Het is niet alleen een zakelijke relatie, maar de relatie is gebaseerd op vertrouwen waarbij de persoon van de arts een belangrijke rol speelt. Daardoor is het omgaan met een fout vaak moeilijk. Artsen reageren vaak onhandig na het krijgen van kritiek. Door deze houding zijn patiënten vaak geneigd een klacht in te dienen (Van de Vathorst, 2000).

Het is dus van belang dat artsen op een goede manier omgaan met fouten. Hierdoor wordt er in veel gevallen een klacht of claim voorkomen.

### **1.1 Doel van het onderzoek**

Het Atrium Medisch Centrum te Heerlen heeft de beschreven ontwikkeling opgemerkt en wil artsen een handvat gaan bieden bij het communiceren met de patiënt na fouten. De stuurgroep Patiëntveiligheid heeft opdracht gegeven voor een onderzoek onder artsen, waarbij geïnventariseerd zou moeten worden hoe communicatie tussen artsen en patiënten plaatsvindt met betrekking tot incidenten en door welke motieven van artsen die communicatie wordt

bepaald. In dit onderzoek wordt nagegaan of er behoefte bij artsen bestaat aan ondersteuning bij het omgaan met fouten en indien dit het geval is waar artsen behoefte aan hebben. Hierbij wordt gedacht aan een richtlijn, training, het instellen van een vertrouwenspersoon, en dergelijke. Het eerste idee van de stuurgroep Patiëntveiligheid was het ontwikkelen van een richtlijn waarin communicatieve vaardigheden en juridische vereisten gecombineerd zouden worden. Of hieraan behoefte is, moet onder andere naar aanleiding van dit onderzoek bezien worden. Deze scriptie betreft een onderzoek onder medisch-specialisten die voornamelijk werkzaam zijn in het Atrium Medisch Centrum.

## **1.2 Probleemstelling**

Het doel van dit onderzoek is een inventarisatie en het begrijpen van hoe de communicatie tussen artsen en patiënten over fouten in het (medisch) handelen momenteel plaatsvindt. De volgende probleemstelling wordt hierbij gehanteerd:

*Hoe gaan artsen in hun communicatie met patiënten om met fouten in het (medisch) handelen en waarom gaan ze daar op die manier mee om?*

Deze probleemstelling is uit te splitsen in de volgende subvragen:

1. Hoe wordt er nu door artsen gehandeld bij fouten in het (medisch) handelen?
2. Waarom wordt er op deze manier gehandeld?
3. Wat is volgens artsen de meest effectieve manier van het omgaan met fouten in het (medisch) handelen? Waarom?
4. Indien er niet wordt gehandeld volgens deze meest effectieve manier: Waarom niet?
5. Waaraan hebben artsen behoefte wanneer er een fout plaatsvindt?

De eerste subvraag is een directe uitwerking van de probleemstelling. Van belang hierbij is om goed in kaart te brengen hoe artsen handelen wanneer zij een fout hebben gemaakt. Het gaat er daarbij vooral om of de arts de fout al dan niet naar de patiënt communiceert, op welke manier en hoe de patiënt hierop reageert. Met de tweede subvraag wordt beoogd om de achterliggende motieven van de arts te onderzoeken. De derde subvraag is wellicht een minder voor de hand liggende vraag bij dit onderzoek, maar het is van belang om te onderzoeken of artsen een andere handelwijze effectiever vinden. Wellicht zijn er specifieke belemmeringen waardoor de artsen niet kunnen handelen bij fouten zoals ze wensen. Indien een arts in de praktijk niet handelt

volgens deze meest effectieve manier, is het noodzakelijk te onderzoeken waarom dit niet gebeurt en welke motieven hieraan ten grondslag liggen. Om deze reden is de vierde subvraag geformuleerd. Als laatste is het bij dit onderzoek van belang om te kijken of er nog verdere behoeften van artsen zijn bij het omgaan met fouten en indien dit het geval is, welke behoefte zij hebben.

Om deze vragen te beantwoorden zijn interviews gehouden met artsen. Deze interviews bestonden uit open vragen. Van een aantal vakgroepen/maatschappen binnen het Atrium Medisch Centrum werden één of twee artsen afgevaardigd om geïnterviewd te worden.

### **1.3 Begripsafbakening**

In deze paragraaf wordt een beschouwing gegeven van de diverse begrippen die samenhangen met het onderwerp. Als eerste wordt het begrip ‘fout’ besproken.

Er is geen eenduidige definitie van het begrip ‘fout’. Bergsma et al. (1995) definiëren het begrip ‘fouten’ als volgt: “oordelen of handelingen die niet in overeenstemming zijn met de correcte gang van zaken”. Het begint bij simpele onhandigheid ofwel een gebrek aan praktische vaardigheid. Daarna is er een onjuiste beoordeling van de situatie, met als gevolg onterecht of onkundig ingrijpen. Dit kan worden veroorzaakt door verschillende factoren, zoals gebrek aan kennis, te weinig beschikbare gegevens, tijdsdruk, vermoeidheid, preoccupatie.

In de brochure “Arts en omgaan met fouten” van de KNMG en in het boek “Communiceren met patiënten” van de Haes et al. (1999), wordt tevens aangegeven dat er geen eenduidige definitie van het begrip ‘fout’ bestaat. Er wordt echter wel een onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten fouten. Het volgende onderscheid kan gemaakt worden:

- Medisch technische fouten: de echte medische missers. Bij dit soort fouten wordt er niet volgens de huidige normen en kennis gehandeld. Er wordt bijvoorbeeld een voor de hand liggende diagnose gemist of er wordt een verkeerde medische behandeling ingesteld.
- Fouten in de organisatie of samenwerking: fouten die te maken hebben met de bedrijfsvoering, de organisatie en de communicatie tussen hulpverleners. Dit soort fouten komen in toenemende mate voor door een stijging van het aantal behandelaars en het werken in een behandelteam.
- Bejegeningfouten: deze fouten leiden zeer vaak tot klachten. De arts kan hier veel aan doen. Goede bejegening valt te leren. Artsen moeten zich realiseren dat de meeste klachten zijn

terug te voeren op de bejegening, ook al wanneer de klacht en de fout niet direct bejegening betreft. Patiënten hebben vaak wel begrip dat een arts wel eens een verkeerde inschatting of een fout maakt, maar patiënten nemen de arts juist de onheuse of slordige bejegening kwalijk (Van de Vathorst, 2000).

- Vermeende fouten: een patiënt kan een arts een fout verwijten waarvan deze zich niet bewust is en die hij ook niet als fout ziet wanneer hij ermee geconfronteerd wordt. Het betreft dan een fout in de ogen van de patiënt (de Haes et al., 1999).

Omdat het begrip ‘fout’ als erg zwaar wordt ervaren, wordt vaak het begrip ‘incident’ of ‘adverse event’ gebruikt. Van deze begrippen zijn tevens verschillende definities in omloop. Walshe (2000) maakte na het bestuderen van verschillende definities van ‘adverse events’ uit de literatuur een opsomming van verschillende aspecten die gebruikt worden bij het definiëren van ‘adverse events’:

- Negatief: het moet een gebeurtenis zijn, die ongewenst en schadelijk is voor het proces van zorg of voor de patiënt. Dit aspect zit in iedere definitie.
- Betrokkenheid van de patiënt en impact: het moet negatieve impact of potentiële impact hebben op een patiënt of op meerdere patiënten. De bredere definities bevatten dit aspect.
- Oorzaak: er moet een indicatie zijn dat de gebeurtenis het gevolg is van een deel van het zorgproces en dus niet het gevolg van gebeurtenissen buiten het zorgproces, zoals eigen acties van de patiënt of natuurlijk verloop van de ziekte. De verschillende definities variëren op dit aspect.

In de geneeskunde is een onderscheid tussen fouten of incidenten en complicaties vaak moeilijk te maken. Er zijn diverse definities in omloop. Een complicatie is “iedere procesafwijking met tijdelijke of blijvende ongewenste lichamelijke effecten voor de patiënt. De oorzaken hiervan zijn onbekend, daarom is het geen incident. Een complicatie is het gevolg van een ongewenst proces, de uitkomst daarvan kan niet achteraf beïnvloed worden” (Van der Hoeff, 2003). Een incident is “een procesafwijking dat (mogelijke) ongewenste lichamelijke en/of psychologische effecten tot gevolg heeft voor een patiënt. De oorzaken zijn bekend en de effecten kunnen tijdelijk dan wel blijvend zijn” (Van der Hoeff, 2003).

Het is voor artsen vaak makkelijk om een negatieve uitkomst aan te duiden als een complicatie. De patiënt wil echter de oorzaak achterhalen en wil weten of de schade verwijtbaar of vermijdbaar is geweest, zeker wanneer het gaat over een schadevergoeding. Over

bovengenoemde termen en definities kunnen ingewikkelde discussies gevoerd worden. Dit blijkt tevens uit de jurisprudentie. Bij veel rechtszaken lopen meningen van experts bij dit onderscheid nogal eens uiteenlopen. De een spreekt van een fout, terwijl de ander spreekt van een complicatie.

In dit onderzoek is de term fout gebruikt, omdat dit wellicht de minste verwarring oplevert. Bovendien werd hiermee direct aangegeven waar het onderzoek over gaat.

#### **1.4 Opbouw van deze scriptie**

Allereerst is het van belang om een goed beeld te krijgen van de ontwikkeling van de arts-patiënt relatie. Daarom is het belangrijk om in te gaan op het historisch perspectief van de geneeskunde en dan met name op aspecten die gevolgen hebben gehad voor de relatie tussen arts en patiënt; dit wordt gedaan in het volgende hoofdstuk. In het derde hoofdstuk wordt een nadere beschouwing gegeven van de relatie tussen arts en patiënt. Daarbij wordt ingegaan op de macht en het gezag die artsen hebben verworven, op een typologie van de arts-patiënt relatie en tot slot op het belang van communicatie. Omdat het bij het omgaan met incidenten door de arts gaat om gedragingen van de arts, wordt in het vierde hoofdstuk een uiteenzetting gegeven van een aantal gedragstheorieën en -modellen. In het vijfde hoofdstuk wordt de gehanteerde methode besproken. In het zesde hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd. In het laatste hoofdstuk worden deze resultaten nader geïnterpreteerd en worden conclusies getrokken.

## **2 Historisch perspectief**

De laatste eeuwen zijn er grote veranderingen geweest voor artsen en patiënten. Vijf eeuwen geleden waren artsen geleerden in dienst van een vorst. Het praktische werk werd overgelaten aan chirurgen. Na de Franse Revolutie kwam daar verandering in. Artsen gingen zich bezig houden met patiënten uit andere sociale klassen. In ziekenhuizen, die ingericht waren naar Frans voorbeeld, 'beschikte' de arts als het ware over deze patiënten. Artsen gingen deze patiënten als proefpersoon gebruiken. Er werden nieuwe behandelingen uitgetoetst bij grote groepen patiënten. Door onder andere deze ontwikkeling werden er langzamerhand effectieve therapieën ontwikkeld (De Haes et al., 1999).

Daarnaast waren er nog andere ontwikkelingen, zoals de komst van de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst in 1865, waarin werd aangegeven dat alleen universitair opgeleide dokters

bevoegdheid hadden om de geneeskunst uit te oefenen. De titel 'arts' werd hierdoor een wettelijk beschermde titel. Hiermee ontstond een onderscheid tussen reguliere geneeskunde en allerlei vormen van kwakzalverij. Artsen hebben met deze wet een monopoliepositie verworven. Artsen hebben door hechte organisatie en maatschappelijke actie een sterke, hoog gewaardeerde en onafhankelijke positie verkregen (Blok, 1985). Tevens kwam er een regeling voor het Staatstoezicht in 1865. Deze had tot taak om de toestand van de volksgezondheid te beoordelen en op grond daarvan voorstellen te doen. Ondanks deze regelingen bemoeide de overheid zich slechts marginaal met de volksgezondheid (Blok, 1985).

In het laatste kwart van de 19<sup>e</sup> eeuw en het eerste kwart van de 20<sup>e</sup> eeuw steeg het aantal ziekenhuizen snel. Er kwamen steeds meer specialisten. Deze legden steeds meer de nadruk op behandeling binnen de ziekenhuizen. Het aantal verzekerden nam sterk toe (Blok, 1985). Bovendien werden technologieën steeds verder ontwikkeld.

Na de opkomst van de Industriële Revolutie ontstond het besef dat ziekte een gevolg kon zijn van armoede, ondervoeding en sociale omstandigheden. Artsen gingen zich bemoeien met de andere levenssterreinen die voor de volksgezondheid van belang waren. Zo ontstond in de 20<sup>e</sup> eeuw het beeld van de vaderlijke arts die zijn patiënten niet alleen bijstond bij ziekte maar ook advies gaf over zaken als gezin, opvoeding en werk. Vanaf de jaren '60 werd duidelijk dat de arts moest leren om de patiënt autonomie te geven. Ziekenhuizen werden vaak als onpersoonlijke instellingen gezien die de patiënt zijn identiteit ontnamen. Sommige artsen bleken bij de besluitvorming geen rekening te houden met het feit dat er aan de ziekte ook een patiënt vastzit. Patiënten hadden vaak maar weinig invloed op de behandeling. Er ontstond op verschillende wijzen verzet tegen deze onmondigheid: het aantal klachten over beroepsbeoefenaren steeg, er ontstonden tegenbewegingen van patiënten, de belangstelling voor alternatieve geneeswijzen groeide, er kwamen vrouwengezondheidscentra, zelfhulpgroepen en patiëntenbewegingen. Het recht op zelfbeschikking werd in de jaren '90 wettelijk vastgelegd (De Haes et al., 1999).

## **2.1 Maatschappelijke ontwikkelingen**

Nog niet zo lang geleden stond het beroep van arts hoog op de prestigelijst van beroepen. De arts ontleende die status niet alleen aan zijn deskundigheid op het gebied van geboorte, leven en dood, maar ook aan zijn beroepsethos en aan zijn geaccepteerde paternalistische houding. Welvaart,

emancipatie en verzet tegen bestaande gezagsverhoudingen hebben eraan bijgedragen dat de arts aan status heeft verloren en de relatie tussen arts en patiënt gelijkwaardiger is geworden.

De bureaucrativering en professionalisering binnen de gezondheidszorg hebben de arbeidsverhoudingen een zakelijker karakter gegeven. Specialisten zijn steeds vaker werknemer in het ziekenhuis. De traditionele machtsverhouding tussen artsen en verpleegkundigen heeft plaatsgemaakt voor een meer gelijkwaardige relatie (De Haes et al., 1999).

Door het toenemend aantal vrouwelijke artsen wordt de geneeskunde vaker in deeltijd uitgeoefend. Jonge artsen hebben steeds meer voorkeur voor arbeid in dienstverband. Een achturige werkdag wordt steeds gebruikelijker.

Patiënten worden geconfronteerd met deze veranderingen. Dit heeft gevolgen voor het contact tussen arts en patiënt. Patiënten willen, volgens bijna alle artsen, het liefst een dokter die altijd beschikbaar is: een dokter die de diagnose stelt, zelf opereert, vertelt of de ingreep is gelukt en daarna in de gaten houdt of de patiënt voorspoedig herstelt. Continuïteit van zorg staat echter op gespannen voet met de maatschappelijke realiteit van werktijdenbesluiten, flexibele werktijden en deeltijdbanen. Hierdoor ontstaan er strijdige belangen.

Deze veranderingen leiden tot meer gedeelde verantwoordelijkheid, frequentere overdracht en meer communicatiestoornissen, waardoor de kans op fouten groter wordt. In het verleden was het voor de patiënt onduidelijk wie hij aansprakelijk moest stellen als er iets mis was gegaan, maar met de komst van de WGBO is het ziekenhuis aansprakelijk voor alles. Daarmee hebben specialisten, waarschijnlijk zonder het te beseffen, een meer ondergeschikte rol gekregen. De positie van de patiënt is versterkt door de wettelijke erkenning van het recht op informatie en zelfbeschikking (De Haes et al., 1999).

Patiënten zijn daarnaast kritischer gaan denken over gezondheid en gezondheidszorg, zij hebben zich georganiseerd. Zij zijn zich meer bewust van hun rechten. Het aantal schadeclaims neemt toe. Tegelijkertijd nam de maatschappelijke druk op patiënten toe. Hun verantwoordelijkheid voor rationeel gezondheidsgedrag wordt steeds meer benadrukt.

Ook artsen worden meer dan vroeger geconfronteerd met hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. De snelle ontwikkeling van de medische technologie speelt hierbij tevens een rol. Hoewel artsen zich moeten inspannen om patiënten beter te maken, wordt er in toenemende mate nadruk gelegd op het feit dat beschikbare middelen schaars zijn. Er wordt van artsen verwacht dat ze efficiënt met de middelen omgaan. De arts moet voorzichtig zijn met het

toepassen van kostbare technische therapieën. De waarde en doelmatigheid van deze therapieën moeten wetenschappelijk vaststaan en de kosten moeten verantwoord zijn. De arts moet zich vaker aan richtlijnen houden. Dit alles heeft een inperking van de autonomie van artsen tot gevolg.

Al deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de relatie tussen arts en patiënt. Arts en patiënt leven in verschillende werelden. De patiënt is vooral emotioneel betrokken bij het probleem waarvoor hij een oplossing zoekt. Hij is als het ware afhankelijk van de deskundigheid van artsen. Voor de arts is het medisch probleem op de eerste plaats een intellectueel probleem. Hoewel de recente ontwikkelingen soms beogen de kloof tussen de werelden van de arts en de patiënt te overbruggen, wordt het contact tussen arts en patiënt er niet gemakkelijker op.

### **3 Relatie arts-patiënt**

In dit hoofdstuk wordt een nadere beschouwing gegeven van de relatie tussen arts en patiënt. Allereerst zal worden ingegaan op de macht en het gezag van de arts en vervolgens zal een typologie worden gegeven van de arts-patiënt relatie. Als derde zal worden ingegaan op het belang van communicatie tussen arts en patiënt. Het beter begrijpen van de ontwikkelingen in de arts-patiënt relatie is van belang, omdat hierdoor de resultaten beter geïnterpreteerd kunnen worden.

