

Hoe gaan artsen om met fouten?

*M.T.J. Rutenfrans, H.W. van den Borne en N.W.S. van der Hoeff**

1 Inleiding

Ieder mens maakt fouten, artsen dus ook. Binnen de geneeskunde heerst 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 uit gehaald worden: fouten zijn er om van te leren. Om die reden zou er een open cultuur moeten zijn, waarin plaats is voor het melden en bespreken van fouten en het gebruiken van fouten als leermoment. Echter, soms zijn artsen bang om informatie te verstrekken uit vrees voor de juridische gevolgen. Toch is het van belang dat artsen open zijn tegen patiënten over gemaakte fouten. Wanneer de arts een defensieve houding aanneemt of verhullend taalgebruik hanteert, zal de patiënt dat in de meeste gevallen opmerken, waardoor hij wantrouwend zal worden en wellicht eerder een klacht of een claim zal indienen (Legemaate 2003). 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 niet uit kwaadwilligheid een fout. Artsen voelen zich, na het maken van een fout, soms angstig, onzeker, depressief en zelfs suïcide kan hieruit voortvloeien (Giard 2001).

Het krijgen van kritiek of het ontvangen van een klacht wordt door de arts vaak persoonlijk opgevat. Dit wordt veroorzaakt door de bijzondere kenmerken van de arts-patiëntrelatie. De arts zet zich persoonlijk in voor zijn patiënt. Het is niet alleen een zakelijke relatie maar de relatie is ook gebaseerd op vertrouwen, waarbij de persoon van de arts een belangrijke rol speelt. Daardoor is het omgaan met fouten vaak moeilijk. Artsen reageren

* *Mevrouw drs. M.T.J. Rutenfrans is werkzaam als Medewerker Kwaliteit en Ethiek bij de Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW) Oost-Veluwe (Apeldoorn). Het beschreven onderzoek is uitgevoerd in het kader van een afstudeerproject in het Atrium Medisch Centrum (Heerlen). Prof.dr. H.W. van den Borne is hoogleraar Patiëntenvoorlichting aan de Universiteit Maastricht. Dr.ir. N.W.S. van der Hoeff is gepromoveerd aan de TU Delft op een onderzoek naar het management van patiëntrisico's. Hij werkt op dit moment als risicomanager in het academisch ziekenhuis Maastricht.*

meestal onhandig na het krijgen van kritiek. Door deze houding zijn patiënten eerder 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 in veel gevallen een klacht of claim voorkomen.

1.1 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek was na te gaan hoe artsen en patiënten communiceren over fouten en door welke motieven van artsen die communicatie wordt bepaald. In het beschreven onderzoek werd nagegaan of er behoefte bij artsen bestaat aan ondersteuning bij het omgaan met fouten en indien dit het geval is, waar artsen specifiek behoefte aan hebben.

1.2 Probleemstelling

De volgende probleemstelling werd bij het onderzoek 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 werd uitgesplitst 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 om bij fouten beter te kunnen handelen?

1.3 Definiëring van begrip 'fout'

Voordat met het onderzoek begonnen kon worden, is in de literatuur nagegaan hoe het begrip fout gedefinieerd kan worden. Daarbij werd vastgesteld dat er geen eenduidige definitie van het begrip 'fout' is. Bergsma (1995) definieert 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 (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.

- *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 terug te voeren zijn op de bejegening, ook wanneer de klacht en de fout niet direct bejegening betreft. Patiënten hebben er vaak wel begrip voor 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).
- *Medisch-technische fouten*: de echte medische missers. Bij dit soort fouten wordt 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.
- *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 (Van Everdingen 1999).

