

overervingsrisico, dat de arts uit hun persoonlijke en familiale constellatie kan afleiden, dan is het natuurlijk verder hun eigen verantwoordelijkheid wat ze met die informatie doen. De arts heeft dan de ouders in staat gesteld een bewuste beslissing te nemen.

In de sfeer van de erfelijkheidsvoorlichting vinden we wellicht de meest spectaculaire illustraties van de belangen die met patiëntenvoorlichting gediend of geschonden worden. De specifieke kennis waarover de arts beschikt, geeft hem in zijn relatie met patiënten op bepaalde terreinen een cruciale verantwoordelijkheid, waaraan alleen voldaan kan worden wanneer patiëntenvoorlichting consequent en systematisch in de geneeskunst wordt geïntegreerd.

Nota bene

Als een arts –zonder acute noodzaak – een behandeling instelt, zonder dat de patiënt daarvoor zijn door voldoende informatie gekwalificeerde toestemming heeft gegeven, stelt hij zich in principe bloot aan strafrechtelijke vervolging.

Door uitsluitend non-directieve methoden te hanteren kunnen psychosociale hulpverleners soms moeiteloos hun gebrek aan kennis en creatieve capaciteiten verdoezelen.

(Stellingen bij A. F. M. Dekkers. De patiënt en het recht op informatie. *Dissertatie Leiden*, 1979).

Ook al zou de iatrogene schade welke uit bevolkingsonderzoek en anticiperende screening voorkomt meevallen, dan nog dient de netto effectiviteit daarvan als enig criterium te worden toegepast bij het beoordelen van de wenselijkheid van dit onderzoek. (Stelling bij F. E. Riphagen. Zeven vette jaren. *Dissertatie Rotterdam*, 1980).

Bij het opstellen van een oncologisch beleid zal de overlevingsduur alléén niet van doorslaggevende invloed mogen zijn. (Stelling bij P. P. J. Touw. Over botcement en botinfectie. *Dissertatie Utrecht*, 1980).

Uit de universitaire huisartseninstituten*

ROTTERDAMS UNIVERSITAIR HUISARTSENINSTITUUT

Omgaan met fouten

In de beroepsopleiding tot huisarts van het Rotterdams Universitair Huisartseninstituut wordt sinds enige tijd aandacht besteed aan het onderwerp *omgaan met fouten*. J. P. Freriks, huisarts te Breda en staflid van het Instituut, geeft een overzicht van de benaderingswijze die daarbij gevolgd wordt.

Fouten als taboe

Iedereen maakt fouten, in zijn dagelijks werk, in zijn omgaan met anderen. Vele daarvan gaan ongemerkt voorbij of hebben weinig consequenties. Soms hebben fouten verder strekkende gevolgen, die grote invloed hebben op houding, gedrag en oordeel van de betrokkenen in nieuwe situaties. Iedereen kent ongetwijfeld uit eigen ervaring zowel de situatie waarin hij zelf een fout maakte, als die waarin hij het slachtoffer werd van een fout. In beide gevallen is de confrontatie ermee onaangenaam. Niettemin zullen de reacties geheel verschillend zijn. Afgezien van de grootte van de fout en de positie die je ten opzichte van de fout inneemt, spelen ook de risico's en de belangen die op het spel staan, een grote rol bij de wijze waarop op fouten wordt gereageerd.

In een beroep dat grote risico's kent en daaraan verbonden fatale consequenties, zou je kunnen verwachten dat er goed ontwikkelde benaderingen bestaan om met fouten en falen om te gaan. Je zou mogen veronderstellen dat een gezamenlijke terminologie, woordgebruik en begrippen-definiëring zouden zijn ontwikkeld. Dat blijkt echter zeer ten dele het geval. Het is zelfs erg moeilijk te omschrijven wat nu eigenlijk fout is.

Veelal wordt impliciet onderscheid gemaakt tussen verwijtbare en niet verwijtbare fouten. De verwijtbare fouten komen voort uit een kennelijk te kort schieten in deskundigheid (kennis en vaardigheid) en gedrag, volgens hier-

voor aanvaarde regels (die men, net als de wet, geacht wordt te kennen); en dit te kort schieten heeft geleid tot schade voor het slachtoffer. Niet verwijtbare fouten gebeuren „per ongeluk”. Deze indeling leidt vrijwel noodzakelijk tot „er maar liever niet over willen denken of praten”.