#### **3.1 Macht en gezag van de arts**

In de medische praktijk is de macht en het gezag van de arts gebaseerd op de autoriteit die de arts heeft. De arts heeft het recht om in het contact met de patiënt te domineren en dit wordt door anderen als legitiem en gerechtvaardigd gezien.

Weber heeft in de jaren '60 van de vorige eeuw drie vormen van deze gelegitimeerde macht omschreven. Als eerste noemt hij de traditionele autoriteit. De uitoefening van de geneeskunde werd lang geïdentificeerd met de aristocratische elite. Alleen mannen met een universitaire graad werden toegelaten. Ten tweede onderscheidt Weber de charismatische autoriteit. Deze autoriteit is gebaseerd op de buitengewone mystieke kwaliteit die de priester en de medicijnman vroeger hadden. Het beeld van de vriendelijke, toegewijde familiedokter die dezelfde mystiek heeft is snel aan het verdwijnen bij het publiek. Tot slot spreekt Weber van wettelijke autoriteit. Wet- en

regelgeving verbieden de uitoefening van de geneeskunde door iedereen die niet de juiste diploma's heeft (Haug & Lavin, 1983).

Aan dit onderscheid van Weber is nog gemonopoliseerde kennis toe te voegen. Dit heeft Weber zelf niet gedaan. De socioloog Larson beschouwde professionele kennis als een bezit. Hij zag deze kennis als een bron die gebruik wordt om macht te verwerven en om competitie te verminderen. Dit werd gedaan door het moeilijk te maken om toegang tot opleiding en training te krijgen (Haug, 1997). Parsons (1951) heeft aangegeven dat medische kennis veelomvattend en complex is, de opleiding intens en meedogenloos is en de dagelijkse ervaring uniek is. Om deze redenen bestaat er een onoverbrugbare kloof tussen artsen en de rest van de wereld. Medische kennis wordt verdiend door artsen en is als het ware hun bezit. Volgens Parsons is het onmogelijk om deze kennis volledig met de patiënt te delen. Patiënten moeten de medische uitoefening accepteren op basis van vertrouwen. Om deze reden zijn er beschermingen voor de patiënt. Centraal voor deze beschermingen is een hogere orde van moreel gedrag waar artsen zich aan moeten houden. Er is een ethische code die de speciale plicht van artsen om het belang van de patiënt te beschermen bepaalt. Patiënten vertrouwen er op dat artsen zich aan deze morele code houden en luisteren daarom naar de arts. Een patiënt die zich tegen de arts verzet loopt risico op verlies van aanzien dat hij als patiënt heeft en om daardoor te worden gestigmatiseerd als een simulant of een fake. Parsons heeft het concept van de ziekenrol beschreven. Vanwege de kloof in kennis en vaardigheden tussen patiënten en artsen, moeten artsen die de kennis hebben volledig autoriteit over hun patiënten (die de kennis niet hebben) krijgen. De patiënt krijgt hier genezing voor terug en kan de rol en verplichtingen die hij had voordat hij ziek werd weer vervullen.

Dit concept van de ziekenrol is bekritiseerd door twee perspectieven, ook wel aangeduid met het conflictmodel en het onderhandelingsmodel. Degenen die het conflictmodel aanhangen, zoals Freidson, vinden dat de ziekenrol ten onrechte de doelen en waarden van de arts en die van de patiënt als gelijkwaardig beschouwt. Het perspectief en de verwachtingen van de patiënt verschillen vaak van die van de arts (Haug, 1997). Artsen hebben een wereldvisie gebaseerd op het biomedische model van ziekte. De wereld van de patiënt bestaat uit een complex web van persoonlijkheid, cultuur, leefsituaties en relaties. Deze aspecten beïnvloeden en bepalen de ervaring van ziekte. Er ontstaat dan een conflict tussen de visies van de arts en patiënt. De

biomedische kijk laat de context van het leven van de patiënt buiten beschouwing, terwijl de patiënt gebrek aan medische kennis en wetenschap heeft (Roter & Hall, 1997).

Patiënten hebben enige macht over het verloop van het medisch consult, maar deze macht is kleiner dan die van de arts. Patiënten proberen de macht van de arts te verkleinen door het zoeken van informatie. Een patiënt kan instemmen met een bepaalde behandeling of voorschrift, hij kan vragen stellen, maar hij kan ook een test of behandeling weigeren. Echter, directe confrontatie tussen arts en patiënt, is meer uitzondering dan regel. Veel gebruikelijker zijn manoeuvres en onderhandelingen. Dit wordt ook wel het onderhandelingsmodel genoemd. Patiënten kunnen onderhandelen over de voorwaarden waaronder ze het advies van de arts 'kopen' en over het behandelingsplan. Het onderhandelingsmodel bepaalt hoe het conflict tussen arts en patiënt vriendschappelijk kan worden opgelost. Beiden gaan een partnerschap met elkaar aan om het probleem van de patiënt op te lossen (Haug, 1997). Om deze benadering te laten werken, moet de patiënt wel informatie over zijn gezondheid krijgen, rationele keuzes maken, en in staat zijn om een actieve rol te spelen in het bepalen van de zorg. Dit perspectief wordt ook wel consumentisme genoemd en staat tegenover het paternalistische concept van Parsons (Haug, 1997; Roter & Hall, 1997).

### **3.2 Typologie**

In de jaren '90 kwamen Emanuel & Emanuel (1992) met een beschouwing over vier modellen van de arts-patiënt relatie. Het eerste model dat zij bespreken is het paternalistische model. In dit model is het eerder genoemde concept van Parsons te plaatsen. Het is de arts die weet wat goed is voor de patiënt. Hij heeft het vermogen om de situatie van de patiënt te beoordelen en hij is bekwaam om de patiënt op de beste manier bij te staan. Wanneer de arts een conclusie heeft getrokken, zal hij de patiënt er toe aanzetten zijn aanbevelingen zo goed mogelijk te volgen. Verzet van de patiënt wordt in dit perspectief niet serieus genomen. Dit verzet vraagt dan misschien wel om een verklaring, maar de patiënt verdient geen respect met zijn verzet (Emanuel & Emanuel, 1992).

Het tweede model is het informatieve model. Bij dit model verschaft de arts alle relevante informatie. Bij een keuze tussen meerdere behandelingen, moet de arts de door de patiënt gekozen interventie uitvoeren. Er wordt verondersteld dat er een duidelijk onderscheid is tussen feiten en waarden. De patiënt mist feiten die de arts aanlevert. De besluitvorming berust op de

waarden van de patiënt. De waarden van de arts spelen geen rol; de arts mag geen oordeel laten meewegen ten aanzien van de waarden van de patiënt. De patiënt weet wat goed voor hem is en hij heeft inzicht in de waarden die voor hem belangrijk zijn (Emanuel & Emanuel, 1992; Widdershoven, 2000).

Tussen deze twee modellen staan twee andere modellen, die van een minder scherpe tegenstelling tussen arts en patiënt uitgaan. Bij het interpretatieve model, dat dicht aanligt tegen het informatieve model, moet de arts de patiënt helpen bij het verhelderen van de waarden van de patiënt. Hij helpt de patiënt de beste keuze te maken. Het model veronderstelt dat de waarden van de patiënt niet altijd helder zijn en soms tegenstrijdigheden bevatten. Door zijn bekendheid met het leven en de persoonlijkheid van de patiënt, komt de arts samen met de patiënt tot de vaststelling wat de patiënt het belangrijkste vindt. In dit model spelen sociale en contextuele autonomie een rol. Uiteindelijk is het de patiënt die besluit wat er gebeurt (Emanuel & Emanuel, 1992; Ten Have et al, 1998).

Het laatste model dat onderscheiden wordt, staat dicht bij het paternalistische model, namelijk het deliberatieve model. Dit model wordt ook wel het overlegmodel genoemd (Ten Have et al, 1998). De arts moet bij deze benadering de waarden van de patiënt niet alleen verhelderen, maar hij moet ze ook kritisch bespreken met de patiënt. De waarden van de patiënten worden niet als vaststaand beschouwd, ze worden ontwikkeld in een onderling gesprek. De arts moedigt de patiënt aan de beste optie te volgen. Wanneer de patiënt niet inziet wat het beste voor hem is, gebruikt de arts hier morele overreding voor. In dit model wordt dus bewust overleg gevoerd over de betekenis van waarden. De arts geeft niet alleen aan wat de patiënt kan doen, maar zet uiteen wat de patiënt zou moeten doen op grond van de verschillende waarden die op het spel staan. Wat zou moeten gebeuren, wordt echter pas helder in de tweespraak tussen arts en patiënt, in tegenstelling tot het paternalistische model, waarin de arts eenzijdig bepaalt wat het beste is (Emanuel & Emanuel, 1992).

Tabel 1 geeft het onderscheid tussen de verschillende modellen nog eens weer.

Tabel 1. Vier modellen van de arts-patiënt relatie (vgl. Ten Have et al., 1998)

	<i>Informatief model</i>	<i>Interpretatief model</i>	<i>Deliberatief model</i>	<i>Paternalistisch model</i>
Waarden van de patiënt	Bepaald, vast en bekend aan de patiënt	Warrig en tegenstrijdig, verheldering vereist	Open voor ontwikkeling en revisie door morele discussie	Objectief en gedeeld door arts en patiënt
Verplichting van de arts	Verschaffen van relevante feitelijke informatie; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	Verhelderen en interpreteren van relevante patiëntwaarden; informeren van de patiënt; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	De patiënt overtuigen van zijn belangrijkste waarden; informeren van de patiënt; uitvoeren van de door de patiënt geselecteerde interventie	Bevorderen van welzijn, onafhankelijk van de voorkeur van de patiënt
Begrip van autonomie	Keuze van en controle over de medische zorg	Zelfbegrip relevant voor de medische zorg	Morele zelfontwikkeling relevant voor medische zorg	Instemming met objectieve waarden
Rol van de arts	Competente technische expert	Raadgever of adviseur	Vriend of leraar	Leidsman

De laatste jaren heeft de discussie van de arts-patiënt relatie zich gericht op twee uitersten, namelijk op autonomie en paternalisme. Velen hebben artsen aangevallen als paternalistisch, die de macht over de patiënten wil hebben. Het informatieve model is dominant geworden in de medische ethiek en in juridische standaarden. Dit model geeft echter een gebrekkig concept van autonomie van de patiënt, en het verlaagt de rol van de arts naar dat van een technicus (Emanuel & Emanuel, 1992).

De arts zou invloed moeten hebben in de besluitvorming en daarom is een model tussen het informatieve en paternalistische model het beste. De besluitvorming moet gezamenlijk gebeuren en dit moet gebaseerd zijn op wederzijdse participatie en respect. De arts moet niet slechts een technicus zijn en de patiënt niet slechts een consument. Het deliberatieve model zou de ideale arts-patiënt relatie het beste weergeven (Emanuel & Emanuel, 1992; Ten Have et al., 1998). Hier moet wel bij opgemerkt worden dat in bepaalde omstandigheden andere modellen het meest geschikt zijn. In een noodsituatie moet de arts het paternalistische model hanteren. Er is dan immers geen tijd om de patiënt van volledige informatie te voorzien en een keuze te laten maken; dit zou gevaar voor de patiënt opleveren. In situaties waarbij de patiënt slechts eenmalig een consult bij een arts heeft, is het informatieve model vaak het meest geschikt (Emanuel & Emanuel, 1992; Ten Have et al., 1998).

### 3.3 Belang van communicatie

In de voorafgaande paragrafen is de arts-patiënt relatie nader uitgewerkt. De visies van verschillende sociologen zijn aan bod gekomen. In deze paragraaf zal nader in worden gegaan op het belang van communicatie tussen arts en patiënt. In bijna alle arts-patiënt relaties is er immers sprake van communicatie. Wanneer de arts meer aandacht besteedt aan communicatie met de patiënt, is de patiënt meer tevreden. Dit verband is in verschillende studies aangetoond (Roter & Hall, 1997).

Communicatie wordt vaak gezien als het uitwisselen van boodschappen. Dit is effectief als de partijen elkaars boodschappen horen en begrijpen zoals ze bedoeld zijn. De arts heeft verschillende formele communicatieve taken in relatie met de patiënt, namelijk:

- Het verkrijgen van informatie om een medisch oordeel te vormen
- Het informeren van de patiënt over ziekte, onderzoek, uitslagen en de mogelijke behandelwijzen
- Het scheppen van voorwaarden om beslissingen te nemen over onderzoek en behandeling door de patiënt
- Het adviseren van patiënten over gedrag en levenswijzen die de gezondheid bevorderen
- Het bieden van emotionele ondersteuning.

Deze laatste taak is vaak het minst vanzelfsprekend. Voor het leveren van goede medische zorg is het van essentieel belang om goed om te gaan met emoties. Bovendien is het van belang om goed om te gaan met emoties van de patiënt, omdat dit de voortgang van het gesprek kan beïnvloeden. Als emoties in de weg staan, zal de patiënt geen ruimte hebben om verder te luisteren naar de arts. Daarnaast is het van belang om aandacht voor emoties te hebben, omdat dit de patiënt helpt om de ziekte en de gevolgen daarvan te verwerken. Tenslotte kunnen emoties in sommige gevallen zelf ook het onderwerp van medisch handelen zijn: dit geldt vooral bij psychische of psychosomatische aandoeningen (Hoos et al., 1999).

De arts moet de leiding op zich nemen in het gesprek. Hij dient de controle over de situatie te behouden en het proces te begeleiden. Het is voor de arts moeilijk om een afstemming tussen de wensen en idealen van de patiënt en die van hemzelf te bereiken. Artsen moeten patiënten hun recht op zelfbeschikking kunnen laten uitoefenen, maar in de praktijk hebben niet alle patiënten daar behoefte aan (Hoos et al., 1999). De arts moet de behoeften van de patiënt duidelijk krijgen, zodat de kans op conflicten minimaal is.

Bij het omgaan met fouten is het vooral van belang dat de arts op de situatie af gaat en er voor zorgt dat hij zich niet te defensief gaat opstellen. De communicatie met de betrokkene mag hierdoor niet vertroebelen. De arts moet luisteren en begrip tonen. Het tonen van empathie is hierbij van cruciaal belang. Een fout is slecht nieuws voor de patiënt. Patiënten willen erkenning en herkenning van hun last en gevoelens door de arts. Daarnaast willen patiënten dat de fout wordt toegegeven en dat er spijt wordt betuigd. Dit het liefst door de arts zelf en verschillende keren. Tenslotte willen patiënten toezegging voor verbetering. Ze willen dat een soortgelijke fout in de toekomst wordt voorkomen. In sommige gevallen zal de patiënt een schadevergoeding willen. De patiënt heeft behoefte aan erkenning en genoegdoening om de fout te verwerken en op deze manier de boosheid te verminderen. Daarom is het van belang dat na het maken van de fout gesprekken plaatsvinden waarin deze zaken aan bod komen. Hierdoor bestaat er de mogelijkheid om de vertrouwensrelatie in stand te houden en onnodig leed te voorkomen. De patiënt heeft vaak begrip voor de feilbaarheid van de arts, maar wil dat hij eerlijk tegen hem is (Van Everdingen et al., 1999).

## **4 Gedragstheorieën en -modellen**

Zoals uit het voorafgaande blijkt, gaat het bij het omgaan van artsen met incidenten om het gedrag van de arts. Hij is degene die de voorzittersrol moet bekleden, hij moet als er een fout is gemaakt zo snel mogelijk contact zoeken met de patiënt, hij moet goede communicatieve vaardigheden bezitten. Kortom het gedrag van de arts staat centraal bij dit onderwerp. Om deze reden is het van belang om inzicht te krijgen in de achtergronden ofwel de determinanten van gedrag. Deze achtergronden werden gebruikt bij de ontwikkeling van het instrument dat gehanteerd werd bij dit onderzoek en ze zijn van belang voor de interpretatie van de resultaten. In dit hoofdstuk worden een aantal theorieën besproken die van belang kunnen zijn bij het onderzoek.

### **4.1 Attributietheorie**

Als mensen pogingen doen om hun gedrag te veranderen, zal dit niet altijd succesvol zijn. Mensen vallen soms terug in 'oud' gedrag. Deze terugval wordt ook wel relapse genoemd. De attributietheorie van Weiner (1985) gaat in op hoe mensen omgaan met succes en falen. Als mensen falen of succes hebben, bedenken ze daarvoor een reden. Deze reden is weer van invloed

op de wijze waarop ze een volgend gelijksoortig probleem of gedrag willen uitvoeren. De attributietheorie gaat over de manier waarop mensen oorzaken toeschrijven aan gebeurtenissen en het effect hiervan op toekomstig gedrag. Attributies zijn oorzaken die aan het succes of falen worden toegeschreven. Weiner (1985) geeft aan dat wanneer het succes wordt toegeschreven aan stabiele oorzaken (de perceptie dat het succes het gevolg is van onveranderbare factoren), die persoon een hogere succesverwachting zal hebben bij een nieuwe, soortgelijke taak. Het toeschrijven van succes aan instabiele oorzaken, zal de succesverwachting niet verhogen. Iemand die het falen toeschrijft aan stabiele oorzaken zal een lagere succesverwachting hebben voor soortgelijke taken. En wanneer het falen wordt toegeschreven aan een instabiele en veranderbare oorzaak, zal de succesverwachting niet dalen (Weiner, 1985). Voor dit onderzoek is van belang om te bekijken of de artsen hun fouten (falen) toeschrijven aan interne factoren (bijvoorbeeld aan zichzelf) of externe factoren. De verwachting is dat ze geneigd zullen zijn hun falen aan externe factoren toe te schrijven.

## **4.2 Coping**

Bij het omgaan met fouten speelt de manier waarop artsen hiermee omgaan een rol. De arts moet 'copen' met het 'probleem'. Coping maakt deel uit van een proces waarbij de omgeving en de persoon elkaar steeds beïnvloeden.

Er wordt vaak in navolging van Lazarus (1991) een onderscheid gemaakt tussen inspanningen die gericht zijn op het oplossen van problemen en inspanningen die gericht zijn op het reguleren van de emoties. In het eerste geval wordt er gesproken van probleemgerichte coping en gaat het om echte pogingen om schade te voorkomen of te beperken, een evenwicht te herstellen of winst te boeken. In het andere geval wordt er gesproken van emotiegerichte coping die gericht is op de emotionele gevolgen van een gebeurtenis. Bij negatieve emoties gaat het meestal om pogingen deze emoties te verminderen of te beheersen. Probleem- en emotiegerichte coping kunnen elkaar versterken maar ook tegenwerken.