2 Methode

Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek om te exploreren hoe artsen met fouten omgaan in hun communicatie met patiënten. Hierbij werden alleen medisch-specialisten betrokken. Het doel was de beleving of de betekenisgeving van het omgaan met fouten 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. De onderzoeker realiseerde zich wel dat de deelnemers terughoudend konden zijn met het geven van informatie, omdat ze wellicht achterdochtig of onzeker waren. Bovendien bestond de mogelijkheid dat ze geen duidelijke of uitgesproken mening hadden en moeite hadden hun opvattingen te verwoorden. Kwalitatief onderzoek leent zich beter voor deze problematiek dan meer kwantitatieve methoden (Baarda 2001). Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van de methode van open

interviews om ideeën, opvattingen en meningen van de betrokkenen in het veld (de medisch-specialisten van een groot opleidingsziekenhuis in het zuiden van Nederland) te achterhalen. Het doel was om inzicht te krijgen in het probleem, om de knelpunten te achterhalen en om informatie te verkrijgen over hoe artsen omgaan met fouten. De interviewer verkende vragenderwijs gespreksonderwerpen om te ontdekken hoe de specialist tegen bepaalde zaken aankeek. Het was van belang dat de arts het idee kreeg dat zijn antwoorden acceptabel en waardevol waren.

Met een open interview kon snel informatie verworven worden en kon doorgevraagd worden als daarvoor aanleiding was (Baarda 2001).

De onderzoeker had van tevoren bepaald welke gespreksonderwerpen voor de beantwoording van de vraagstelling nodig waren. Deze onderwerpen zijn in een interviewschema geplaatst.

Er is voor gekozen om in het interviewschema (zie bijlage 1) een splitsing te maken naar de soorten fouten die in de literatuur werden onderscheiden. In het interview is bij ieder type fout nagegaan of de arts persoonlijk wel eens te maken heeft gehad met een dergelijke fout, of hij een voorbeeld kon noemen, hoe hij gehandeld heeft, hoe de patiënt heeft gereageerd, of hij 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 daarmee omgaat, wat volgens hem de meest effectieve manier van het omgaan met fouten is en tot slot welke behoeften de arts heeft om bij fouten beter te kunnen handelen. Bij de behoeften werd een opsomming gegeven: steun van collega's, een duidelijke richtlijn, training en het instellen van een vertrouwenspersoon.

Omdat het om een open interview ging, was het niet noodzakelijk om alle vragen te stellen en om de vragen in dezelfde volgorde aan bod te laten komen. Er werden twee proefinterviews gehouden en op basis van deze twee interviews werden kleine aanpassingen gedaan aan het interviewschema. Aangezien de proefinterviews verder goed verliepen, werden deze twee interviews eveneens meegenomen bij het onderzoek.

Voor deelname aan het onderzoek werden via de medisch-managers van het ziekenhuis zeventien vakgroepen en maatschappen, waarvan de artsen veel direct contact hebben met patiënten, telefonisch benaderd. De medisch-managers waren veelal op de hoogte van het feit dat zij een vraag voor een interview konden verwachten, omdat tijdens de kernstafvergadering, waarbij een afvaardiging van alle maatschappen/vakgroepen aanwezig was, een korte presentatie was gehouden over dit onderwerp. Aan de medisch-managers werd gevraagd of zij of een collega uit hun vakgroep/maatschap bereid waren deel te nemen aan een interview. Een viertal vakgroepen/maatschap-

pen had deelname geweigerd of was niet te bereiken. Daarnaast nam een arts van een radiotherapeutisch instituut (waarmee werd samengewerkt) deel aan het onderzoek. Na deze zestien interviews bleek het aantal interviews met vrouwelijke artsen laag te zijn. Daarom werden nog eens negen vrouwelijke artsen per e-mail benaderd met de vraag of zij deel wilden nemen aan een interview. Daarop hadden drie artsen gereageerd en met hen 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.

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 mei en juni van 2004 gehouden. In totaal werden negentien artsen geïnterviewd, waarvan zes vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar. Elf artsen hadden een meer beschouwend specialisme en acht artsen een snijdend specialisme. 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. Voorzover dit wel het geval was, is dit weergegeven bij de resultaten.

3 Resultaten

De resultaten worden aan de hand van het interviewschema besproken. Achtereenvolgens komen aan bod: fouten in de organisatie of samenwerking; bejegeningfouten; medisch-technische fouten; vermeende fouten; motieven die schuilen achter het handelen; meest effectieve manier van het omgaan met fouten en behoeften om bij fouten beter te kunnen handelen.