In interviews met artsen (aankomende internisten en psychiaters) hebben enkele Amerikaanse onderzoekers (*Stelling and Bucher*) het omschrijven van wat fout is ter sprake gebracht. Ze kwamen tot interessante ontdekkingen. Zo bleek dat veel respondenten het begrip „fout” vanuit hun vak niet konden omschrijven. Een minderheid lukte het wel, als ze het woord fout eerst hadden „vertaald” in begrippen uit hun persoonlijke referentiekader. Veelal werden fouten geassocieerd met verkeerd gedrag, je misdragen; ook wel met zaken als procedures of een proces waarin „iets” misgaat, waarmee zowel de behandelingsprocedure als de organisatieprocedure (samenwerking!) bedoeld kan worden. Soms ook werd het woord eenvoudig „groter gemaakt”: „grove dwalingen”, „duidelijke, welomschreven fouten”. In het Nederlands wordt in zo'n verband de term „kunstfout” gebruikt.

Opvallend is dat nooit de uitkomst of het resultaat meetelde om te bepalen of iets fout was. Voor leken is echter het resultaat het belangrijkste gegeven, op grond waarvan te beoordelen is of iets goed of fout is gegaan. Er zijn weinig redenen om aan te nemen dat het in ons land veel anders is gesteld.

In hetzelfde artikel geven *Stelling and Bucher* drie stereotiepe houdingen aan die artsen als het ware aannemen om te kunnen leven met het besef dat ze fou-

* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

ten maken. De eerste is het „ik doe mijn uiterste best“-type: je houdt je strikt aan de regels, speurt alles zorgvuldig na. In dat verband kunnen er „acceptabele beoordelingsfouten” bestaan. Een mooi voorbeeld daarvan levert het praktijkperikel *Volmaakte diagnose: Mevrouw A., 79 jaar. Geen klachten, wel een chronische iridocyclitis. Intern onderzoek leverde lichte leverstoornissen op. Geen afwijkingen bij gastroscopie, galblaas niet zichtbaar bij röntgenonderzoek. Overwegingen: 1. iridocyclitis in het kader van een klinisch niet manifeste inflammatoire darmziekte; 2. hepatomegalie door galsteenlijden; 3. hepatomegalie door maligne proces ter hoogte van de Papil van Vater c.q. pancreaskop. Vervolgens ERCP (scleroserende cholangitis?). De ductus pancreaticus werd niet gevisualiseerd. Een concrement in galblaas.*

Aansluitend aan het onderzoek kreeg patiënte een sepsis door klebsiella oxytoca. Gevoelig voor azlocilline. Na twee dagen koortsvrij. Patiënte was nu somnolent en icterisch. EEG: diffuus gestoord beeld passend bij een metabole stoornis. Een dag later overleed patiënte onder het beeld van een coma hepaticum. Totale opnameduur drie weken.

Obductie: levercirrhose, galsteen en een bijkomende infectie.

Er is een volmaakte diagnose gesteld.

De tweede categorie is het „de geneeskunde heeft z'n grenzen“-type. Deze houding kan als het ware gebruikt worden om persoonlijke fouten of machteloosheid te verzachten of te ontkennen door te wijzen op de beperkingen van het geneeskundig handelen (ik ben zelf ook slachtoffer):

Er komt een vrouw op het spreekuur van de huisarts, ongerust over een mogelijk



ACH, FOUTEN ZIJN ER OM GEMAAKT
TE WORDEN

knobbeltje in de borst. De huisarts vindt geen duidelijke afwijking. Er wordt een mammografie verricht, waarop geen zekere afwijkingen worden vastgesteld. De vrouw wordt geheel gerustgesteld. Drie maanden later komt de vrouw terug, nu met een duidelijke tumor die op maligniteit blijkt te berusten.

Reactie huisarts (zeer onder de indruk): „Toch heb ik niet gefaald: mijn vingers waren niet gevoelig genoeg en het apparaat kon niet ver genoeg kijken”. Het zijn de grenzen van het geneeskundig waarnemingsvermogen.

Reactie patiënt: „Wat voelde ik drie maanden geleden dan in mijn borst?”