Bij probleemgerichte coping gaat het vaak om directe actie die gericht is op de problematische situatie, maar er zijn ook strategieën die minder direct zijn, bijvoorbeeld het zoeken van informatie of zelfs het vermijden van actie. Probleemgerichte coping hoeft niet alleen naar buiten toe gericht te zijn; het kan zelfs ook naar binnen gericht zijn. Iemand kan aan zichzelf iets veranderen in plaats van aan externe factoren.

Er zijn verschillende strategieën voor emotiegerichte coping. Hier worden er enkele genoemd. Als eerste afleiding en compensatie zoeken. Negatieve emoties zijn te beïnvloeden door de aandacht af te leiden. Een tweede voorbeeld is bespreken van de emotionerende situatie. Veel mensen ervaren dit als positief en daardoor worden hun negatieve gevoelens verminderd, ook al verandert er niets aan de realiteit. Andere mogelijkheden van emotiegerichte coping zijn beheersing, inhibitie en afreageren. Dit zijn eigenlijk impulsieve neigingen. In bedreigende situaties wordt een neiging tot 'fight' opgeroepen, deze wordt geremd door een tegenovergestelde neiging tot 'flight'. Hierdoor ontstaat ruimte voor zelfbeheersing, die bewust kan zijn, maar ook onder invloed kan staan van inhibitie. Afreageren kan opluchtend zijn en de spanning verminderen. Het laatste voorbeeld van emotionele coping die hier genoemd wordt is afweer. Dit zijn onbewuste processen waarmee de emotionele werkelijkheid wordt vervormd of vertekend om de angst te reduceren (Hoos et al., 1999).

Het hangt van persoon tot persoon af welke copingstijl wordt gehanteerd. Mensen die zichzelf meer invloed op omstandigheden toeschrijven, zijn eerder geneigd tot een meer actieve aanpak van het probleem. Het gaat er niet om of ze ook daadwerkelijk invloed hebben, maar om de subjectief waargenomen controle. Mensen die zichzelf weinig invloed op omstandigheden toeschrijven, zijn in het algemeen meer geneigd tot passieve, afwachtende of vermijdende copingstijlen. Het is niet zo dat de ene stijl beter is dan de andere. Dit hangt van de situatie af en van de termijn waarop de bedreigende situatie aanwezig is (Hoos et al., 1999).

## **5 Methode**

In de voorafgaande hoofdstukken zijn theorieën over de arts-patiënt relatie en theorieën en modellen over gedrag besproken. Zoals al in de inleiding is aangegeven, gaat deze scriptie over een onderzoek onder artsen over het omgaan met fouten. In dit hoofdstuk wordt de methode die bij het onderzoek gehanteerd werd besproken.

Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Dit is onderzoek waarbij vooral gebruik wordt gemaakt van gegevens van kwalitatieve aard met als doel om onderzoeksproblemen in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren (Baarda et al., 2001). Er werd gekozen voor deze vorm van onderzoek om een exploratie te krijgen van hoe artsen in hun communicatie naar patiënten met incidenten omgaan.

Hierdoor kon dit onderwerp goed beschreven en geïnterpreteerd worden. Een doel was de beleving of de betekenisgeving van de onderzochten te achterhalen. Het onderwerp communicatie tussen arts en patiënt na fouten is een gevoelig onderwerp, omdat niemand graag praat over mogelijke fouten. Daarom werd een kwalitatieve methode het meest geschikt geacht. Er werd wel gerealiseerd dat de deelnemers terughoudend kunnen zijn met het geven van informatie, omdat ze wellicht achterdochtig of onzeker zijn. Bovendien kon het zo zijn dat ze geen duidelijke of uitgesproken mening hebben en moeite hebben hun opvattingen te verwoorden. Kwalitatief onderzoek leent zich beter voor deze problematiek dan meer kwantitatieve methoden (Baarda et al., 2001).

### **5.1 Open interviews**

Er werd gebruik gemaakt van de methode van open interviews om ideeën, opvattingen en meningen van de betrokkenen in het veld (de medisch-specialisten van het Atrium Medisch Centrum) te achterhalen.

Een open interview is een interview dat niet volledig is gestructureerd. Het doel was om inzicht te krijgen in het probleem, de knelpunten te achterhalen en informatie te verkrijgen. Een open interview lijkt enigszins op een gewoon gesprek met een persoon. De interviewer verkende vragenderwijs gespreksonderwerpen om te ontdekken hoe de respondent tegen bepaalde zaken aankijkt. Het was van belang dat de respondent het idee kreeg dat zijn antwoorden acceptabel en waardevol waren. Met een open interview kon er snel informatie verworven worden en kon er doorggevraagd worden als daarvoor aanleiding was (Baarda et al., 2001).

De onderzoeker had van tevoren wel bepaald welke gespreksonderwerpen voor de beantwoording van de probleemstelling nodig waren. Er werd gestreefd om al deze onderwerpen te bespreken, maar dit hing af van de omstandigheden. De omstandigheden hadden tevens invloed op de manier waarop de onderwerpen aan bod kwamen en op de volgorde van de onderwerpen (Baarda et al., 2001).

### **5.2 Gehanteerde werkwijze**

Omdat de interviewer wel enige houvast moest hebben bij het onderzoek, werd van tevoren een interviewschema opgesteld. In dit schema was er voor gekozen om een splitsing te maken naar de soorten fouten die in de literatuur werden onderscheiden, zie paragraaf 1.3 begripsafbakening.

Naar aanleiding van dit onderscheid en de subvragen uit de probleemstelling werden een aantal vragen opgesteld. Omdat het om een open interview ging, was het niet noodzakelijk om alle vragen te stellen en ook was het niet noodzakelijk om de vragen in dezelfde volgorde aan bod te laten komen. Er werden twee proefinterviews gehouden en op basis van deze twee interviews werden er kleine aanpassingen gedaan in het interviewschema, zoals een vraag over een voorbeeld erbij voegen. En de vraag over de behoefte werd aangepast. Eerst werd er gevraagd: “Waar heeft u behoefte aan als er een fout plaatsvindt?”. Deze vraag begrepen artsen niet geheel, daarom werd er een opsomming na de vraag bijgevoegd: “te denken valt aan steun van collega’s, een duidelijke richtlijn, training of het instellen van een vertrouwenspersoon”. Het uiteindelijke interviewschema staat weergegeven in bijlage 1.

Aangezien de proefinterviews verder goed verliepen, werden deze twee interviews wel meegenomen bij het onderzoek.

Er werden vervolgens zeventien vakgroepen en maatschappen in het Atrium Medisch Centrum waarvan de artsen veel direct contact hebben met patiënten, via de medisch-manager telefonisch benaderd. De medisch-managers waren er veelal van op de hoogte dat zij een vraag voor een interview konden verwachten, omdat er tijdens de kernstafvergadering een korte presentatie was gehouden over dit onderwerp. Aan de medisch-managers werd gevraagd of zij of een collega uit hun vakgroep/maatschap bereid was deel te nemen aan een interview. Een viertal vakgroepen/maatschappen had deelname geweigerd of was niet te bereiken. Daarnaast nam een arts van Maastricht deel aan het onderzoek. Na deze zestien interviews bleek het aantal interviews met vrouwelijke artsen laag te zijn. Daarom werd er aan negen vrouwelijke artsen een e-mail gestuurd (zie bijlage 2) met de vraag of zij deel wilden nemen aan een interview. Daarop hadden drie artsen gereageerd en hiermee werd een interview gehouden. Nadat de artsen hadden toegezegd deel te nemen aan een interview, werd een brief aan hen gestuurd met bevestiging en verdere toelichting (zie bijlage 3). Alle interviews werden opgenomen op een cassetteband en letterlijk uitgetypt om een zo goed mogelijke verwerking en een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid te waarborgen. De duur van de interviews was zeer gevarieerd: van twintig minuten tot ongeveer een uur.

De interviews werden in een tijdbestek van ongeveer twee maanden gehouden. Totaal werden negentien artsen geïnterviewd, waarvan zes vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar. Hiervan waren er elf meer beschouwende specialismen en acht snijdende. Zes artsen werkten in

loondienst en dertien in een maatschap. Bij het analyseren van de resultaten werd gekeken naar de invloed van deze factoren, maar er werden op de meeste punten geen verschillen gevonden. Voor zover het wel het geval was, is dit weergegeven in het hoofdstuk resultaten.

Tevens werd er getracht de artsen te categoriseren naar de typologie van Emanuel & Emanuel (beschreven in paragraaf 3.2), maar dit was een vrijwel onmogelijke taak, omdat er niet direct werd gevraagd naar de arts-patiënt relatie. Voor zover er wel iets over te zeggen viel, is dit tevens vermeld in het hoofdstuk resultaten.

## **6 Resultaten**

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de resultaten die uit de interviews met de artsen naar voren zijn gekomen. De indeling die in het interviewschema gehanteerd is, zal tevens de indeling van de paragrafen zijn. Achtereenvolgens komen dan aan bod: fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten, medisch-technische fouten, vermeende fouten, fouten van collega's en tot slot de meest effectieve manier van het omgaan met fouten en de eventuele behoefte die artsen hebben wanneer er een fout is gemaakt.

### **6.1 Fouten in de organisatie of samenwerking**

Als eerste kwam het onderwerp fouten in de organisatie of samenwerking aan bod. Aan de respondent werd gevraagd of hij of zij persoonlijk wel eens te maken heeft gehad met een fout in de organisatie of samenwerking. Een aantal artsen sprak bij dit onderwerp over een persoonlijke ervaring. De verschillende artsen noemden diverse voorbeelden, zoals een geautomatiseerd systeem dat dubbele inschrijvingen er niet uitfilterde, waarbij de oorzaak bij het systeem lag; het toedienen van verkeerde medicatie na mondelinge afspraak doordat de verpleegkundige het verkeerde medicijn had gepakt; en geen goede of eenduidige communicatie onderling of met de patiënt. Bij deze situaties deden een aantal artsen een MIP-melding (Melding Incidenten Patiëntenzorg) en een aantal keer werd er lokaal actie genomen, zoals het organiseren van een bijeenkomst met hulpverleners uit verschillende disciplines en het nemen van maatregelen op de afdeling zelf. In een aantal gevallen communiceerde de arts de fout niet naar de patiënt, omdat deze niet bij bewustzijn was. Alle artsen bij deze voorbeelden kregen steun van collega's. De resultaten staan weergegeven in tabel 2. Voor deze tabel en de daaropvolgende tabellen geldt dat ieder voorbeeld dat is beschreven door één arts is genoemd. Niet alle velden kunnen in de

tabellen worden ingevuld, omdat er sprake is geweest van open interviews, waarbij niet alle aspecten aan de orde zijn gekomen.

Tabel 2. Persoonlijke ervaringen bij fouten in de organisatie of samenwerking

Voorbeeld	Gevolgen voor patiënt	Handelen arts	Reactie patiënt/familie	Steun	Ontstaan
In het geautomatiseerde röntgensysteem bleek dat dezelfde patiënt er twee keer in kan staan met verschillende geboortedatum, maar onder hetzelfde patiëntnummer.	Ja.	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIP-melding.</li> <li>Gemeld aan röntgen.</li> <li>Niet gemeld aan patiënt, omdat deze niet bij bewustzijn was.</li> </ul>		Niet van organisatie, wel van collega's.	Omdat iemand een verkeerde geboortedatum intypt en het systeem niet herkent dat er al een patiënt is met hetzelfde ID-nummer en dezelfde naam, maar een andere geboortedatum.
Patiënt heeft de verkeerde medicatie gekregen. De medicatie was mondeling afgesproken.	Verkeerde medicatie droeg bij aan het overlijden van de patiënt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Met familie gepraat en eerlijk vertelt wat er gebeurd is.</li> <li>MIP-melding.</li> <li>Fout is uitgebreid geanalyseerd. Lokaal zijn maatregelen genomen om te voorkomen voor toekomst.</li> </ul>	Familie reageerde redelijk begripvol. Familie was zelf ook medicus.	Met collega's over gesproken.	De patiënt lag in isolatie en daardoor kon de arts niet naar binnen lopen om het schriftelijk vast te leggen. Medicatie met tegengestelde werking lag naast elkaar en daardoor is er door de verpleegkundige het verkeerde medicijn toegediend.
Geen goede communicatie tussen hulpverleners uit verschillende disciplines. Klachten van patiënt werden niet serieus genomen, omdat deze werden toegeschreven aan de psychiatrische stoornis van de patiënt. De patiënt bleek achteraf uitzaaiingen te hebben.	Uitstel van behandeling.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arts is twee weken na opname bij de patiënt langs geweest, maar de patiënt wou geen contact meer.</li> <li>Een bijeenkomst georganiseerd met hulpverleners uit de verschillende disciplines, waar deze casus besproken is.</li> <li>Na deze ervaring is de arts nog alerter geworden en probeert nog meer informatie over patiënten te verwerven.</li> </ul>	Zeer boos. Wilde geen contact meer.	Met collega's over gesproken.	Geen goede communicatie tussen verschillende disciplines.
Andere medisch-specialist (A) zegt tegen patiënt te twijfelen aan diagnose arts.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Arts is getuige geweest bij klachtencommissie.</li> </ul>	Klacht ingediend bij klachtencommissie tegen specialist A. Er was meer aan de hand dan het omschreven probleem. Klacht is ongegrond verklaard, waarna de patiënt een letselschadeadvocaat in de arm heeft genomen. Klacht komt volgens arts vermoedelijk uit echtgenoot patiënt.	Met collega's uit maatschap over gesproken.	Heeft te maken met de hele organisatie van de gezondheidszorg.
Patiënt heeft verkeerd medicijn toegediend gekregen. Dit was mondeling gecommuniceerd.	Patiënt kreeg ritmestoornissen. Is daarvoor behandeld. Dit is goed afgelopen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIP-melding</li> <li>Niet gecommuniceerd naar de patiënt, wel in medisch dossier vermeld. Patiënt was op dat moment onder narcose.</li> </ul>		Met direct betrokken collega's over gesproken.	De medicatie lag naast andere medicatie; er is niet goed gekeken en het verkeerde medicijn toegediend gekregen.

Naast deze artsen die zich een persoonlijk voorbeeld konden herinneren, waren er een aantal artsen die over meer algemene voorbeelden vertelde. Daarbij vertelden ze over situaties die zich wel eens voordeden, maar werd er niet vanuit één concrete situatie gesproken die de arts zich herinnerde. Een aantal artsen had het over afspraken waar wat mis mee ging. De meeste artsen boden bij dit soort aangelegenheden hun excuses aan bij de patiënt. Andere artsen noemden nog: fouten in de verslaglegging van de verpleging mede veroorzaakt doordat het verpleegkundig dossier sinds kort geautomatiseerd is, verkeerd onderzoek dat gedaan werd, patiënten die een spoedafpraak kregen die dat niet nodig hadden (en omgekeerd), lange wacht- en toegangstijden en het niet gekregen hebben van een antwoord bij een second opinion. Artsen gingen verschillend met dit soort zaken om. Om dit soort fouten te voorkomen zei één arts tegen patiënten dat ze zelf ook de verantwoordelijkheid moeten nemen bij de planning. De arts die regelmatig problemen had met het niet krijgen van antwoord bij een second opinion probeerde om dit te voorkomen door herhaaldelijk hiervoor te bellen. Een wat meer paternalistische arts zei niet te onderhandelen met patiënten wanneer ze klagen als ze te lang hebben moeten wachten. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3. Meer algemene voorbeelden bij fouten in de organisatie of samenwerking

Voorbeeld(en)	Gevolgen voor patiënt	Handelen arts	Reactie patiënt	Steun	Ontstaan
Fouten in verslaglegging verpleging. Heeft o.a. te maken met het sinds kort geautomatiseerd zijn van het verpleegkundig dossier.	Het zijn vaak kleine dingen die geen gevolgen hebben voor de patiënt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bespreken met de desbetreffende verpleging.</li> </ul>			Het verpleegkundig dossier is sinds kort geautomatiseerd en dit geeft nog wel eens wat problemen in de communicatie. Ook komt het voor dat bepaalde zaken niet goed uit de rapportage van de verpleegkundigen zijn te halen.
Organisatorische aangelegenheden, zoals een afspraak die niet gemaakt wordt of afgezegd wordt. Onderzoek dat niet uitgevoerd wordt. Verkeerd onderzoek dat gedaan wordt.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitleggen aan patiënt. Zeggen dat er een fout gemaakt is.</li> </ul>	Hangt af van de hoeveelste keer het is dat de patiënt dit ervaart.		De patiënt, de secretaresse of de arts zelf geeft het niet goed door.
Arts ervaart wel eens dat er een patiënt komt die met spoed gezien had moeten worden en omgekeerd dat iemand met spoed komt en het helemaal geen spoed is. En patiënten die te laat geopereerd worden.	Bij de arts niet voorgekomen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Om te voorkomen: Arts zegt tegen patiënten zelf ook verantwoordelijkheid te nemen bij planning. Als ze na een aantal weken nog niets hebben gehoord over de datum voor de operatie, dan adviseert de arts aan de patiënt om zelf te bellen.</li> </ul>			

Voorbeeld(en)	Gevolgen voor patiënt	Handelen arts	Reactie patiënt	Steun	Ontstaan
Lange wacht- en toegangstijden polikliniek.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Korte uitleg, maar niet onderhandelen of veel tijd aan besteden.</li> </ul>	Patiënten willen niet meer wachten. Sommige patiënten zijn erg boos en dienen klacht in bij het patiëntenservicebureau.		De arts wijt dit aan een tekortschieten van de organisatie.
Afspraken die niet goed lopen. Dat er afspraken gemaakt worden op het moment dat je er niet bent.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Het wordt altijd gemeld. Er is een vrij actief meldingssysteem (buiten Atrium).</li> <li>Het wordt aan de patiënt gemeld en er wordt excuses aangeboden</li> </ul>	Meestal wel goed als je het uitlegt.		
Afspraken die afgezegd worden. Mensen die te lang moeten wachten.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Arts laat mensen bij hem klagen. Arts biedt excuses aan en geeft aan dat hij het vervelend vindt. Maar laat patiënten er niet te lang over praten.</li> </ul>			De druk is te groot; veel patiënten op het spreekuur; te weinig ruimtes. Ondersteuning is tevens een probleem: als de arts een bepaalde verrichting moet doen moet hij wachten op assistentie. Bovendien heeft de arts tijdens spreekuur soms ook supervisetaken.
Patiënt die niet op de afgesproken tijd geholpen wordt.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Erkennen dat de patiënt heeft moeten wachten. Aanbieden van excuses.</li> </ul>	Deze handelswijze van arts neemt een stuk boosheid en onvrede weg.		De benodigde tijd komt niet overeen met de geplande tijd. Planning is moeilijk, omdat niet iedere patiënt evenveel tijd nodig heeft.
Geen antwoord op second opinion bij verdenking melanoom.	Tijdverlies met mogelijke gevolgen en vervelend voor patiënt alsnog een behandeling te ondergaan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>De arts probeert tijdverlies te voorkomen door goed bij te houden wanneer de aanvraag voor een second opinion is gedaan en herhaaldelijk te bellen.</li> </ul>		Dit soort zaken worden met collega's binnen de maatschap besproken.	De uitslag is dan niet verstuurd of is niet meteen bekeken.