3.1 Fouten in de organisatie of samenwerking

Bij fouten in de organisatie of samenwerking werden diverse voorbeelden genoemd. Een aantal artsen noemde een ervaring waarbij ze persoonlijk betrokken zijn geweest. Genoemd werden onder andere: 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; geen goede of eenduidige communicatie onderling of met de patiënt. Bij deze situaties deed een aantal artsen een MIP-melding (Melding Incidenten Patiën-

tenzorg) en een aantal keren werd er lokaal actie ondernomen, 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 aan de patiënt, omdat deze tijdens het maken van de fout niet bij bewustzijn was.

Naast de artsen die zich een persoonlijk voorbeeld konden herinneren, was er een aantal artsen die over meer algemene voorbeelden vertelde. Daarbij vertelden ze over situaties die zich wel eens voordeden, maar er werd niet vanuit één concrete situatie gesproken die de arts zich herinnerde. Een aantal artsen had het over afspraken waar iets mis mee ging. De meeste artsen boden bij dit soort aangelegenheden hun excuses aan aan 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 dit niet nodig hadden (en omgekeerd); lange wacht- en toegangstijden; 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. Een arts die regelmatig problemen had met het niet krijgen van antwoord bij een *second opinion*, probeerde dit te voorkomen door herhaaldelijk hierover te bellen. Een andere arts zei niet te onderhandelen met patiënten, wanneer ze klagen dat ze te lang hebben moeten wachten.

Daarnaast was er een groep artsen die weliswaar een concrete situatie noemde, maar dit was een situatie waar deze artsen zelf niet 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 overdrachtsmomenten iets misliep; een patiënt die ten onrechte werd opgenomen. Het pas uren later op de eerste hulp geholpen worden van een patiënt kon zelfs ernstige fysieke gevolgen hebben voor de patiënt. De actie die ondernomen werd bij de verschillende voorbeelden, was ook divers: bij een bed dat men 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 werd een MIP-melding gedaan. Voor de patiënt die ten onrechte was opgenomen, werd een nieuwe afspraak gemaakt.

3.2 *Bejegeningsfouten*

Ten aanzien van bejegeningsfouten 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; een 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 een handeling terwijl de patiënt aangaf pijn te hebben; een grapje dat de arts maakte tegen de assistent dat de patiënt niet kon waarden. In de meeste gevallen vonden de artsen een oplossing voor het probleem of leerden ze een wijze van omgaan met patiënten waardoor de fouten werden voorkomen. Bij de arts die zich ergerde aan de patiënt, merkte de patiënt dit. Het incident werd besproken 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 ondervond, onderhandelt altijd met de patiënt. De twee 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 diende de patiënt of de familie van de patiënt een klacht in.

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, waarbij de arts in een verdedigende houding schiet; het een andere indruk wekken van een bepaald gedrag wat bijvoorbeeld veroorzaakt wordt, omdat sommige zaken niet duidelijk zijn uitgelegd; te kortaf overkomen wanneer er juist meer behoefte is aan uitleg; wrevel door lange wachttijden; te weinig uitleg geven aan de patiënt en ongeduldig zijn. Enkele artsen noemden nog de volgende oorzaak: te drukke polikliniek waardoor er onvoldoende tijd is en vermoeidheid ontstaat. Een aantal artsen gaf hierbij aan dat ze in dit soort gevallen meestal tijdig de signalen opvangen wanneer er problemen zijn bij de communicatie en dat zij hierdoor niet zo vaak situaties meemaakten die tot echte conflicten leiden.

3.3 *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 toegegeven aan de patiënt. Hierbij had de patiënt een schadevergoeding gekregen. Een andere arts ging in op een behandeling die niet was 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. Dit voorval is gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. 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 specialisten hier ook verantwoordelijk voor waren.

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 inschattingsfout bij een bepaalde stoornis wat hij zichzelf 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 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 het missen van een diagnose bij de beoordeling van een foto of tijdens een endoscopie. Deze arts vindt dat inherent aan het werken in de gezondheidszorg.