De derde is het „Er zijn vele wegen naar Rome“-type. Wat de een goed vindt, vindt de ander fout. Door dit tot stelregel te maken kun je jezelf redelijk „immuun” maken. Het biedt de mogelijkheid keuzen te ontwijken en lijkt te voorkomen dat je voor de consequenties daarvan verantwoordelijk wordt gesteld:

Uit brief boze cliënt: „... wij vinden uw opstelling arrogant en te kort doen aan onze eigen verantwoordelijkheid. Van de injecties die onze vorige huisarts wel gaf en die u weigert voor te schrijven, heeft mijn vrouw al jarenlang baat.

Informatie collega: „Ik heb die injecties voorgeschreven, omdat ze er om vroegen. Eigenlijk met wat tegenzin en toen ik er eenmaal aan begonnen was, zat ik er aan vast. Maar ach, ik denk maar zo: als die vrouw er nu baat bij heeft, wat is er dan tegen. Ja, er zitten wel risico's aan, zeg men, maar ik heb die bijwerkingen nog nooit gezien en bovendien: ze heeft er zelf om gevraagd”.

Bij lezing van de verantwoording die de juryleden van het boek *Valkuilen in de huisartsenpraktijk* geven, voel ik de neiging ze een plaatsje te geven in de eerste categorie. Terwijl de opstelschrijvers hun fouten aan het papier toevertrouwen, schreven de juryleden deze fouten toe aan „valkuilen”: „ze konden het niet helpen, ze deden immers hun uiterste best”. Kennelijk is het maken van fouten een zo delicaat onderwerp, dat er in het openbaar, althans door artsen, nauwelijks over wordt geschreven. *Valkuilen* heeft de drempel, zij het onder een schuilnaam, overschreden, ook al wordt voorbijgegaan aan de zekerheid, dat ieder mens (artsen zijn ook mensen) op gezette tijden beoordelingsfouten maakt, dat ieder mens soms onkunde verweten kan worden en dat ieder mens soms andere mensen schromelijk veronachtzaamt. Met dit gegeven leeft ieder-

een, of je dit nu het menselijk tekort of de erfzonde wilt noemen.

Artsen blijken dus moeilijk te kunnen omschrijven wat fout is, terwijl ze tegelijkertijd houdingen ontwikkelen waardoor je gemaakte fouten niet zo erg voelt. Fouten bestaan dan dus niet meer, zij het dat de dreiging voortdurend blijft bestaan. Door die dreiging ontstaan nieuwe stereotiepe reacties zoals „Kijk maar uit, anders sta je morgen in een groot ochtendblad”, die te vergelijken zijn met de irrationele ideeën van Ellis (besproken door *Diekstra en Dassen*), waarvan er één luidt: „Als iets gevaarlijk of schadelijk is of kan zijn, moet men voortdurend bedacht zijn op de mogelijkheid dat het je kan overkomen”. Voorbeeld:

Ja, zo heb ik eens een geval gehad, waarbij mij verweten werd, dat ik een reeds aanwezige ambulance had teruggestuurd. De patiënt werd later door een andere collega toch opgenomen. Je begrijpt: in voorkomende situaties denk ik: „Altijd insturen!”

Fouten als fouten

Wat gebeurt er nu als je een fout van enige omvang hebt gemaakt? Huisartsen ervaren het zich realiseren van zo'n fout reeds als een traumatische gebeurtenis. Door de grond willen wegzinken, panisch angstgevoel, boete willen doen, momenten die je nooit meer vergeet... het zijn allemaal omschrijvingen die door huisartsen zelf werden gebruikt en door hun collega's met instemming en herkenning werden aangehoord. Vaak houdt hij de ervaring voor zich, kan hij er met niemand over praten en gaat hij snel door met zijn werk. Vaak ook is de drang om er met iemand anders over te praten, zo sterk dat hij zijn schaamtegevoel overwint. Maar met wie praten? De partner, een bevriende collega, het slachtoffer? Het is een situatie die de huisarts in een heel andere positie plaatst dan hij gewend is, hij wordt van hulpverlener tot hulpzoekende. Niet zo gemakkelijk, om hulp vragen, maar toch... Patiënten met een lichamelijk of geestelijk probleem zitten vaak in een vergelijkbare situatie.