Daarnaast was er een groep artsen die weliswaar een concrete situatie noemde, maar dit was een situatie waar deze artsen zelf niet echt persoonlijk bij betrokken waren. Het was bijvoorbeeld iets wat een collega was overkomen of wat ze tijdens een plenaire bespreking hadden gehoord. Als voorbeelden noemden deze artsen: anesthesioloog was niet te bereiken, omdat de persoon op de telefooncentrale niet wist hoe naar Duitsland te bellen; vergeten een bed te bestellen voor de patiënt; een patiënt moest uren wachten op de eerste hulp, omdat er met de overdrachtmomenten iets misliep en een patiënt die ten onrechte werd opgenomen. Het pas uren later op de eerste hulp geholpen worden van een patiënt kon zelfs ernstige lichamelijke gevolgen hebben voor de patiënt. De actie die ondernomen was bij de verschillende voorbeelden was ook divers: bij het

bed dat vergeten was te bestellen, werd snel alsnog een bed geregeld. De patiënt was daar niets van te weten gekomen. Bij het niet bereiken van de anesthesioloog was een MIP-melding gedaan. Voor de patiënt die ten onrechte was opgenomen, werd een nieuwe afspraak gemaakt. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Niet persoonlijke voorbeelden bij fouten in de organisatie of samenwerking

Voorbeeld	Gevolgen voor de patiënt	Actie die genomen is	Reactie patiënt	Ontstaan
Anesthesioloog was niet te bereiken, omdat men op de telefooncentrale niet wist hoe te bellen naar Duitsland.	Niet in dit geval.	<ul style="list-style-type: none"> <li>MIP-melding.</li> <li>Centraal in de groep besproken en gemeld om te voorkomen voor toekomst.</li> </ul>		Door menselijke factoren.
Vergeten bed te bestellen voor de patiënt.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ad hoc. Er wordt ergens snel een bed geregeld. Achter de schermen, zodat de patiënt daar niet achter hoeft te komen.</li> </ul>		
Patiënt wordt pas uren later op de eerste hulp geholpen.	Dat komt voor.			Dit komt doordat verschillende arts-assistenten verantwoordelijk zijn voor ieder een dagdeel. Veel overdrachtsmomenten, waardoor er in de communicatie iets misloopt.
Patiënt ten onrechte opgenomen voor een onderzoek waar een arts aanwezig moest zijn die op dat moment ingepland stond voor andere dingen.	Ten onrechte opgenomen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nieuwe afspraak gemaakt voor patiënt.</li> </ul>	Heeft klacht ingediend.	Door grote organisatie wordt de complexiteit van de afspraken steeds moeilijker.

Naast de hiervoor beschreven ervaringen van de artsen, waren er nog een aantal artsen die niet ingingen op een concreet voorbeeld of ervaring over een fout in de organisatie of samenwerking, maar meer een algemene beschouwing gaven over de organisatie van de gezondheidszorg. Deze artsen, waar voorzichtig van gezegd kan worden dat de meeste van hen een meer paternalistisch model volgen, gingen in op de complexiteit van de zorg, ketenzorg en op de bureaucratie die er binnen de gezondheidszorg is en die fouten in de hand kunnen werken.

Daarnaast ging één arts nog dieper in op de problemen bij de organisatie van de polikliniek. Uit deze voorbeelden blijkt niet echt hoe artsen persoonlijk omgaan met fouten, daarom vindt geen verdere bespreking van deze beschouwingen plaats.

## 6.2 Bejegeningfouten

Ten aanzien van bejegeningfouten werd aan de artsen gevraagd of ze hier wel eens mee te maken hadden gehad en of ze een persoonlijk voorbeeld konden noemen. Een aantal artsen kon zich nog een situatie herinneren waarin ze zelf een fout in de bejegening hadden gemaakt. Deze artsen noemden de volgende ervaringen: het zich ergeren aan een patiënt, opname van een kind zonder

goede uitleg hierbij veroorzaakt doordat er iets mis was gegaan met de overdracht naar het weekend toe; andere manier van aanpak bij overname van een collega; een opmerking die niet goed was gevallen bij een patiënt, waarbij de arts de patiënt niet kende; doorgaan met handeling terwijl de patiënt aangaf pijn te hebben en een grapje dat de arts maakte tegen de assistent dat de patiënt niet kon waarderen. Deze arts kende de patiënt ook niet. In de meeste gevallen vonden de artsen een oplossing voor het probleem of leerden een wijze van omgaan met patiënten waardoor de fouten werden voorkomen. Bij de arts die zich ergerde aan de patiënt, merkte de patiënt dit. Dit werd uitgesproken en hierdoor verliep het contact verder goed. Bij de opname van een kind zonder goede uitleg hierbij, hadden de ouders achteraf een klacht ingediend. Door meer ervaring handelt de arts nu anders. De arts die een andere manier van aanpak had dan zijn oud-collega en hierdoor problemen met de patiënt ontstonden, onderhandelt altijd met de patiënt. De artsen die een verkeerde opmerking naar de patiënt of in het bijzijn van de patiënt maakten, kenden beiden de patiënt niet goed. In een aantal gevallen dienden de patiënt of de familie van de patiënt een klacht in. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 5.

Tabel 5. Persoonlijke ervaringen bij bejegeningfouten.

Voorbeeld	Handelen arts	Reactie patiënt/familie	Ontstaan
Arts ergerde zich en de patiënt merkte dat.	Uitgesproken en nagaan wat je aan elkaar irriteert.	Kon niet goed verwerken dat er irritatie was. Maar toen het was uitgesproken ging het weer goed.	Arts weet niet meer wat aanleiding was in dit geval, maar geeft aan dat bij moeheid soms wat eerder irritatie optreedt.
Arts had voorgesteld kind op te nemen vlak voor een weekend en had niet goed over de reden hiervan gecommuniceerd naar ouders. Tijdens het weekend had de arts geen dienst.	Door meer ervaring handelt de arts nu anders.	Ouders waren boos, hebben het kind mee naar huis genomen. Achteraf bleek dat ze bang waren voor een maligniteit. Ouders hebben achteraf een klacht ingediend.	Arts kijkt naar het belang van het kind, maar ouders zien sommige dingen anders. In dit geval is dat niet goed uitgelegd aan de ouders en er was iets mis gegaan met de overdracht.
Klacht van familie van overleden patiënt die vond dat de arts de patiënt niet op de juiste wijze benaderd had. Arts vond dat hij dat wel gedaan had.		Familie heeft klacht ingediend bij de klachtencommissie.	
Overname van oud-collega. Door een andere manier van aanpak ontstonden er problemen.	Onderhandelen met de patiënt.		Patiënt kwam van andere arts. De arts heeft te vroeg de patiënt op een andere manier dan dat de patiënt gewend was aangesproken.
Opmerking gemaakt tegen een patiënt: u heeft die ziekte dus het is logisch dat u slecht slaapt. Dit is bij de patiënt niet goed gevallen.	Contact opgezocht met maatschappelijk werk.		Arts kende de patiënt niet goed.
Patiënt had nog pijn bij lokale anesthesie, maar de arts heeft gezegd dat het nog even duurt.		Klacht ingediend bij 'klachtenbureau' (dit was niet in Atrium). Na een gesprek met elkaar is men naar tevredenheid uit elkaar gegaan.	
Grapje gemaakt met de assistent tijdens een bepaalde verrichting waarbij de patiënt onder lokale anesthesie was. Dit viel bij de patiënt verkeerd, omdat hij een bepaald oorlogsverleden had.		Patiënt heeft klacht ingediend bij klachtencommissie.	Arts kende de patiënt niet.

Daarnaast waren er artsen die zich geen concrete ervaring konden herinneren, maar ingingen op algemene situaties die zich in de relationele sfeer wel eens voordeden. Deze artsen vertelden onder andere over patiënten die wel eens een verwijtende houding aannemen en waarbij de arts in een verdedigende houding schiet; het een andere indruk wekken van een bepaald gedrag wat bijvoorbeeld veroorzaakt wordt omdat sommige zaken onvoldoende duidelijk zijn uitgelegd; te kortaf overkomen wanneer er juist meer behoefte is aan uitleg; wrevelf door lange wachttijden; te weinig uitleg geven aan de patiënt en niet meer zo geduldig zijn. Enkele artsen noemden nog de volgende oorzaken: te drukke polikliniek waardoor er onvoldoende tijd is en vermoeidheid. Een aantal artsen gaf hierbij aan dat ze in dit soort gevallen meestal de signalen opvangen dat er problemen zijn bij de communicatie en hierdoor niet zo vaak deze situaties meemaakten, waardoor het tot echte conflicten leidde. De resultaten van deze meer algemene voorbeelden staan in tabel 6 weergegeven.

Tabel 6. Meer algemene voorbeelden bij bejegeningfouten.

Voorbeeld(en)	Handelen arts	Ontstaan
Patiënt neemt verwijtende houding aan, omdat hij bijvoorbeeld lang heeft moeten wachten. Wanneer de arts in een verdedigende houding schiet, krijgt hij een conflictsituatie.		Patiënten kennen de achtergrondredenen niet en leggen de schuld vaak bij de eerste hulpverlener.
De arts geeft aan dat het wel eens zo kan zijn dat een bepaald gedrag een andere indruk werkt.	Arts vindt het erg belangrijk dat je dat herkent in de communicatie en dat je dat in de communicatie repareert.	Bijvoorbeeld omdat sommige zaken onvoldoende duidelijk zijn uitgelegd, omdat er weinig tijd is of dat hij er van uit gaat dat de patiënt die informatie al heeft.
De arts kan zich heel goed voorstellen dat hij in bepaalde situaties misschien wel eens te kortaf overkomt en dat er dan juist behoefte is aan een uitgebreide uitleg.		Doordat er niet altijd de tijd en de situatie voor is.
Lange wachttijden kunnen tot wrevelf leiden.	Arts zegt goede antennes te hebben om te signaleren dat het contact niet goed verloopt.	
Te weinig uitleg gegeven aan de patiënt. Dat bij slecht nieuws gesprekken een gedeelte van de informatie niet aankomt.		Door de drukke polikliniek is er niet altijd voldoende tijd voor bepaalde patiënten.
Twee keer meegemaakt: niet meer zo geduldig en niet meer zo goed kunnen luisteren en daardoor is er in de communicatie iets mis gegaan. En de arts had dat niet in de gaten.		Door vermoeidheid (na een hele dag spreekuur) of er is iets gebeurd dat niet goed gevallen is.

Naast de bovengenoemde resultaten, was er nog een arts die een voorbeeld gaf waarbij hij niet zelf een bejegeningfout gemaakt heeft, maar een arts-assistent. Hij kreeg daar wel mee te maken doordat de patiënt daarover een klacht bij hem uitte. Hierbij ging het om een arts-assistent met een andere culturele achtergrond en die een andere houding had jegens vrouwen dan in

Nederland gebruikelijk is. De arts ging na de klacht van de patiënt praten met de arts-assistent en hierdoor werd het conflict opgelost.

Een andere arts ging in op het stoppen van een behandeling, omdat deze zinloos was. De patiënt zou hierdoor overlijden. Zij gaf aan dat dat soms leidt tot conflicten bij familieleden van de patiënt. Door gesprekken met de familieleden van de patiënt probeerde de arts dan uit te leggen wat er aan de hand was.

Daarnaast vertelde een aantal artsen over een ‘verkeerde’ bejegening door patiënten. Een patiënt die narcose eiste, maar de arts vond dit niet noodzakelijk en heeft de patiënt hier ook van proberen te overtuigen. Hij had wel een aanvraag hiervoor gedaan bij de zorgverzekeraar, maar voordat de beslissing was genomen, was de patiënt naar een privé-kliniek toe gegaan. Een andere arts schetste een casus waarin ze een klacht via het patiëntenservicebureau kreeg van de patiënt. Dit was echter eerder aan het gedrag van de patiënt toe te schrijven. Deze patiënt wilde meteen behandeld worden, terwijl hij geen verwijzing had en liet dit luidruchtig in de wachtkamer weten. De arts had hem wel meegenomen naar de spreekkamer en gekeken naar de gezondheidsklacht, waarbij het maar om een eenvoudige aandoening bleek te gaan.

Een aantal artsen gaf aan zich er niet van bewust te zijn dat ze ooit een bejegeningfout hebben gemaakt, waarvan voorzichtig gezegd kan worden dat hier een aantal artsen een paternalistische werkwijze hanteerden, terwijl een aantal hiervan dit zeker niet deden.

### **6.3 Medisch-technische fouten**

Ten aanzien van het thema medisch-technische fouten vertelde een aantal artsen over hun concrete ervaringen met dit onderwerp. Een arts had het hierbij over een gemiste fractuur. De arts had nog weinig ervaring toen dit haar overkwam. De patiënt had een klacht ingediend, omdat de verpleging hem er mee had laten lopen. De arts had de gemiste fractuur aan de patiënt toegegeven. De patiënt diende desondanks toch een klacht in. Een andere arts vertelde over het missen van een diagnose. De arts was afgegaan op de beoordeling van de röntgenoloog, maar de arts noemde zichzelf wel eindverantwoordelijk. De arts had dit ook toegeven aan de patiënt. Hierbij had de patiënt een schadevergoeding gekregen. Een andere arts ging in op een behandeling die niet is gegaan zoals het zou moeten gaan. Dit werd veroorzaakt doordat de consistentie van de prostaat anders was dan ingeschat en er geen duidelijk beeld met de echo was. De arts had dit ook uitgebreid toegelicht aan de patiënt. De patiënt had er begrip voor. Een arts

vertelde over een patiënt die een nabloeding kreeg bij een operatie. De patiënt had dit de arts ook verweten en de patiënt had vervolgens een schadevergoeding gekregen. De arts vond echter wel dat andere specialismen hier ook verantwoordelijk voor waren. Deze resultaten staan weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Persoonlijke ervaringen bij medisch-technische fouten.

Voorbeeld	Gevolgen voor de patiënt	Handelen arts	Reactie patiënt/familie	Steun	Ontstaan
Een gemiste fractuur. De dag erna bleek dit op een foto te zien te zijn.	De verpleging had gezegd dat er niets aan de hand was en heeft de patiënt ermee laten lopen. Dat was dus pijnlijk voor de patiënt.	Heeft na signalering van het missen van de fractuur een gesprek gehad met de patiënt.	Patiënt heeft een klachtenbrief ingediend.	Van de verantwoordelijk specialist.	Onervarenheid en is inherent aan het vak.
Pas bij het derde contact (na 2 jaar) met de patiënt werd de juiste diagnose gesteld. Het ging om een ernstige aandoening.	Ja.	Tegen de patiënt gezegd dat hij de diagnose waarschijnlijk heeft gemist en dat dat twee jaar geleden al bestond.	Heeft schadevergoeding gekregen.	Nee.	De arts is afgegaan op de beoordeling door een röntgenoloog van de röntgenfoto. De arts zegt dat hij het zelf eigenlijk nog een keer had moeten bekijken, maar daar geen tijd voor te hebben gehad. Hij noemt zichzelf wel eindverantwoordelijk.
Behandeling die niet ging zoals het zou moeten gaan.		Arts heeft het de patiënt uitgebreid verteld. Is daar open over geweest en heeft het geïllustreerd aan de hand van plaatjes. Dit is gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In de instelling zijn veranderingen gedaan.	Patiënt heeft begrip en is nog steeds onder behandeling bij deze arts. Hij waardeerde het dat de arts alles eerlijk heeft verteld.	Gesproken met mensen uit de organisatie (niet direct betrokken collega's).	Consistentie prostaat was anders dan ingeschat en geen duidelijk beeld met de echo, daardoor is de behandeling niet goed uitgevoerd.
Patiënt had stollingsproblematiek. Na de operatie kreeg hij een nabloeding. Na ongeveer twee dagen kreeg de patiënt uitvalsverschijnselen en moest opnieuw geopereerd worden.			Patiënt verweet de arts dat hij eerder had moeten opereren en is een civiele procedure gestart. Uiteindelijk heeft hij een schadevergoeding gekregen.	Is besproken met hoofd van de afdeling, maar dit is meer gebeurd om zakelijke redenen.	De arts vindt dat andere specialismen hier ook verantwoordelijk voor zijn geweest.

Daarnaast waren er ook enkele artsen die zich geen concrete eigen ervaring konden herinneren, maar die wel vertelden over situaties die zich wel eens (kunnen) voordoen. Een arts zei dat tijdens een obductie soms wel eens dingen worden vastgesteld waar bij leven niet aan gedacht

was. De arts zei dat dit toegeschreven kon worden aan een gebrek aan kennis. In zo'n geval vertelde de arts dit aan de nabestaanden. Een andere arts had het over een inschattingfout bij een bepaalde stoornis wat de arts zichzelf wel verwijt. Hij brengt in zo'n geval de nieuwe diagnose in, maar zegt niet expliciet dat hij iets fout heeft gedaan. Een arts had het gehad over een grijs gebied: de ene patiënt krijgt soms teveel medicijnen en een andere weer te weinig. Ook deze arts zegt niet expliciet tegen de patiënt dat die behandeling fout was. Een andere arts vertelde dat bij het trekken van een kies een andere tand of kies wel eens afbreekt. Hij weet dit aan het risico van de behandeling. Hij geeft in zo'n situatie aan patiënten aan dat dit het risico van de behandeling is, zoals hij van tevoren heeft verteld. Een arts ging in op een diagnose missen bij de beoordeling van een foto of tijdens een endoscopie. Deze arts vindt dat inherent aan het werken in de gezondheidszorg. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. Meer algemene voorbeelden bij medisch-technische fouten.