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

3.4 *Vermeende fouten*

Bij vermeende fouten heeft in veel gevallen de patiënt deze niet eerst besproken met de arts; de patiënt heeft de klacht direct bij een andere instantie, zoals de klachtencommissie, geuit.

De voorbeelden die de artsen noemden, zijn zeer divers. Een groot deel van de artsen vertelde hierbij over een persoonlijke ervaring. 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 mag worden verwacht; 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.

3.5 *Motieven die schuilen achter het handelen*

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; het contact zoeken met huisarts; de situatie bespreken met collega's.

Het vertellen aan de patiënt of familie werd gedaan, omdat de artsen dit eerlijk vinden en van mening zijn dat patiënten het recht hebben om dit te weten. Een aantal artsen gaf ook aan dat zij denken dat hierdoor verdere problemen worden voorkomen. In een aantal gevallen reageerde de patiënt/familie ook begripvol toen de arts het goed uitgelegd had.

In de gevallen dat de fout niet gecommuniceerd werd aan de patiënt, was dit niet gebeurd omdat de patiënt tijdens het maken van de fout 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 moest blijven houden. Deze artsen waren van mening dat het niet in het belang van de patiënt is om het expliciet als fout te bestempelen aan de patiënt. Het gaat bij deze twee artsen niet om een snijdend discipline, maar om een meer beschouwend 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 werd gedaan om de fout te voorkomen voor de toekomst.

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

3.6 Meest effectieve manier van het omgaan met fouten

Bijna alle artsen gaven bij de vraag 'Wat is volgens u de meest effectieve manier van het omgaan met fouten?' aan, van mening te zijn dat open en eerlijk met fouten moet worden omgegaan, omdat het verdoezelen van fouten problemen met zich meebrengt. Patiënten zouden eerder een klacht of een claim indienen wanneer ze de indruk krijgen dat de arts iets 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 openheid 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.

3.7 Behoeften om bij fouten beter te kunnen handelen

De laatste onderzoeksvraag luidde '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?'. Bij deze vraag is het interessant om een onderscheid te maken tussen jongere en oudere artsen (het onderscheid hierbij lag op 47 jaar). Opvallend is namelijk, dat de oudere artsen vaker zeiden geen behoefte aan de genoemde zaken te hebben wanneer er een fout gemaakt wordt. Zij zien het omgaan met fouten als zaak van de arts. Oudere artsen noemden wel vaker de behoefte aan het instellen van een vertrouwenspersoon dan jongere artsen. Deze laatste groep was van mening dat specifieke 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. Een andere behoefte die genoemd is (door beide groepen), is 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 maakte een opmerking over de rol van de klachtenfunctionaris. Volgens een arts moet deze vooral 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 werd kritiek gegeven op een eventuele richtlijn. Er was één arts die het wel handig vond om te weten wat wel en niet aan de patiënt gecommuniceerd moet worden bij fouten.

4 Conclusie

De hoofdvraag van het onderzoek luidde: 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?

Geconcludeerd kan worden dat artsen op een verschillende wijze omgaan met de communicatie met de patiënt met betrekking tot fouten. 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 aan de patiënt, omdat de patiënt bijvoorbeeld tijdens het maken van de fout niet bij bewustzijn is en er geen gevolgen aan over heeft gehouden. Een aantal artsen van meer beschouwende disciplines bestempelt niet alle fouten als een echte fout aan de patiënt, omdat deze artsen het van belang vinden dat de patiënt het vertrouwen in het ziekenhuis en in de arts blijft houden.

4.1 Kanttekeningen

Bij de resultaten en de conclusie kunnen enkele kanttekeningen gemaakt worden. Er waren namelijk een aantal bedreigingen voor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

Als eerste het mogelijk sociaal-wenselijk antwoorden van artsen. Artsen vonden het moeilijk om over fouten te praten. Het is niet zo verwonderlijk dat artsen hier moeite mee hebben, niemand praat graag over zijn fouten. Bovendien hebben artsen een hoog gewaardeerde positie. Hierdoor zal 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 meer voorbeelden die aan hen persoonlijk toe te schrijven waren. Echter, hierbij hadden artsen ook de neiging om hun eigen 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 of aan een minder goede 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. Uit de resultaten bleek dus dat artsen meer geneigd zijn hun fouten toe te schrijven aan externe factoren, bijvoorbeeld aan anderen, het systeem of de organisatie.