Wat is in het geval van een gemaakte fout het probleem. Meestal is het terug te brengen tot de vraag: word ik nog geaccepteerd door de ander en/of door mezelf? Bij het verwerken van die vraag hangt veel af van de betrokkene zelf. Hij zal onder ogen moeten zien dat het antwoord zeker in eerste instantie nee kan zijn, maar tegelijkertijd dat dit nog niet betekent dat je als individu volledig

wordt afgewezen. Dit laatste is een verwachting die bij veel mensen leeft – bij de critici en bij de bekritiseerde partij, bij de foutenmakers en bij de slachtoffers – hetgeen een verdere communicatie tussen beiden zal belemmeren. In een eventuele confrontatie tussen foutenmaker en slachtoffer gaat het erom naar welke kant de balans zal doorslaan, acceptatie of afwijzing.

Het slachtoffer op zijn beurt heeft ook, en vooral, een traumatische ervaring. In de eerste plaats de schadelijke gevolgen van de fout. Daarnaast het besef slachtoffer van een fout te zijn, hetgeen ervaren kan worden als onrecht, niet gehoord worden, niet ernstig genomen zijn, afgewezen zijn. De reacties die dit teweegbrengt kunnen velerlei zijn: boosheid, teleurstelling, een andere huisarts zoeken en soms een klacht indienen. De behoefte aan een of andere vorm van genoegdoening bestaat in deze omstandigheden begrijpelijkerwijs vaak, hetgeen ons terugbrengt op de eventuele confrontatie tussen foutenmaker en slachtoffer. Het slachtoffer zal dan eerst zijn boosheid en teleurstelling willen uiten en tekenen van begrip van de andere kant willen waarnemen. Pas daarna kan echt blijken naar welke kant de balans zal uitslaan.

Toen Dr. P. 's nachts om 5.00 uur de telefoon aannam wist hij direct waar het over ging: baby Marieke M., die hij 's avonds te 19.00 uur nog had gezien met braken en diarree. De vader belde wanhopig: „Ik geloof dat ze doodgaat”. In de auto schold hij zichzelf uit: „Stommerd waarom, waarom heb je d'r niet meteen opgenomen”. Maar hij had toch alles nagekeken; geen dehydratieverschijnselen, acceptabele gewichtsdaling, fontanel, ogen, kleur, luiers bekeken, uitgevraagd. Hij had de moeder lachend gerustgesteld en het beleid nog eens uitgelegd. En belt u gerust als het niet lukt. Waarom was hij 's avonds niet nog een keer gaan kijken, waarom hebben de ouders niet eerder gebeld? Het liefst zou hij rechtdoor willen rijden, het bos in, een uur lopen in de stille ochtendschemer... Er werd niet veel gezegd, Marieke was erg uitgedroogd, slap apatisch. Ze werd naar het ziekenhuis gebracht. Later had hij opnieuw gebeld met de kinderarts: „Ik geloof dat ze het net redt... wel op het nippertje ja”. Hij móést er met iemand over praten. Maar met wie...?

In heel veel situaties blijft dit alles onuitsproken, hetgeen niet altijd onoverkomelijk is. Toch blijkt uit behandeling van klachten dat bij veel (veronderstel-

de) fouten een communicatiestoornis – reeds tevoren en zeker ná de fout – een wezenlijk onderdeel van het probleem is. Communicatiestoornissen ontstaan als opvattingen en gevoelens van de ander niet erkend of herkend worden. Helaas komen deze stoornissen vaak pas aan de oppervlakte als blijkt dat het resultaat van de bemoeienissen te wensen over laat. In confrontatie met elkaar, misschien meer nog met zichzelf, kan blijken welk aandeel de foutenmaker en het slachtoffer hebben gehad in het ontstaan van belemmeringen in de communicatie.