Voorbeeld(en)	Gevolgen voor patiënt	Handelen arts	Reactie patiënt	Ontstaan
Tijdens een obductie worden vaak dingen vastgesteld waar bij leven niet aan gedacht is.		In zo'n geval vertelt de arts dat aan de familie en probeert dan ook uitleg te geven hoe de diagnose gemist kan zijn. Tevens zegt hij wat de gevolgen zouden zijn als de diagnose wel was gesteld.		Door gebrek aan kennis.
Inschattingfout ten opzichte van een bepaalde stoornis.	Uitstel van behandeling.	Arts brengt in zo'n geval de nieuwe diagnose in. Hij zegt niet expliciet van ik heb dat fout gedaan, omdat hij dit niet zo relevant vindt.		De arts rekent deze verkeerde inschatting zichzelf aan.
Het niet krijgen van de juiste (hoeveelheid) medicijnen: overbehandeling, onderbehandeling.		Arts vertelt niet van we hebben u te zwaar behandeld. Hij vertelt wel dat we met deze ervaring voorzichtig moeten zijn voor de toekomst.		De arts wijt dit aan het grijze gebied dat in zijn vak erg groot is. Patiënten zijn soms blij met weinig medicijnen.
Bij het trekken van een kies, breekt er een andere tand of kies af.		Arts zegt in zo'n geval dat de patiënt het risico hierop wist.	Meestal blijven patiënten in zo'n geval ontevreden en willen een schadevergoeding.	De arts ziet dit als het risico van de behandeling.
Arts geeft aan dat hij best wel eens een diagnose zou kunnen hebben gemist. Hij gaat wel in op iets dat hem wel eens overkomen kan zijn, namelijk iets niet zien op een foto of tijdens een endoscopie.				De arts vindt het inherent aan het werken in de gezondheidszorg dat sommige dingen soms minder goed verlopen dan gepland.

Daarnaast gaf een groot deel van de artsen aan dat ze zich er niet van bewust waren ooit een medisch-technische fout te hebben gemaakt.

## 6.4 Vermeende fouten

Ten aanzien van vermeende fouten werd er tevens aan de artsen gevraagd of ze hier persoonlijk wel eens mee te maken hebben gehad. Een groot deel van de artsen vertelde hierbij over een persoonlijke ervaring. De voorbeelden die de artsen noemden, zijn zeer divers. In veel van deze voorbeelden diende de patiënt of de familie van de patiënt een klacht in. Een deel van deze artsen had aan de patiënt of familie proberen uit te leggen wat er gebeurd was, maar in een aantal gevallen was dit niet afdoende. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 9.

Tabel 9. Persoonlijke ervaringen bij vermeende fouten.

Voorbeeld	Handelen arts	Reactie patiënt/familie	Steun	Ontstaan
Patiënt heeft littekenbreuk en verwijt de arts dit.		Patiënt dient klacht in bij de klachtencommissie. Patiënt is bij controleafspraken kortaf tegen de arts, maar dient klacht in zonder het te hebben besproken met arts.	Nee.	
Patiënt zou eerst een bypass operatie krijgen, maar het behandelteam vindt het beter om een dotterbehandeling te geven.		Patiënt dient klacht in, omdat hij zich helemaal had voorbereid op de operatie.		
Patiënt is niet pijnvrij tijdens een bepaalde behandeling en legt de klacht neer bij de behandelend arts i.p.v. bij de anesthesist.		Patiënt dient klacht bij de klachtencommissie in tegen behandelend arts.	Van collega's.	Doordat de patiënt niet goed wist waar de verantwoordelijkheid lag ging zij het de arts verwijten.
Patiënt dacht dat ze een tumor had, maar had dat niet. Een half jaar later heeft ze wel een tumor.		Echtgenoot van patiënt (patiënt is overleden) is heel boos geworden.	Een collega en de politie zijn hier bij betrokken geweest.	Door miscommunicatie. De arts heeft de patiënt niet goed duidelijk kunnen maken wat er aan de hand is.
Patiënt was van mening dat de arts niet een bepaald onderzoek had laten doen.		Patiënt heeft klacht ingediend bij de klachtencommissie. Patiënt heeft de klacht niet eerst bij de arts geuit.	Nee.	
De dochter van een patiënt dacht dat haar moeder mishandeld werd. Uiteindelijk is besloten om de moeder over te plaatsen, maar een aantal uren voor de overplaatsing is de patiënt overleden. Dochter verwijt artsen dat haar moeder vermoord is.	Voor het overlijden uitgebreid gesproken met dochter. Na het overlijden uitgelegd in een brief en in een gesprek dat haar moeder niet vermoord is.	Dochter dient klacht in bij de klachtencommissie.	Van collega's.	
Echtgenoot van patiënt is er van overtuigd dat de patiënt ernstig ziek is geworden van de medicijnen die de arts had voorgeschreven.	Probeert rustig te blijven. Heeft uitgelegd dat de kans van deze ernstige bijwerking van dat medicijn heel minimaal is. Heeft huisarts gebeld om in te lichten over conflict.	De patiënt accepteerde de uitleg van de arts, maar de echtgenoot niet.		

Voorbeeld	Handelen arts	Reactie patiënt/familie	Steun	Ontstaan
<p>1. Patiënt is gevallen na staaroperatie en heeft de heup gebroken. Patiënt verwijt de arts dat deze niet heeft gezegd dat hij nog een aantal weken wazig zou zien.</p> <p>2. Patiënt had allerlei problemen met haar oog gehad. Patiënt bij verschillende artsen langs geweest die allemaal niet goed wisten hoe ze haar moesten behandelen. Uiteindelijk is zij bij de arts terechtgekomen en die heeft gezegd dat de patiënt wel aan staar geopereerd zou kunnen worden en dat zij dan waarschijnlijk beter zou gaan zien. Operatie is geslaagd, maar de patiënt heeft nog steeds klachten die toe te schrijven zijn aan de andere problemen die ze aan haar oog had.</p>	<p>1. Arts steekt door deze ervaring nog meer tijd in voorlichting.</p> <p>2. Arts heeft patiënt na de operatie 1 of 2 keer terug gezien en besproken met de patiënt dat het allemaal wel redelijk gaat en dat ze geduld moet hebben. Door allerlei verwickelingen is de patiënt uiteindelijk bij een andere arts terecht gekomen. Na de brief van de advocaat heeft de arts een brief in overleg met de ziekenhuisjurist terug geschreven.</p>	<p>1. Patiënt dient klacht in via een advocaat.</p> <p>2. Patiënt heeft gedacht dat de arts haar niet meer wil zien. En heeft via een advocaat een brief geschreven waarin de beschuldiging werd gedaan van slechte behandeling en het mislukken van de operatie. Uiteindelijk is de klacht ingetrokken na het ontvangen van een brief van de arts.</p>	<p>Klachten zijn door regiomanager en afdelingshoofd gelezen. De ziekenhuisjurist is daar ook bij betrokken geweest.</p>	<p>1. Arts heeft de patiënt geopereerd, maar de patiënt was eerst gezien door een andere arts.</p> <p>2. De patiënt is bij een andere arts terechtgekomen, waardoor de arts het niet goed meer uit kon leggen. De continuïteit van de informatieverstrekking, voorlichting en begeleiding is onderbroken geweest.</p>
<p>Patiënt had de indruk gekregen dat de artsen en assistenten maar wat deden, omdat de assistent gezegd had dat deze niet precies wist wat er bestraald werd. De assistent had het volgens de arts wel goed verteld, maar er is door de patiënt deze zin opgepikt.</p>	<p>Arts heeft de patiënt kunnen uitleggen waarom er wat gedaan is.</p>	<p>Patiënt is met de arts gaan praten en na dit gesprek is hem alles duidelijk geworden.</p>		<p>Door niet goede communicatie.</p>
<p>Patiënt verwijt arts dat hij na de operatie achteruit is gegaan. De patiënt heeft bij de operatie een infectie opgelopen, waardoor hij een dwarslaesie heeft gekregen.</p>	<p>Vorgelegd aan adviseurs in ziekenhuis.</p>	<p>Patiënt schrijft 5 jaar later een brief aan arts waarin hij aangeeft dat de behandeling is mislukt en dat er onaanvaardbaar risico is genomen. Hij verwijt onvoldoende voorlichting.</p>		<p>Doordat de patiënt andere verwachtingen had.</p>
<p>Patiënt is overleden aan een complicatie (een heel ernstige infectie) die ze ook had kunnen krijgen zonder die operatie.</p>	<p>Arts heeft gesproken met verschillende familieleden (familieleden communiceerden niet goed met elkaar).</p>	<p>De familie heeft een klacht ingediend bij de klachtencommissie.</p>	<p>Over gesproken met collega's uit de maatschap.</p>	
<p>Patiënt had uitval van ulnaris doordat de arm niet goed lag op de armsteun bij narcose.</p>	<p>Nadat de patiënt een brief had geschreven, heeft de arts er met hem over gesproken.</p>	<p>Patiënt heeft brief geschreven na een tweede opname (een aantal maanden later).</p>		

Bij vermeende fouten noemde tevens een aantal artsen meer algemene voorbeelden, waarbij ze niet spraken vanuit één concrete ervaring met een patiënt, zoals een ontsteking die optrad bij een infuus; patiënten die niet stil lagen bij een ruggenprik waardoor er problemen met het lopen ontstonden; patiënten die dachten dat verkeerde medicatie was voorgeschreven veroorzaakt door onvoldoende vertrouwen in de arts en de mate en de ernst van de bijwerking; en het steeds meer verdedigend optreden van patiënten bij bepaalde therapieën. Een arts vertelde dat hij in zo'n geval de patiënt probeert te overtuigen van een bepaalde behandeling, maar wanneer patiënten

het hier niet mee eens zijn, adviseert hij de patiënt naar een andere arts te gaan. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 10.

Tabel 10. Meer algemene voorbeelden bij vermeende fouten.

Voorbeeld	Handelen arts	Ontstaan
Ontsteking bij infuus. Niet stil liggen bij ruggenprik, waardoor een bloeding ontstaat of de patiënt een aantal dagen moeilijk kan lopen.		Door het niet stilliggen.
Patiënten die denken dat de verkeerde medicijnen zijn voorgeschreven.	Afhankelijk van hoe de klacht gebracht wordt. Arts zal in ieder geval altijd uitleg geven.	Door onvoldoende vertrouwen in de arts. En het ligt aan de mate en ernst van de bijwerking.
Mensen gaan zich steeds meer verdedigen bij bepaalde therapieën.	Met argumenten patiënt proberen te overtuigen. Wanneer patiënten dan toch niet tevreden zijn dan adviseert de arts de patiënt om naar een andere arts te gaan.	Door internet en dergelijke. Twee redenen: ten eerste kan het aan de benadering van de arts toe te schrijven zijn. Bijvoorbeeld als hij het te druk heeft. Ten tweede kan het aan de patiënt toe te schrijven zijn. Sommige patiënten zijn vooraf al niet tevreden. Soms kan de arts het in zo'n geval niet opbrengen om veel tijd aan de patiënt te besteden, zodat deze tevreden naar huis gaat.

Ook bij vermeende fouten kon een aantal artsen zich geen voorbeeld herinneren, of zei nog nooit iets dergelijks te hebben meegemaakt.

## 6.5 Fouten van collega's

Aan de artsen werd tevens gevraagd of zij wel eens fouten van collega's waarnemen. Een aantal artsen dacht bij het begrip collega's slechts aan de directe collega's uit hun maatschap of vakgroep. Een aantal artsen gaf aan dit wel eens te zien vanuit hun functie: opleider en medisch-manager. Een arts vertelde dat tijdens een plenaire bespreking wel eens fouten besproken worden. Een arts zei het niet goed te vinden om een collega aan te spreken op hun verkeerde vermeende diagnostiek of behandeling. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 11.

Tabel 11. Fouten van directe collega's

Antwoord op de vraag: ziet u wel eens fouten van collega's?	Soort fouten (fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten of medisch-technische fouten)	Handelen arts
Regelmatig met name omdat de arts opleider is.	Diagnostische fouten en inschattingfouten: medisch-technische fouten.	Arts moet arts-assistenten coachen. Er is elke ochtend een ochtendrapport waarin alle patiënten besproken worden.
Ja, dat gebeurt.	Verkeerde inschatting in diagnose of behandeling: medisch-technische fouten	In de groep wordt tijdens overdrachten en rapporten, 's morgens en 's avonds veel bijgestuurd. Daardoor is er onderlinge interne controle.
Ja, vooral omdat de arts medisch-manager is en heeft hierdoor wel fouten of klachten onder ogen gekregen die gingen over collega's.		De arts overlegt dit met de collega's. De arts vindt het heel erg "ongezond" als je collega's gaat aanspreken op hun verkeerde vermeende diagnostiek of behandeling. De arts belt collega's wel eens voor uitleg. Vaak blijkt dan dat de patiënt een andere interpretatie heeft.

Antwoord op de vraag: ziet u wel eens fouten van collega's?	Soort fouten (fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten of medisch-technische fouten)	Handelen arts
Ja, tijdens plenaire besprekingen waar wordt geanalyseerd welke factoren een rol hebben gespeeld. Buiten de plenaire bespreking ziet hij slechts kleinere dingen.		Bij kleinere dingen corrigeert de arts zijn collega.
Nauwelijks. Meestal zijn ze al van tevoren besproken tussen collega's onderling.		

Anderen vatten het begrip collega's wat ruimer op. Zij verstonden onder dit begrip ook artsen van een andere specialisme of ook huisartsen. Deze artsen zeiden wel eens fouten van deze collega's te zien. Allerlei soorten fouten werden wel eens waargenomen. Er is een onderscheid gemaakt tussen vrouwelijke artsen en mannelijke artsen. Het was namelijk opvallend dat het merendeel van de vrouwelijke artsen zei dat ze moeite hadden met dit aspect. Een arts vindt het moeilijk om sommige collega's er op aan te spreken. Een aantal vrouwelijke artsen vertelde dat het niet gebruikelijk is om collega's af te vallen.

Tabel 12. Fouten van collega's (vrouwelijke artsen)

Antwoord op de vraag: ziet u wel eens fouten van collega's?	Soort fouten (fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten of medisch-technische fouten)	Omgaan hiermee; actie arts
Ja.	Alle drie soorten.	Dat ligt eraan. De arts koppelt dat niet altijd terug alleen als ze dit zinvol acht voor de betreffende arts en de patiënt. Als het gaat om een mening van de patiënt dan bespreekt ze dit vaak niet met de betreffende arts. Bij echte misverstanden wel.
Ja.	Alle soorten, maar vooral fouten in de organisatie	Bij fouten in de organisatie bespreekt de arts dat en wordt een MIP-melding gedaan. De ernstige zaken worden tijdens de maandelijkse vergadering besproken. Bij bejegeningfouten vindt de arts het moeilijk om daar wat aan te doen, omdat dat aan het karakter ligt en iedereen anders met zijn patiënten omgaat. De arts vindt het moeilijk om sommige collega's er op aan te spreken. Het is wel eens voorgekomen dat dat dan besproken wordt met de secretaris van de voorzitter van de maatschap. De arts was toen niet echt betrokken bij de patiënt en wil niet zo'n "wijsneus" zijn die dat komt melden.
Ja.	Bejegening en medisch-technische fouten met name van een oud-collega.	Op de bejegening heeft zij de oud-collega wel eens aangesproken. Bij verkeerde diagnose van de oud-collega waardoor een patiënt jarenlang verkeerde medicijnen slikte, heeft de arts niet verteld dat de patiënt jarenlang verkeerd behandeld is, omdat dit voor de patiënt moeilijk is om te verwerken. De arts draait daar dan toch wat om heen. De arts vertelt dat het niet gebruikelijk is om een collega, ook niet collega's van andere specialismen, af te vallen. De arts vindt dat het wel nut moet hebben voor de patiënt om iets te vertellen.
Komt wel eens voor, maar zelden.	Vooraf bejegeningfouten en fouten in de organisatie. Medisch-technische fouten nauwelijks.	De arts vindt dit een moeilijk punt: ze probeert niet haar collega af te vallen, maar vindt wel dat je intervisie moet kunnen bieden. De arts beschrijft dat dat niet gebruikelijk is bij artsen en dat artsen ook bij de ergste dingen elkaar de hand boven het hoofd houden naar de patiënt toe. De arts zegt dit niet zo te doen. Ze geeft niet aan dit is fout gedaan door de collega, maar ze geeft aan ik zou ik anders hebben gedaan. Als de arts het belangrijk vindt zal ze er zeker iets mee doen (bespreken met collega).

Ook mannelijke artsen namen wel eens fouten van collega's waar. Twee artsen zeiden dat ze het niet goed vinden om fouten van collega's met de patiënt te bespreken. Een ander zei juist dat hij het met de patiënt samen probeert op te lossen. Een arts vertelt dat het vaak om interpretatie van

de patiënt gaat en dat het dus niet direct om een fout hoeft te gaan. Een aantal artsen zei voorzichtig te zijn met het bespreken van fouten van collega's. Een arts noemde het bespreken van fouten van andere artsen een groot taboe in een ziekenhuis.