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 aan 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 men zich afvragen of artsen niet in hun loopbaan een keer een situatie hebben meegemaakt die een minder goede afloop heeft gehad. Artsen hebben het bijvoorbeeld niet over ervaringen met betrekking tot het medisch tuchtrecht gehad. Dit valt mogelijk te verklaren uit het feit dat artsen zich niet graag kwetsbaar opstellen. 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 sprake is geweest van een selectiebias. Aan de maatschappen/vakgroepen is gevraagd één persoon af te vaardigen. De laatste drie vrouwelijke artsen hadden gereageerd op een e-mail met het verzoek om deelname. Slechts deze drie artsen hadden gereageerd op de e-mail, terwijl aan negen artsen via een e-mail een verzoek om deel te nemen was gestuurd. Personen die makkelijker met fouten omgaan en wellicht over betere communicatieve vaardigheden beschikken, zullen waarschijnlijk eerder bereid zijn geweest aan het onderzoek deel te nemen. Een aantal maatschappen/vakgroepen heeft deelname geweigerd. Wellicht wordt door hen minder goed met fouten omgegaan. Er bestaat dus

een kans dat hierdoor niet een correcte weergave van de werkelijkheid 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 gemaakt, 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 om bij fouten beter te kunnen handelen.

Tot slot nog een opmerking waar rekening mee kan worden gehouden in eventueel vervolgonderzoek om de betrouwbaarheid en de validiteit te verhogen. De artsen noemden tijdens dit onderzoek diverse voorbeelden, waarbij zowel persoonlijke als niet-persoonlijke.

Hun handelen hing sterk af van het soort voorbeeld dat ze noemden. Bovendien was het om deze reden moeilijk om 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 in de vorm van een vragenlijst. Er zou aan artsen een rij met antwoordmogelijkheden gegeven kunnen worden, waarbij ze dan één of meerdere antwoorden kunnen aankruisen. Hierdoor hoeft de arts niet tegenover een derde zijn fouten uit zijn praktijk in een interview te noemen en zou hij het onderzoek als meer anoniem kunnen ervaren.

Literatuur

Baarda, D.B., M.P.M. De Goede & J. Theunissen (2001), *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Stenfert Kroese, Houten.

HOE GAAN ARTSEN OM MET FOUTEN?

- Bergsma, J., H.W. Bruinsma, H.R. Iedema, M.J. Korenrom, J. Koudstaal, R. Pal, & J. Van der Ploeg (1995), 'Fouten maken in de kliniek'. In: *Medisch Contact*, nr. 50, pp. 785-786.
- Everdingen, J.J.E. van, Y. Witman, M.M. Calff & F.D. Gart (1999), 'Omgaan met fouten'. In: J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos & J.J.E. van Everdingen (red.), *Communiceren met patiënten*. Elsevier/Bunge, Maarssen.
- Giard, R.W.M. (2001), 'Medische fouten: onvermijdelijk, maar bestrijdbaar'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, nr. 145(43), pp. 2062-2065.
- Legemaate, J. (2003), 'Open en eerlijk. Omgaan met klachten en fouten'. In: *Medisch Contact*, nr. 58, pp. 1128-1130.
- Rutenfrans, M.T.J. (2005), *Arts en communicatie met de patiënt na fouten*. Universiteit Maastricht.
- Sluyters, B. (1996), 'Tuchtrecht en civiel recht'. In: *Medisch Contact*, nr. 51, pp. 1312-1313.
- Vathorst, S. van de (2000), *Arts en omgaan met fouten*. Brochure. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst, Utrecht.

Bijlage 1 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, bejegeningsfouten, 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 ‘bejegeningsfouten’)
- 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?

HOE GAAN ARTSEN OM MET FOUTEN?