Het definiëren van fouten

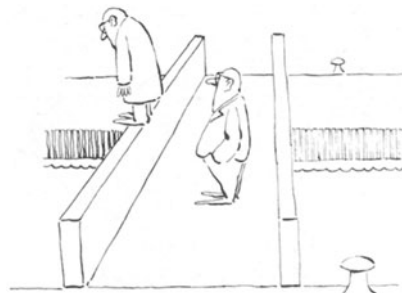
In het voorgaande is er stilzwijgend van uitgegaan dat een fout, met de reacties die deze oproept, bestaat op het moment dat een betrokkene dit als zodanig ervaart. Dit is een subjectieve en pragmatische benadering, die echter te kort kan doen aan de exacte vaststelling van wat in de concrete situatie de fout was. Er zijn diverse omschrijvingen – zo men wil definities – van fouten in algemene termen mogelijk. De omschrijvingen die hier volgen, zijn voorbeelden. Ze hebben niet de pretentie zonder meer juist of algemeen geldend te zijn.

● Fout is, als aanvaarde regels, afspraken, wetten worden overtreden.

Toen ik dokter X belde verwees het antwoordapparaat naar dokter Y, en het ding van dokter Y verwees naar dokter X. Ik begrijp dat zoiets per ongeluk gebeurt, maar toch...

● Fout is als natuurwetten overtreden worden.

Moeder over haar zoon, die behandeld wordt wegens een ernstig verkeersongeval: „Ik heb een brief van hem in z'n jasje gevonden, waarin staat dat hij niet aan zo'n apparaat wil. De dokter die hem behandelt, weet ervan, maar zegt dat het



LATEN WE NOU EERST ES 'N STRUCTUUR SCHEPPEN OM DE RATIONELE, EMOTIONELE EN COMMUNICATIEVE ASPECTEN ZO' UITEEN TE RAFELEN DAT WE IN DEZE CONCRETE SITUATIE TOT EEN GOEDE DEFINITIE KUNNEN KOMEN.

niet anders kan... Ook al ben ik zijn moeder, toch vind ik dat ze de wil van mijn zoon moeten respecteren. Bovendien, mag je het leven wel verlengen, het is toch tegen de natuur?"

● Fout is, als de meerderheid van de betrokkenen of van de mensen die dat moeten beoordelen, het zo ervaren.

Abortus?

● Fout is, als men de ander niet gelijkwaardig heeft benaderd.

Bezoek bij man met prostaatacarcinoom, nadat hij uit het ziekenhuis is ontslagen.

„De dokter kwam met de hoofdzuster en zo'n jong ventje (co-assistent?) aan mijn bed staan. Ik wou vragen hoe dat het nou verder moest met mijn vrouw en zo, vanwege die hormonen. Ik vroeg: „Dokter, kan ik u even alleen spreken?" Maar die begon te lachen en riep: „De Vries, zeg maar rustig wat je op je hart hebt, we hebben geen geheimen voor elkaar". U begrijpt, ik klapte helemaal dicht".

● Fout is, als de ander schade wordt berokkend.

● Fout is, als het resultaat van bemoeienissen onvoldoende is.

● Fout is, onwaarheden vertellen.

U had mijn moeder moeten vertellen wat ze had, daar had ze recht op. Ze heeft nu al die tijd in onzekerheid en met valse hoop geleefd. En wij moesten allemaal om de hete brij heendraaien, het spelletje meespelen...

In concrete situaties is het van belang de gemaakte fout scherp te omschrijven en na te gaan of de fout generaliseerbaar is. Hieruit kunnen de maatregelen voortkomen om fouten te voorkomen. Een hulpmiddel om tot een goede definitie in concrete situaties te komen, is het uiteenrafelen van de rationele, emotionele en communicatieve aspecten. Pogingen om daarvoor een structuur te scheppen zijn te vinden in „medical audits" van ziekenhuisstaven en besprekingen in waarnemingsgroepen. Ook de opleidingssituatie van de aanstaande huisarts kan zo'n kader bieden, zowel voor de huisartsopleider als voor de arts-assistent. De betrokkenen kunnen daaruit concluderen welke aspecten de grootste struikelblokken opleveren en daaraan werken.

Diekstra, R. F. W. en W. F. M. Dassen. Rationele therapie. *Swets en Zeitlinger, Lisse*, 1976.

Stelling, J. and R. Bucher. *Vocabulaires of realism in professional-socialization.* (1973) *Social Science Med.* 7, 661-675.

Valkuilen in de huisartsenpraktijk. *Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht*, 1978.

Volmaakte diagnose. [Praktijkperikelen.] (1980) *Medisch Contact* 35, 1091.