Tabel 13. Fouten van collega's (mannelijke artsen)

Antwoord op de vraag: ziet u wel eens fouten van collega's?	Soort fouten (fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten of medisch-technische fouten)	Omgaan hiermee; actie arts
Ja, maar ook veel complicaties, waarvan de arts niet weet of dat dan fouten zijn.	Alle soorten.	Hij probeert patiënten uit te leggen hoe het tot stand gekomen zou zijn. Meestal adviseert hij aan de patiënt om contact op te nemen met de betreffende arts. Hij probeert niet te oordelen over klachten van patiënten.
Ja, maar dat ligt er aan dat achteraf dingen pas zichtbaar worden. (Arts zit vaak aan het eind van het behandeltraject.)		De arts vindt het niet goed om fouten van collega's met de betreffende patiënt te bespreken. De arts zou de betreffende arts bellen.
Ja.	Alle soorten.	Hangt af van de ernst en waar het omgaat. De arts belt anders de betreffende arts. Maar patiënten interpreteren bepaalde dingen vaak anders.
Ja.	Alle soorten.	Als de arts de indruk heeft dat de betreffende arts dat ook zelf herkent en adequaat mee omgaat, dan doet de arts er niets mee. Als het gaat om collega's van de afdeling en de arts heeft de indruk dat de fout niet adequaat wordt opgelost, dan zal de arts ervoor zorgen dat dat wel gebeurt. In dat geval bespreekt hij dat met die collega. En bij collega's van andere afdelingen is het sterk afhankelijk in hoeverre de arts erbij betrokken is. Als de arts het van opzij ziet dan is hij heel terughoudend om daar wat mee te doen. Wanneer hij het idee heeft dat het om een chronisch probleem gaat wat ten koste gaat van anderen dan zou hij er wel wat mee doen, zoals het bespreken met de betreffende arts.
Ja.	Vooral medisch-technische fouten.	De arts gaat daar voorzichtig mee om. Hij wil eerst helemaal zeker weten dat het een fout is. Als hij het zeker weet dan gaat hij daar op zodanige wijze mee om dat de betreffende arts het zelf ook beseft dat het niet klopte wat er gebeurd is en dat hij dat de volgende keer open zal toegeven. Dit om het in de toekomst te voorkomen.
Ja.	Met name bejegeningfouten.	Bespreeken met de betreffende arts. Hij vindt het niet goed om fouten van collega's met de patiënt te bespreken.
Vooral van assistenten in opleiding. Het beoordelen van medisch-technisch handelen van andere specialisten vindt hij heel moeilijk (grijs gebied).		De arts beschrijft het bespreken van fouten van artsen van andere specialismen als een groot taboe in een ziekenhuis.
Wel veel dingen waarvan de arts zegt dat zou ik niet zo doen. Ook van huisartsen ziet hij dingen die hij anders zou doen. Fouten van andere specialisten komt hij ook wel eens tegen.	Vaak in de bejegening (maatschap). Medisch-technische fouten.	De arts zegt dat hij niet iemand is die heel snel zijn collega direct hierop gaat aanspreken. Hij probeert het eerder samen met de patiënt op te lossen.
Ja.	Medisch-technische fouten en in de uitleg en communicatie.	Als de patiënt iets anders interpreteert dan legt de arts dit uit aan de patiënt. De arts vertelt dat hij zich altijd goed probeert te realiseren dat een beoordeling op een ander moment heel anders geweest had kunnen zijn. Wanneer een huisarts een patiënt bijvoorbeeld te laat doorstuurt, dan is hij heel voorzichtig om daar wat tegen de patiënt over te zeggen.

Eén arts gaf aan nooit fouten van collega's te hebben gezien.

## **6.6 Meest effectieve manier en behoefte als er een fout plaatsvindt**

Tot slot werd aan de artsen gevraagd wat zij zien als de meest effectieve manier van het omgaan met fouten, wat de rol van het team of het ziekenhuis hierbij is en waar zij behoefte aan hebben wanneer er een fout plaatsvindt. Bij de vraag over de behoefte werd een opsomming gegeven: steun van collega's, een duidelijke richtlijn, training of een vertrouwenspersoon. De jongere artsen (jonger dan 47 jaar) gaven andere antwoorden, met name met betrekking tot de behoefte, dan oudere artsen (ouder van 47 jaar). Daarom is er een onderscheid gemaakt tussen de verschillende groepen. Als eerste worden de resultaten uit de groep artsen jonger dan 47 jaar besproken.

Bijna alle artsen gaven aan dat zij van mening zijn dat er open en eerlijk met fouten moet worden omgegaan, omdat dit zorgt voor de beste afloop. Een arts zei zelf van televisieprogramma's over medische missers te hebben geleerd dat openheid en het goed omgaan met fouten klachten en claims vermindert. Enkele artsen brengen echter een nuancering aan. Een arts had het over open en eerlijkheid tot op zekere hoogte, zeker wanneer het gaat om verwerkingsproblematiek. Een andere arts zei dat het open omgaan met fouten wel een functie moet hebben. Hij vindt het wel belangrijk dat patiënten het vertrouwen houden. Een arts gaf zelfs aan dat ze het niet nodig vindt alles aan de patiënt te vertellen wanneer het geen gevolgen heeft voor de patiënt.

De artsen waren niet zo eenduidig over de rol van het team of het ziekenhuis hierbij. Een arts zei dat er voor moet worden gezorgd dat patiënten geen tegenstrijdige informatie krijgen. Een andere arts had het over een meer steunende rol die het ziekenhuis moet vervullen. Een arts vond dat het ziekenhuis door middel van de klachtenfunctionaris meer moet bemiddelen. Een ander was van mening dat de organisatie de lijnen zo kort mogelijk moet houden. Een andere arts zou willen dat er binnen de maatschap meer mogelijkheden zijn om fouten of problemen te bespreken. Een ander ging meer in op het voorkomen van fouten: het ziekenhuis moet een omgeving scheppen waarbij de kans op fouten klein is.

Bij de vraag over de behoefte als er een fout plaatsvindt noemden de artsen een aantal mogelijkheden. Een groot deel van de artsen noemde training. Eén arts maakte wel een opmerking hierbij. Hij is van mening dat training een goed idee is voor een aantal collega's, maar volgens hem zullen juist deze artsen hier geen behoefte aan hebben. Een vrouwelijke arts merkte op dat zij denkt dat oudere mannelijke specialisten minder behoefte hebben aan training en dergelijke. Zij kon niet aangeven waarom zij dit dacht. Een aantal artsen had het over de rol van

de klachtenfunctionaris. Die zou meer bemiddelend moeten optreden dan dat nu het geval is. Een andere arts vond dat de klachtenfunctionaris veel dingen moet wegfilteren. Een aantal artsen wou graag meer duidelijkheid over juridische aangelegenheden. Een arts merkte hierbij op dat ze ook niet weet of er iemand in het ziekenhuis is waarbij je vragen hierover zou kunnen stellen. Een arts zei nergens behoefte aan te hebben.

Tabel 14. De meest effectieve manier van het omgaan met fouten, de rol van het ziekenhuis en de behoefte onder artsen hierbij (artsen jonger dan 47 jaar)

Meest effectieve manier	Rol team+ziekenhuis	Behoefte
Aan de patiënt zo snel mogelijk uitleggen wat er gebeurd is, omdat dit de meest nadelige effecten op lange termijn voorkomt. Eerlijk zijn. En excuses aanbieden als je zelf vindt dat er iets niet goed is gegaan.	Ervoor zorgen dat patiënten geen tegenstrijdige informatie krijgen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer juridische duidelijkheid. De arts vindt dat de opleiding tekort schiet in zaken die niet direct met medisch handelen te maken hebben, bijvoorbeeld informatieverstrekking, juridische aansprakelijkheid.</li> <li>• Bovendien weet de arts niet of er iemand in het ziekenhuis is waarbij je vragen zou kunnen stellen.</li> </ul>
Eerlijk zijn over wat er niet goed is gegaan. Dan vervolgens de fout zo snel mogelijk proberen te corrigeren. De arts geeft aan dat dit meestal op prijs wordt gesteld door de patiënt. Op het moment dat dingen niet eerlijk besproken worden, komen ze toch vaak boven tafel en dat wordt dan vaak verweten. Maar de arts heeft het over eerlijkheid tot op zekere hoogte zeker bij verwerkingsproblematiek. De arts probeert een middenweg te vinden. Bijvoorbeeld bij een rouwproces komt het wel eens voor dat mensen heel erg emotioneel reageren en de arts van alles probeert te verwijten.	Steunende rol naar de patiënt en naar de hulpverlener waar de fout gemaakt is. Ten eerste inschatten wat reëel en wat emotioneel is en ten tweede een beetje matigende rol. De klacht in zijn perspectief zien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een heel duidelijke structuur. Een duidelijke buffer die de klappen opvangt. Meer concreet: een klachtenfunctionaris moet veel dingen wegfilteren.</li> </ul>
Openheid, eerlijk zijn tegen de patiënt. Fouten erkennen als fouten en ze van daaruit te analyseren en ze te bespreken. Dit om er lering uit te trekken en te voorkomen in de toekomst. De arts zegt van televisieprogramma's over medisch missers te weten dat openheid en duidelijkheid en het goed omgaan met fouten klachten en claims vermindert.	Een omgeving scheppen waar de kans op fouten klein is. Op het moment dat er een fout gemaakt is weet de arts niet of het ziekenhuis een rol heeft.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen behoefte. Hij denkt ook dat collega's geen behoefte hebben.</li> </ul>
Persoonlijk contact. In principe moet er op een open manier met fouten worden omgegaan, maar het moet een functie hebben. Het is wel belangrijk dat een patiënt vertrouwen houdt. Je moet wel aangeven dat het anders had gekund en dat je het anders doet in de toekomst.	De arts gelooft erg in persoonlijke aanpak. De arts wil graag een klachtenfunctionaris (zoals in het AZM) die meer tussen de arts en patiënt instaat (meer bemiddeld). Hij heeft veel kritiek op de klachtenprocedures en het patiëntenservicebureau (PSB). Dit zou moeten veranderen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De arts vindt dit een verantwoordelijkheid voor hem en de patiënt.</li> <li>• Training vindt hij een goed idee voor een aantal collega's, maar volgens hem zullen juist deze artsen hier geen behoefte aan hebben.</li> <li>• De arts pleit voor een klachtenfunctionaris die meer bemiddeld optreedt (zie hiernaast).</li> </ul>

Meest effectieve manier	Rol team+ziekenhuis	Behoefte
<p>Communicatie, praten, open en eerlijkheid. Volgens de arts is het onderkennen van een fout het beste. In een vroeg stadium signaleren dat er iets niet goed is gegaan. Excuses aanbieden aan de patiënt als dat gepast is. Dan loopt het vaak redelijk goed af. Goed documenteren, vooral bij patiënten die wantrouwend zijn.</p>	<p>Het ziekenhuis moet proberen in de organisatie de lijnen zo kort mogelijk te houden. Wat door één persoon afgehandeld kan worden, moet dan ook door één persoon afgehandeld worden. Verbetering van het ziekenhuis, verbetering in toegangstijden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer aandacht aan hoe om te gaan met juridische aangelegenheden.</li> <li>• Een vertrouwenspersoon zou een goed idee zijn.</li> <li>• Trainingssessies met gebruik van simulaties.</li> <li>• Maar de arts vindt het moeilijk in te schatten hoeveel behoefte daar aan is. Zij zegt wel dat de behoefte wel eens groter zou kunnen zijn dan we denken. Bovendien zouden artsen in Heerlen in toenemende mate te maken kunnen krijgen met juridische procedures.</li> </ul>
<p>Direct oplossen. Kijken wat er aan gedaan kan worden.</p>	<p>Het ziekenhuis moet klachten afhandelen, zonder constante discussies met de arts. Klachten moeten via het ziekenhuis verlopen. Het ziekenhuis is meer als intermediair aanwezig. In de gezondheidszorg wordt te defensief gehandeld. Dit brengt kosten met zich mee. Bovendien moet er beter worden omgegaan met claims.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gaat de arts niet specifiek op in.</li> </ul>
<p>Openheid, want als patiënten er achteraf achterkomen dat er wat fout is gegaan, komen er grote problemen.</p>	<p>Gesprekstrainingen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structureel organiseren van gesprekstrainingen.</li> </ul>
<p>Toegeven en excuses aanbieden. Naar tevredenheid van beide partijen over praten.</p>	<p>Bemiddelende rol. Artsen moeten goed geïnformeerd worden over het omgaan met klachten en claims en het beleid van het ziekenhuis hierbij.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het patiëntenservicebureau is heel belangrijk en moet laagdrempelig zijn ook voor artsen.</li> <li>• Van collega's verwacht hij niet zo veel.</li> <li>• Meer informatie over juridische aangelegenheden, maar pas op het moment als er een klacht is die juridische gevolgen kan hebben.</li> <li>• De arts zou een cursus over conflicthantering of over hoe je met klachten omgaat interessant vinden.</li> <li>• Of andere artsen behoefte hebben weet de arts niet.</li> </ul>
<p>Hangt af van het soort fout. Bij medisch-technische fouten: in de maatschap of afdeling dat goed bespreekbaar maken. Met de patiënt een goed gesprek voeren en open staan voor argumenten van de patiënt en familieleden. Niet alles vertellen. Wel vertellen wat de gevolgen voor de patiënt zijn en wat toekomstige problemen kunnen zijn. Als er bijvoorbeeld een verkeerd medicijn wordt toegediend dat geen gevolgen voor de toekomst heeft, dan hoeft dat niet aan de patiënt te worden gemeld.</p>	<p>De arts geeft aan dat het fijn zou zijn als er een protocol komt waarin staat welke fouten er wel en niet gemeld zouden moeten worden aan de patiënt en naar collega's. Op dit moment is er geen sturing van bovenaf.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlijn (zie hiernaast).</li> <li>• Training.</li> <li>• Vertrouwenspersoon.</li> <li>• De arts denkt dat oudere mannelijke specialisten minder behoefte hebben aan trainingen e.d.</li> </ul>
<p>Open over praten. Niet formaliseren. Eerlijk zijn. Volgens de arts hebben dan veel mensen begrip dat er een fout gemaakt kan worden.</p>	<p>De arts zou graag willen dat er meer de mogelijkheid is om fouten of andere problemen binnen de maatschap te bespreken. Hierdoor kan de kwaliteit alleen maar verbeteren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arts gaat nader in op kwaliteit.</li> </ul>

De artsen ouder dan 47 jaar bepleitten bij de vraag over de meest effectieve manier van het omgaan met fouten openheid en eerlijkheid. Dit omdat daar een hoop narigheid, zoals klachten,

mee worden voorkomen. Een arts had het zelfs over het initiatief nemen om dit te melden bij het patiëntenservicebureau of klachtencommissie.

Volgens een aantal artsen zou het ziekenhuis geen rol hebben in het goed omgaan met fouten. Zij zagen dit als zaak van de arts. Andere artsen wezen op het belang van het patiëntenservicebureau en de klachtencommissie. Een ander vond dat het ziekenhuis moet faciliteren bij een bijeenkomst met direct betrokkenen. Een arts benadrukte het belang van de MIP-commissie. Een arts vertelde dat er binnen haar maatschap al veel wordt gedaan om fouten te voorkomen. Een andere arts was van mening dat het ziekenhuis goede artsen zou moeten aannemen, met name artsen die ook sterk zijn in de bejegening.

Een deel van de artsen zei geen behoefte aan één van de genoemde zaken en ook niet aan andere zaken te hebben wanneer er een fout plaatsvindt. Anderen vonden een vertrouwenspersoon een goed idee. Een arts dacht daarbij aan een vertrouwensfiguur in de medische staf, omdat deze de problemen beter in kan schatten. Weer een ander was van mening dat de vertrouwenspersoon een bemiddelende rol zou moeten hebben tussen arts en patiënt. Een arts vond juridische duidelijkheid belangrijk vooral over hoe te gedragen als zich een fout voordoet. Een andere arts was van mening dat er in kleine eenheden een klimaat wordt geschapen waarin het bespreken van fouten en problemen mogelijk is. Dit zou wel van bovenaf te sturen zijn.

Tabel 15. De meest effectieve manier van het omgaan met fouten, de rol van het ziekenhuis en de behoefte onder artsen hierbij (artsen ouder dan 47 jaar)

Meest effectieve manier	Rol team+ziekenhuis	Behoefte
Volledige openheid van zaken geven. Uitleggen aan de patiënt hoe iets kan ontstaan en uitleggen aan de patiënt wat je eraan doet om het in de toekomst te voorkomen. De arts vertelt dat dit voor patiënten bijna altijd afdoende is. Dus het niet proberen te verdoezelen. De arts denkt dat een groot deel van de klachten komen doordat artsen niet goed uitleggen aan de patiënt wat er gebeurd is en daar weinig begrip voor opbrengen.	Als het over het medisch handelen gaat, dan is dat de zaak van de arts en dan heeft het ziekenhuis daar geen rol in. Als de patiënt aangeeft dat hij wil dat het binnen het team besproken wordt dan kan dat.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als het om medisch-technisch handelen gaat, ziet de arts daar geen specifieke rol in weggelegd voor het ziekenhuis.</li> <li>De arts heeft veel kritiek op een richtlijn. Hij vindt bijvoorbeeld dat excuses niet geprotocolleerd moeten zijn.</li> </ul>
In iedere situatie anders. Excuses moeten oprecht zijn. Soms uitleggen, soms excuses aanbieden.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Geen; elke hulpverlener moet een staat zijn om een persoonlijke relatie, een therapeutische relatie met de patiënt aan te gaan. Dan worden veel problemen opgelost, maar daar is een andere cultuur voor nodig.</li> </ul>
Open over zijn. Daar meteen een mededeling over te doen. Dus het niet proberen te verdoezelen. Volgens de arts komt daar meestal narigheid van. Achteraf moet er gewoon open worden gedaan en vertelt worden wat er gebeurd is en wat eventueel verwijtbaar is. En het initiatief nemen om het eventueel te melden bij het patiëntenservicebureau of bij de klachtencommissie. Het bovendien vastleggen in het medisch dossier.	Het ziekenhuis kan daarin voor een deel faciliteren via het patiëntenservicebureau. Dit is vaak de intermediair. De klachtencommissie is ook noodzakelijk.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volgens de arts zou een vertrouwenspersoon in sommige gevallen wel nuttig zijn. Hij denkt daarbij aan een vertrouwensfiguur in de medische staf, omdat deze de problemen beter kan inschatten. Hij heeft daar zelf nog nooit echt behoefte aan gehad, maar kan zich wel een situatie voorstellen bijvoorbeeld als hij er in zijn vakgroep niet uitkomt.</li> </ul>

Meest effectieve manier	Rol team+ziekenhuis	Behoeft
Openheid. Volgens de arts blijft de patiënt wantrouwend als je iets probeert te verdoezelen en is hij eerder geneigd naar de klachtencommissie te stappen en het medisch dossier op te vragen.	Geen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>De arts heeft zelf geen behoefte aan iets en hij weet niet of collega's dit wel hebben.</li> </ul>
Op een open manier mee omgaan, zeker als het consequenties heeft voor de patiënt. Ten eerste vindt hij het heel belangrijk dat er duidelijk besproken wordt wat de fout is en hoe verschillende mensen daar tegenaan kijken. Ten tweede vindt de arts het erg belangrijk dat de mensen die er direct bij betrokken zijn dat samen bespreken. Volgens de arts wordt door eerlijke communicatie veel ellende voorkomen.	Het organiseren van een bijeenkomst met direct betrokkenen. Faciliteren bij zo'n bijeenkomst.	<ul style="list-style-type: none"> <li>De arts vindt een vertrouwenspersoon een goed idee, maar volgens hem is die er al. Hij heeft er geen ervaring mee.</li> <li>Training vindt hij zeer belangrijk, maar hij geeft aan dat dat al in de opleiding van de assistenten zit.</li> <li>Met zijn collega's kan hij contact opnemen.</li> </ul>
Goede bejegening en ervoor zorgen dat er een goede werkrelatie is. Op die manier kan er makkelijker met fouten omgegaan worden.	Goede artsen aannemen, met name die ook sterk zijn in de bejegening.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volgens de arts werkt een richtlijn die ziekenhuisbreed wordt ingevoerd niet.</li> <li>Hij vindt het belangrijk dat in kleine eenheden, bijvoorbeeld in afdelingsverband of vakgroepverband, het klimaat wordt geschapen waarin het bespreken van fouten en problemen mogelijk is. Vakgroepvoorzitters, maatschappvoorzitters of afdelingshoofden zouden aan zo'n klimaat moeten werken. Dit is niet van bovenaf op te leggen, maar wel van bovenaf te sturen.</li> </ul>
Direct communiceren.	De MIP-commissie is volgens deze arts belangrijk, want daar wordt volgens hem onderzoek gedaan en er wordt afgevraagd of er gebreken waren in de procedure om herhaling te voorkomen en wat er gedaan wordt om dat in de toekomst te voorkomen. Er moet dus altijd een MIP-melding gemaakt worden. Volgens de arts is het op dit moment voor de meeste mensen wel duidelijk als er iets gebeurt er dan een MIP-melding gemaakt wordt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>De arts vindt een vertrouwenspersoon belangrijk met een bemiddelende rol tussen arts en patiënt.</li> <li>Juridische duidelijkheid is tevens belangrijk vooral over hoe te gedragen als zich een fout voordoet.</li> <li>Volgens de arts heb je niets aan steun van collega's, want het gaat om een individuele verantwoordelijkheid.</li> </ul>
Erkennen tegenover de patiënt dat er iets niet goed is gegaan en dan uitleggen. Dit los van de schuldvraag. Niet zeggen dat iets echt fout is gegaan, in de zin van verwijtbaar fout gegaan, maar dat iets een complicatie is geweest. Volgens de arts mag hij van de verzekeraar niet zeggen dat hij schuldig is, maar wel dat iets niet goed is gegaan en dat hij het graag beter had gedaan. De arts pleit voor eerlijkheid. In ieder geval moet er wel gepraat worden met de patiënt.	Het patiëntenservicebureau (PSB) doet al heel veel in de communicatie en legt al veel naar patiënten uit. Het is goed dat PSB en de klachtencommissie er zijn.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zaken binnen eigen groep bespreken.</li> </ul>
Eerlijkheid, open kaart spelen.	In de maatschap wordt al veel gedaan om fouten te voorkomen. Fouten moeten iets zijn om van te leren. Het positieve moet uit een fout gehaald worden. Op dit moment is de cultuur daar nog niet voor. Veel vakgebieden gaan tegen elkaar op.	<ul style="list-style-type: none"> <li>De arts vindt richtlijnen belangrijk, maar er moet niet te star mee om worden gegaan.</li> <li>Een vertrouwenspersoon vindt zij goed bij grote problemen. De vertrouwenscommissie die in het ziekenhuis ingesteld gaat worden vindt zij een goed idee.</li> </ul>

## 7 Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de bevindingen teruggekoppeld naar de probleemstelling. Hierbij worden conclusies getrokken en deze worden geïnterpreteerd. Tevens wordt er gekeken naar mogelijke bedreigingen die er zijn geweest voor de validiteit en betrouwbaarheid. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

De probleemstelling van het onderzoek luidt als volgt: *Hoe gaan artsen in hun communicatie met patiënten om met fouten in het (medisch) handelen en waarom gaan ze daar op die manier mee om?* Voordat hier antwoord op gegeven kan worden, wordt eerst gekeken naar de subvragen waar de probleemstelling in is opgesplitst.

De eerste subvraag is: *Hoe wordt er nu door artsen gehandeld bij fouten in het (medisch) handelen?*

Tijdens de interviews werd er een onderscheid gemaakt tussen vier soorten fouten, namelijk fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten, medisch-technische fouten en vermeende fouten. Ten aanzien van deze soorten fouten werd aan de arts een voorbeeld gevraagd. Vervolgens werd gevraagd hoe ze naar aanleiding van dat voorbeeld hadden gehandeld.

Bij fouten in de organisatie of samenwerking werden de volgende acties ondernomen door artsen: het doen van een MIP-melding, intern melden en/of actie ondernemen, wel/niet vertellen aan de patiënt/familie, bespreken met betrokken collega's, patiënten zelf verantwoordelijkheid laten nemen om fouten te voorkomen. Ten aanzien van bejegeningfouten werden de volgende handelingen genoemd: met de patiënt de irritatie bespreken, onderhandelen met de patiënt, contact zoeken met het maatschappelijk werk, het op tijd signaleren om de fout te voorkomen. Ten aanzien van medisch-technische fouten werden door de artsen genoemd: vertellen aan patiënt/familie en uitleggen, niet expliciet vertellen dat het fout gedaan is, vertellen dat dit het risico van de behandeling is, melden aan Inspectie voor Gezondheidszorg. Bij vermeende fouten heeft in veel gevallen de patiënt dit niet eerst besproken met de arts; de patiënt heeft de klacht direct bij een andere instantie, zoals de klachtencommissie, geuit. Door de artsen werden als handelingen genoemd: gesprekken met de patiënt/familie en uitleg geven over de situatie, de huisarts bellen voor toelichting, vertellen dat de patiënt geduld moet hebben voor resultaat, een brief naar de patiënt schrijven in overleg met een jurist, voorleggen aan adviseurs in het ziekenhuis, adviseren om naar een andere arts te gaan.

Naar aanleiding van deze antwoorden kunnen drie opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste kunnen deze handelingen vrijwel allemaal worden gezien als een vorm van probleemgerichte coping. Het bespreken van de fout met collega's kan wellicht als een vorm van emotiegerichte coping worden gezien. Het bespreken van de situatie wordt vaak als positief beschouwd, terwijl het niets aan de realiteit verandert (Hoos et al., 1999). Dat artsen vrijwel alleen maar handelingen noemden die betrekking hebben op probleemgerichte coping kan worden verklaard uit het feit dat er letterlijk aan artsen werd gevraagd: "Hoe heeft u toen gehandeld?". Wanneer er zo'n vraag wordt gesteld, wordt er sneller gedacht aan acties om het probleem op te lossen. Bovendien valt dit ook te verklaren uit het feit dat de artsen zich niet graag kwetsbaar opstelden in dit onderzoek. Hier wordt later op teruggekomen in dit hoofdstuk. Emotiegerichte coping lost in de perceptie van artsen het probleem niet op. Vormen van emotiegerichte coping kunnen door artsen worden gezien als het niet adequaat omgaan met het probleem en als teken van zwakte.

Ten tweede er zijn open interviews gehouden. Artsen konden zelf ideeën aandragen hoe ze hebben gehandeld bij een fout. Er is niet een lijstje van mogelijke acties met artsen nagegaan. Er moet dus worden afgevraagd of artsen hebben gedacht aan het hele scala van mogelijke acties. Een arts kan bijvoorbeeld wel een MIP-melding hebben gedaan bij het voorbeeld dat hij beschreef, maar dit niet tijdens het interview hebben gezegd.

Een derde opmerking is dat de voorbeelden die genoemd werden bij de vier verschillende soorten fouten zeer divers zijn. Het handelen van de arts was afhankelijk van het voorbeeld dat de arts noemde. Een aantal artsen noemden zelfs een algemeen of een niet-persoonlijk voorbeeld. Zeker bij een niet-persoonlijk voorbeeld is niet te bepalen hoe de arts handelde. Het gaat dan immers om een collega.

Kenmerken als geslacht, leeftijd, discipline, en in loondienst of vrijgevestigd zijn, lijken nauwelijks tot geen invloed te hebben op de antwoorden die gegeven werden. Dit zou kunnen worden toegeschreven aan het feit dat er verschillende voorbeelden genoemd werden. Een andere verklaring is het lage aantal respondenten. Er zijn bijvoorbeeld slechts zes vrouwen geïnterviewd tegenover dertien mannen. Bovendien waren het aantal antwoorden met betrekking tot persoonlijke ervaringen vaak ook laag, waardoor er nauwelijks een vergelijking mogelijk is.

De tweede subvraag van de probleemstelling die direct bij de eerste aansluit is: *Waarom wordt er op deze manier gehandeld?*

De belangrijkste handelingen, die veelal nader verklaard werden door de artsen, waren het al dan niet communiceren over de fout met de patiënt/familie, het doen van een MIP-melding, intern melden en actie ondernemen, contact zoeken met huisarts en de situatie bespreken met collega's. Het vertellen aan de patiënt of familie werd gedaan, omdat de artsen dit eerlijk vinden en vinden dat patiënten het recht hebben om dit te weten. Een aantal artsen gaf ook aan dat zij van mening zijn dat hierdoor verdere problemen worden voorkomen. In een aantal gevallen reageerde de patiënt/familie ook begripvol toen de arts het goed uitgelegd had.

In een aantal gevallen dat het niet gecommuniceerd was naar de patiënt, was dit niet gebeurd omdat de patiënt niet bij bewustzijn was. In een geval was dit niet gedaan, omdat de patiënt er geen gevolgen aan over had gehouden en aan een veel ernstigere ziekte leed. In de gevallen waar niet expliciet was verteld dat de arts een fout had gemaakt, had de arts zo gehandeld omdat de patiënt het vertrouwen in het ziekenhuis en in de arts moet blijven houden. Deze artsen waren van mening dat het niet in het belang van de patiënt is om het expliciet als fout te bestempelen naar de patiënt toe. Het gaat bij deze twee artsen niet om een snijdend discipline, maar om een meer beschouwende discipline waar veel zaken niet uitdrukkelijk vast liggen.

MIP-meldingen werden gedaan vanwege de ernst van het probleem en de potentiële gevolgen voor de patiënt. Intern melden en actie ondernemen is gedaan om de fout te voorkomen voor de toekomst.

Een arts zocht contact met de huisarts om uitleg te geven, zodat de huisarts op de hoogte is als de patiënt hem bezoekt en om aan de huisarts nadere toelichting over de patiënt te vragen. Artsen zochten soms steun om ervaringen uit te wisselen met collega's.

De derde subvraag is: *Wat is volgens artsen de meest effectieve manier van omgaan met fouten in het (medisch) handelen? Waarom?*

Bijna alle artsen gaven aan dat zij van mening zijn dat er open en eerlijk met fouten moet worden omgegaan, omdat het verdoezelen van fouten problemen met zich mee brengt. Patiënten zouden eerder een klacht of een claim indienen wanneer ze de indruk krijgen dat de arts wat probeert achter te houden of wanneer zij er alsnog achter komen dat er een fout is gemaakt.

Een aantal artsen bracht wel een nuancering aan. Een arts sprak over open en eerlijkheid tot op zekere hoogte, met name wanneer de patiënt te maken heeft met verwerkingsproblematiek. Een andere arts vond dat het wel van belang is dat patiënten het vertrouwen behouden. Een arts gaf

aan dat zij het niet nodig vindt om alles aan de patiënt te vertellen wanneer het geen gevolgen heeft voor de patiënt. Weer een andere arts had het over zelf het initiatief nemen om de fout te melden bij het patiëntenservicebureau of de klachtencommissie. Met name deze laatste mogelijkheid is zeer opmerkelijk, omdat het niet mogelijk is voor artsen om zichzelf aan te geven bij de klachtencommissie.

Wanneer er wordt gekeken naar de typologie van de (arts-patiënt) communicatie van Emanuel en Emanuel (1992) is op te merken dat het open en eerlijk communiceren van de fout past bij het informatieve model. De patiënt krijgt immers de relevante informatie over de fout. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de typologie niet direct gaat over het omgaan met fouten, maar een meer algemene beschouwing van de arts-patiënt relatie geeft.

De subvraag die daarbij aansluit is de volgende: *Indien er niet wordt gehandeld volgens deze meest effectieve manier, waarom niet?* Deze vraag kwam niet expliciet aan bod tijdens de interviews. De reden hiervoor was dat artsen in de voorbeelden die ze daarvoor noemden dezelfde handelswijze aangaven als de handelswijze die zij beschouwden als meest effectieve manier. Er was slechts een arts die in een voorbeeld dat ze noemde een fout niet had gemeld aan de patiënt, terwijl ze aangaf dat ze openheid en eerlijkheid als meest effectieve manier van het omgaan met fouten zag. De reden voor het niet vertellen aan de patiënt, was dat deze niet bij bewustzijn was. Bij de andere voorbeelden die ze noemde, had ze wel open en eerlijk naar de patiënt toe gehandeld. De andere artsen die enige nuancering aanbrachten bij het antwoord openheid en eerlijkheid op de vraag wat zij zagen als de meest effectieve manier van het omgaan met fouten, hadden dit ook al besproken in de voorbeelden die ze eerder noemden.

De laatste subvraag van de probleemstelling was: *Waarom hebben artsen behoefte wanneer er een fout plaatsvindt?* Bij de beantwoording van deze vraag is het interessant om een onderscheid tussen jongere en oudere artsen te maken (de grens bij dit onderzoek lag op 47 jaar). Opvallend is namelijk dat de oudere artsen vaker zeiden geen behoeften te hebben wanneer er een fout plaatsvindt. Zij zien het omgaan met fouten als zaak van de arts. Oudere artsen noemden wel vaker het instellen van een vertrouwenspersoon dan jongere artsen. Deze laatste groep was van mening dat training wel een goed idee zou zijn. Een arts merkte hierbij op dat juist die collega's die dat nodig hadden hier geen behoefte aan hebben. Een andere arts zei dat zij denkt dat oudere

mannelijk artsen geen behoefte hieraan zullen hebben. Andere behoeften die genoemd zijn (door beide groepen), zijn de behoefte aan meer juridische duidelijkheid. Een arts merkte hierbij op dat ze niet weet of er een persoon in het ziekenhuis is waaraan je dit soort vragen zou kunnen stellen. Een aantal artsen had een opmerking over de rol van de klachtenfunctionaris. Volgens een arts moet deze meer bemiddelend optreden. Een idee van een andere arts was dat er in kleine eenheden aan een klimaat zou moeten worden gewerkt waarin het bespreken van fouten mogelijk is. Volgens deze arts is dit niet van bovenaf op te leggen, maar wel te sturen. Door een aantal artsen kwam kritiek op een eventuele richtlijn. Er was één arts die het wel handig vond om te weten wat wel en niet naar de patiënt toe gecommuniceerd moet worden bij fouten.

Een aanbeveling die hierbij zou kunnen worden gedaan is de volgende. De klachtenfunctionaris zou meer als vertrouwenspersoon ook naar artsen toe moeten fungeren. Hierbij zou hij meer moeten staan tussen arts en patiënt in. Een goed voorbeeld hiervan is de werkwijze die de klachtenfunctionaris in de vestiging het Spitaal van Gelre Ziekenhuizen te Zutphen hanteert (hier wordt de functie vertrouwenspersoon genoemd). De vertrouwenspersoon wordt in dit ziekenhuis ook ingeschakeld door hulpverleners (Van 't Lam, 2004).

Nu de subvragen van de probleemstelling beantwoord zijn, kan er getracht worden een antwoord te geven op de hoofdvraag: *Hoe gaan artsen in hun communicatie met patiënten om met fouten in het (medisch) handelen en waarom gaan ze daar op die manier mee om?*

Artsen gaan op verschillende wijze met de communicatie met de patiënt met betrekking tot fouten om. Veel artsen vertellen de fout aan de patiënt, omdat de artsen dit eerlijk vinden en van mening zijn dat patiënten het recht hebben om dit te weten. Een aantal artsen is van mening dat hierdoor verdere problemen worden voorkomen. Enkele artsen communiceren niet in alle situaties de fout naar de patiënt. Dit omdat de patiënt bijvoorbeeld niet bij bewustzijn is en er geen gevolgen aan over heeft gehouden. Een aantal artsen van meer beschouwende disciplines bestempelen niet alle fouten als een echte fout naar de patiënt toe, omdat deze artsen het van belang vinden dat de patiënt het vertrouwen in het ziekenhuis en in de arts moet blijven houden.

Bij de beschreven resultaten en de conclusie kunnen enkele kanttekeningen gemaakt worden. Er waren namelijk een aantal bedreiging voor de validiteit en betrouwbaarheid. Als eerste het mogelijk sociaal-wenselijk antwoorden van artsen. Eerder in dit hoofdstuk werd al aangegeven

dat artsen het moeilijk vonden om over fouten te praten. Dit is ook op te maken uit de resultaten. Het is niet zo verwonderlijk dat artsen hier moeite mee hadden; niemand praat graag over zijn fouten. Bovendien hebben artsen, zoals in hoofdstuk 2 beschreven is, een hoog gewaardeerde positie. Hierdoor zou een arts zich niet zo gauw kwetsbaar gaan opstellen.

In dit onderzoek zijn geen van de persoonlijke ervaringen die artsen noemden ten aanzien van fouten in de organisatie of samenwerking geheel toe te schrijven aan het handelen van de arts. De artsen noemden daarbij dus alleen maar voorbeelden waarin ze zelf geen verwijtbare fout hebben gemaakt. De fouten zijn aan anderen toe te schrijven of aan het systeem of de organisatie.

Bij bejegeningfouten noemden de artsen wat meer voorbeelden die hun persoonlijk toe te schrijven zijn. Maar hierbij hadden artsen toch de neiging om hun falen ook toe te schrijven aan externe factoren, zoals aan de patiënt/familie die andere verwachtingen heeft, het niet kennen van de patiënt, of aan tijdgebrek door de organisatie van de polikliniek.

Opmerkelijk is dat slechts een klein aantal artsen een persoonlijk voorbeeld noemde dat betrekking had op medisch-technische fouten. Een deel van deze artsen verweet het zichzelf dat de fout gemaakt werd. Een arts zei hierbij dat hij vertrouwde op anderen, maar wel eindverantwoordelijk was. Een andere arts was van mening dat anderen bij de fout ook verantwoordelijk zijn geweest.

De hypothese dat artsen meer geneigd zouden zijn hun fouten toe te schrijven aan externe factoren, op basis van de attributietheorie van Weiner (zie paragraaf 4.1), wordt dus bevestigd.

Artsen vonden het makkelijker om over vermeende fouten te praten. Een groot deel van deze artsen heeft wel eens voor de klachtencommissie moeten verschijnen waarbij de klacht ongegrond was verklaard. De artsen hebben dan dus zelf geen fout gemaakt. Daar spraken ze veel makkelijker over.

In de voorbeelden die artsen bij de verschillende soorten fouten wel noemden, zei verreweg het grootste deel van de artsen deze fout te hebben gecommuniceerd naar de patiënt. De afloop was in veel gevallen ook positief. Dus de voorbeelden die artsen noemden, hadden ook nog eens een goede afloop. Hierbij kan dus afgevraagd worden of artsen niet eens in hun loopbaan een geval hebben meegemaakt wat een minder goede afloop heeft gehad. Artsen hebben het bijvoorbeeld niet over een ervaring met betrekking tot het medisch tuchtrecht gehad. Dit valt tevens te verklaren uit het feit dat artsen zich niet graag kwetsbaar opstelden. Wanneer een arts voor de tuchtrechter moet verschijnen, wordt hij persoonlijk geraakt, omdat hij immers persoonlijk

terechtstaat (Sluyters, 1996). Het persoonlijk terechtstaan, met andere woorden het kwetsbaar zijn, is iets waar artsen moeite mee hebben.

Een tweede bedreiging voor de validiteit is dat er mogelijk een selectiebias kan zijn. Aan de maatschappen/vakgroepen is gevraagd één persoon af te vaardigen. De laatste drie vrouwelijke artsen zijn personen die hadden gereageerd op een e-mail met het verzoek om deelname. Slechts deze drie artsen hadden gereageerd op de e-mail, terwijl naar negen artsen een e-mail was gestuurd. Personen die makkelijker met fouten omgaan en wellicht meer communicatief zijn, zullen waarschijnlijk eerder bereid zijn geweest aan het onderzoek deel te nemen. Een aantal maatschappen/vakgroepen heeft deelname geweigerd. Wellicht wordt hier minder goed met fouten omgegaan. Er bestaat dus een kans dat er hierdoor niet een correcte weergave van de werkelijk is verkregen.

Daarnaast zijn er slechts negentien artsen geïnterviewd, waarvan zes vrouwen en dertien mannen. Dit aantal is te laag om echte harde, representatieve conclusies te trekken. Bovendien kon er moeilijk een vergelijking tussen vrouwelijke en mannelijke artsen worden gedaan, omdat het aantal vrouwen ten opzichte van mannen laag is.

De externe validiteit is niet zo hoog wanneer getracht wordt conclusies te generaliseren naar een andere doelgroep. Dit onderzoek is gedaan onder medisch-specialisten. Vanwege de eerder genoemde hoge positie waarin deze artsen verkeren, zullen de conclusies waarschijnlijk niet generaliseerbaar zijn naar arts-assistenten (met een veel lagere positie). Wellicht gaan arts-assistenten op een andere manier met fouten om en hebben ze misschien wel andere behoeften wanneer er een fout plaatsvindt.

Tot slot een aantal opmerkingen met betrekking tot hetgeen beter had gekund en daaruit voortvloeiend een advies voor vervolgonderzoek. Achteraf gezien had de theorie beter terug kunnen komen in de verwerking van de resultaten. In het interviewschema had een vraag of stelling opgenomen kunnen worden om te onderzoeken welk model volgens de typologie van Emanuel & Emanuel de arts hanteert. Op die manier kan onderzocht worden of artsen die een bepaald model hanteren anders met fouten omgaan dan artsen die een ander model hanteren. Hier zou dus in een eventueel vervolgonderzoek rekening mee moeten worden gehouden.

Bovendien noemden de artsen nu diverse voorbeelden, soms persoonlijke en soms niet-persoonlijke. Hun handelen hing sterk af van het soort voorbeeld wat ze noemden. Hierdoor was

er ook moeilijk een vergelijking te maken tussen de artsen onderling en tussen verschillende groepen rekening houdend met geslacht, leeftijd en specialisme. Om te voorkomen dat de diversiteit wat betreft de voorbeelden te groot wordt, is het wellicht verstandiger om bij vervolgonderzoek te werken met meer gestandaardiseerde situaties, bijvoorbeeld door een casus te schetsen en dan te vragen hoe artsen zouden handelen bij een dergelijke casus. Dit zou op een kwantitatieve wijze kunnen en bijvoorbeeld door middel van een vragenlijst door een rij met mogelijkheden te geven en artsen dan hier één of meerdere antwoorden te laten aankruisen. Hierdoor hoeft de arts niet tegenover een derde zijn fouten uit zijn praktijk te noemen en zou hij het onderzoek als meer anoniem kunnen ervaren. De betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens zouden hierbij mogelijk worden bevorderd.

## Bronvermelding

- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Theunissen, J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Bergsma, J., Bruinsma, H.W., Iedema, H.R., Korenrom, M.J., Koudstaal, J., Pal, R., & Van der Ploeg, J. (1995). Fouten maken in de kliniek. *Medisch Contact*, 50, 785-786
- Blok, W. (1985). *Tussen artsennmacht en patiëntenklacht: medische kwaliteit, alledaagse ervaring en belangenorganisatie van zorggebruikers*. Baarn: Nelissen.
- Emanuel, E.J., & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.
- Everdingen, J.J.E. van, Witman, Y., Calff, M.M., & Gart, F.D. (1999). Omgaan met fouten. In J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos, & J.J.E. van Everdingen (Eds.), *Communiceren met patiënten* (pp. 193-205). Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Giard, R.W.M. (2001). Medische fouten: onvermijdelijk, maar bestrijdbaar. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 145(43), 2062-2065.
- Haes, J.C.J.M. de, Hoos, A.M., & Van Everdingen, J.J.E. (1999). De veranderde wereld van arts en patiënt. In J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos, & J.J.E. van Everdingen (Eds.), *Communiceren met patiënten* (pp. 1-8). Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Haug, M., & Lavin, B. (1983). *Consumerism in medicine: challenging physician authority*. Beverly Hills: Sage publications.
- Haug, M.R. (1997). Physician power and patients' health behavior. In D.S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research II: Provider determinants* (pp. 49-62). New York: Plenum.
- Have, H.A.M.J. ten, Ter Meulen, R.H.J., & Van Leeuwen, E. (1998). *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Hoeff, B. van der (2003). *Theory and practice of in-hospital patient risk management*.
- Hoos, A.M., De Haes, J.C.J.M., & Van Everdingen, J.J.E. (1999). Welzijn, emoties en communicatie: theoretische achtergronden. In J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos, & J.J.E. van Everdingen (Eds.), *Communiceren met patiënten* (pp. 9-33). Maarssen: Elsevier/Bunge.
- Lam, M. van 't (2004). Bruggen slaan in het belang van alle betrokkenen. *Gelrevue*, 2, 8-9.
- Lazarus, R.S. (1991). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Legemaate, J. (2003). Open en eerlijk. Omgaan met klachten en fouten. *Medisch Contact*, 58,

1128-1130.

- Meertens, R., Schaalma, H., Brug, J., & De Vries, N. (2000). Determinanten van gedrag. In J. Brug, H. Schaalma, G. Kok, R.M. Meertens, & H.T. van der Molen (Eds.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak* (pp. 55-72). Assen: Van Gorcum.
- Oostveen, A., Von Grumbkow, J. & De Vries, N. (1992). In R.W. Meertens & J. von Grumbkow (Eds.), *Sociale psychologie* (pp. 117-133). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: the free press
- Roter, D.L., & Hall, J.A. (1997). Patient-provider interaction. In K. Glanz & F.M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (pp. 206-226). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sluyters, B. (1996). Tuchtrect en civiel recht. *Medisch Contact*, 51, 1312-1313.
- Vathorst, S. van de (2000). *Arts en omgaan met fouten*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst.
- Walshe, K. (2000). Adverse events in health care: issues in measurement. *Quality in Health Care*, 9, 47-52
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548-573.
- Widdershoven, G. (2000). *Ethiek in de kliniek: hedendaagse benadering in de gezondheidsethiek*. Amsterdam: Boom.

## **Bijlagen**

### **Bijlage 1 E-mail voor het benaderen van vrouwelijke artsen**

Geachte mevrouw

Ik doe in opdracht van de Stuurgroep Patiëntveiligheid een onderzoek: Communicatie tussen arts en patiënt na verwikkelingen (fouten, incidenten). Het onderzoek vindt plaats in het kader van het afstuderen voor de opleiding Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht. Over dit onderzoek is op 20 april jl. tijdens de kernstafbijeenkomst een korte presentatie gehouden door Prof. Frans van Wijmen.

De aanleiding voor dit onderzoek is het voorkomen van klachten en claims. Het onderzoek zal bestaan uit twee fasen. In de eerste fase zullen onder andere interviews met artsen worden gehouden. De tweede fase zal bestaan uit het ontwikkelen van een instrument dat een handvat aan artsen moet bieden bij het communiceren met patiënten na verwikkelingen.

Het doel van de interviews met artsen is het begrijpen van de wijze waarop artsen in hun communicatie met patiënten met verwikkelingen (fouten, incidenten) omgaan. In eerste instantie heb ik de medisch managers van iedere vakgroep/maatschap benaderd en gevraagd of zij of een collega deel willen nemen aan een interview. Op dit moment heb ik al een groot aantal interviews gehouden, maar dit zijn voornamelijk interviews met mannelijke medisch-specialisten. Dit kan enige vertekening in het onderzoek geven, omdat vrouwelijke medisch-specialisten wellicht een andere kijk op dit onderwerp hebben. Ik zou u daarom willen vragen of u deel wilt nemen aan een interview. De gegevens zullen uiteraard volstrekt anoniem verwerkt worden. Heeft u misschien een half uur (maximaal drie kwartier) de tijd voor deelname aan zo'n interview?

Met vriendelijke groet,

Miranda Rutenfrans

67079, b.g.g. 043-3610197

## **Bijlage 2 Brief ter bevestiging**

Heerlen, ... 2004

Betreft: interview “Communicatie tussen arts en patiënt na verwikkelingen”

Geachte heer..., mevrouw...,

Hierbij wil ik de afspraak op d.d. .... voor een interview over “Communicatie tussen arts en patiënt na verwikkelingen” bevestigen. In deze brief zal u verdere achtergrondinformatie worden gegeven.

De opdrachtgever van dit onderzoek is de stuurgroep Patiëntveiligheid van het Atrium Medisch Centrum. Het onderzoek vindt plaats in het kader van het afstuderen voor de opleiding Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht. Over dit onderzoek is op 20 april jl. tijdens de kernstafbijeenkomst een korte presentatie gehouden door Prof. Frans van Wijmen.

De aanleiding voor dit onderzoek is het voorkomen van klachten en claims. Het onderzoek zal bestaan uit twee fasen. In de eerste fase zullen onder andere interviews met artsen worden gehouden. De tweede fase zal bestaan uit het ontwikkelen van een instrument dat een handvat aan artsen moet bieden bij het communiceren met patiënten na verwikkelingen (incidenten, fouten). Hiertoe zal een consensusbijeenkomst gehouden worden waarbij onder andere de kernstaf betrokken zal worden.

Het doel van de interviews met artsen is het begrijpen van de wijze waarop artsen in hun communicatie met patiënten met verwikkelingen (incidenten, fouten) omgaan. In het interview dat ik met u ga houden zal het gaan om een open interview, waarbij u gevraagd zal worden naar persoonlijke ervaringen met betrekking tot het omgaan met fouten. U bent in dit interview vrij om te zeggen wat u wilt.

De gegevens zullen volstrekt anoniem verwerkt worden. Het gesprek zal worden opgenomen op een cassetteband dit om een zo betrouwbaar mogelijke verwerking te krijgen. De opname is voor derden niet toegankelijk en na afloop zal de band gewist worden.

De duur van het interview is ongeveer een half uur (maximaal drie kwartier).

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben, maar mocht dit niet zo zijn dan kunt u contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groeten,

Miranda Rutenfrans

e-mail : [M.Rutenfrans@student.unimaas.nl](mailto:M.Rutenfrans@student.unimaas.nl)

Tel: 67079, b.g.g. 043-3610197

## **Bijlage 3 Interviewschema**

### **Interview Communicatie tussen arts en patiënt met betrekking tot fouten**

Nummer respondent:

Geslacht respondent:

Datum interview:

Tijdstip:

Locatie:

Het interview dat ik met u ga afnemen is een open interview. Er zal naar persoonlijke ervaringen worden gevraagd, maar u bent natuurlijk vrij om te zeggen wat u wilt. Zoals al is aangegeven zullen gegevens anoniem verwerkt worden.

Er zijn vele definities van termen zoals ‘verwickelingen’, ‘incidenten’ en ‘fouten’ in omloop. In dit interview is gekozen om de term fout te hanteren, omdat dit wellicht duidelijker is dan verwante termen. Artsen willen patiënten helpen. Een fout wordt niet gemaakt op basis van kwaadwilligheid. Maar fouten maken is menselijk.

Er zijn verschillende soorten fouten te onderscheiden, zoals fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten, medisch-technische fouten en vermeende fouten. Ik wil deze voorbeelden met u doorlopen.

#### **Fouten in de organisatie of samenwerking**

Deze fouten hebben te maken met de bedrijfsvoering, de organisatie en de communicatie tussen hulpverleners.

- Heeft u persoonlijk wel eens te maken gehad met een dergelijke fout? (Zo niet, ga dan verder met “bejegeningfouten”)
- Kunt u een voorbeeld noemen?
- Hoe heeft u gehandeld? Waarom heeft u op deze wijze gehandeld?
- Hoe reageerde de patiënt hierop?
- Kreeg u steun van iemand bij het omgaan hiermee? Zo ja, van wie?
- Hoe kunnen dit soort fouten ontstaan?

### **Bejegeningsfouten**

Het is mogelijk dat de manier waarop de arts met de patiënt omgaat (bijvoorbeeld communiceert), leidt tot een klacht door de patiënt of leidt tot problemen bij de patiënt, waardoor de verdere communicatie wordt bemoeilijkt. Hierbij gaat het om aspecten of verwijten die te maken hebben met bijvoorbeeld belangstelling, zorgzaamheid, geduld, respect en beleefdheid.

- Heeft u persoonlijk wel eens te maken gehad met een dergelijke fout? (Zo niet, ga verder met “medisch-technische fouten”)
- Kunt u een voorbeeld noemen?
- Hoe heeft u gehandeld? Waarom heeft u op deze wijze gehandeld?
- Hoe reageerde de patiënt hierop?
- Kreeg u steun van iemand bij het omgaan hiermee? Zo ja, van wie?
- Hoe kunnen dit soort fouten ontstaan?

### **Medisch-technische fouten**

Ook wel kunstfouten genoemd. Hierbij wordt een bepaalde voor de hand liggende diagnose over het hoofd gezien of wordt een verkeerde medische behandeling ingesteld. Bij dit soort fouten is er niet volgens de huidige normen en kennis gehandeld.

- Heeft u persoonlijk wel eens te maken gehad met een dergelijke fout? (Zo niet, ga verder met “vermeende fouten”)
- Kunt u een voorbeeld noemen?
- Hoe heeft u gehandeld? Waarom heeft u op deze wijze gehandeld?
- Hoe reageerde de patiënt hierop?
- Kreeg u steun van iemand bij het omgaan hiermee? Zo ja, van wie?
- Hoe kunnen dit soort fouten ontstaan?

### **Vermeende fouten**

Een patiënt kan een arts een fout verwijten waarvan deze zich niet bewust is en die de arts ook niet als fout ziet wanneer hij/zij ermee wordt geconfronteerd. Het betreft dan een fout in de ogen van de patiënt.

- Heeft u persoonlijk wel eens te maken gehad met een vermeende fout?
- Kunt u een voorbeeld noemen?
- Hoe heeft u gehandeld? Waarom heeft u op deze wijze gehandeld?
- Hoe reageerde de patiënt hierop?
- Kreeg u steun van iemand bij het omgaan hiermee? Zo ja, van wie?
- Hoe kunnen vermeende fouten ontstaan?

### **Fouten van collega's**

- Ziet u wel eens fouten van collega's?
- Welke soort fouten? (fouten in de organisatie of samenwerking, bejegeningfouten, medisch-technische fouten)
- Als u een fout van een collega waarneemt, hoe gaat u daar dan mee om?
- Waarom gaat u daar op deze manier mee om?

### **Meest effectieve manier m.b.t. het omgaan met fouten**

- Wat is volgens u de meest effectieve manier van het omgaan met fouten? Waarom?
- Wat is de rol van het team en het ziekenhuis hierbij? Waarom?
- Indien de arts niet handelt volgens deze manier: Waarom handelt u niet volgens deze manier?

### **Verdere behoefte**

- Waaraan is volgens u binnen het ziekenhuis behoefte om bij fouten beter te kunnen handelen?  
Te denken valt aan steun van collega's, een duidelijke richtlijn, training, vertrouwenspersoon.

### **Algemene gegevens**

- Leeftijd
- Functie/specialisme
- Vrijgevestigd of loondienst?

### **Afsluiting**

- Heb ik zaken over het hoofd gezien?
- Bedanken voor medewerking
- Als blijkt dat ik nog iets wil weten, kan ik dan nog bij u terecht voor verdere vragen?
- Zoals ik al heb aangegeven, zullen de gegevens anoniem verwerkt worden. Als ik besluit in mijn scriptie een citaat van u te gebruiken (uiteraard zonder uw naam erbij te vermelden), zal ik u om toestemming vragen.