

# Fouten in de huisartspraktijk

## 2. Na de fout

M. H. CONRADI, H. MULDER EN J. SCHULING

Zeventien huisartsen werden in een open interview ondervraagd over fouten in hun beroepsuitoefening. Bijna alle zeventien zeiden in het begin van het interview dat ze moeite hadden om zich hun fouten te herinneren. Vaak werd de fout geweten aan de omstandigheden, de patiënt of de familie; vaak ook werd de fout min of meer gebagatelliseerd. Als de patiënt of diens naasten wisten dat er een fout was gemaakt, ging de huisarts met hen praten. Wisten zij het niet, dan volgde meestal ook geen gesprek. Praten over fouten met andere huisartsen gebeurt vrijwel alleen als degene die de fout heeft gemaakt, het initiatief neemt. Slechts in één van de 80 gevallen had een fout geleid tot een klacht bij een Medisch Tuchtcollege.

### Inleiding

Bijna iedere huisarts maakt in zijn praktijkjaren enkele ernstige fouten. Uit het eerste artikel bleek dat zestien (van de zeventien) ondervraagde huisartsen samen 80 fouten hadden gemaakt.<sup>1</sup>

Iedere huisarts zal zo'n fout op de een of andere manier moeten verwerken, want schuld- en insufficiëntiegevoelens staan een goede beroepsuitoefening in de weg.

Na de fout zal hij bovendien meestal een gesprek met de patiënt of diens naasten voeren. In veel gevallen zal dat voor de huisarts een zware gang zijn. Een van de problemen hierbij kan zijn dat de huisarts en de patiënt van mening verschillen over wat 'fout' is. Conflicten en uiteindelijk tuchtzaken kunnen hier makkelijk uit voortvloeien.

Huisartsen kunnen ook met elkaar over fouten spreken, als een vorm van onderlinge toetsing en kwaliteitsbewaking. Overigens gebeurt dat laatste waarschijnlijk nauwelijks.<sup>3</sup> Uit een recente uitspraak van het Medisch Tuchtcollege blijkt bijvoorbeeld dat een apert slechte of onbekwame huisarts erg lang getolereerd kan worden door zijn collegae.<sup>4</sup>

Overtreddingen van formele regels, normen en wetten komen tenslotte in aanmerking voor behandeling door een

formele instantie, mits er een klacht is ingediend door een belanghebbende. De aangewezen instanties voor een dergelijke klacht zijn: de Medische Tuchtcolleges, de Inspectie voor de Volksgezondheid en de Districtsraden van de KNMG.

Hoe groot de kans is dat een fout tot een klacht leidt, is niet bekend. Wel is bekend dat artsen het Tuchtcollege als 'een zwaard van Damocles' ervaren. Een zwaard dat weliswaar zelden valt maar voortdurend dreigt;<sup>5</sup> in 1984 bedroeg het aantal ingediende klachten tegen huisartsen bij het Tuchtcollege 112; daarvan leidden er 25 tot een maatregel tegen de betreffende arts.<sup>6</sup>

De vraagstelling van dit tweede artikel luidt:

- Hoe gaan huisartsen achteraf om met hun fouten?
- Praten huisartsen met de patiënt of diens nabestaanden na een fout? En zo ja, wanneer gebeurt dat en op welke wijze?
- Praten huisartsen onderling over hun fouten? En zo ja, met wie en op welke wijze en wanneer gebeurt dat?
- In welke gevallen heeft een fout van een huisarts geleid tot een klacht bij een formele instantie?

### Methode

In een onderzoek onder internisten-in-opleiding bleek dat alle respondenten bij het vertellen over hun fouten teruggrepen op een beperkt aantal identieke verdedigingsmechanismen, die zij volgens de onderzoekers al in hun medische opleiding moeten hebben verworven:

- *ontkenning* van het begrip 'fout', vergeten of verdringen van gemaakte fouten, ontkennen dat er in een bepaalde situatie een fout is gemaakt;
- *projectie*: de fout wordt geweten aan het 'systeem', de superieur, de ziekte of de patiënt;
- *distancing mechanisms*: door te refereren aan een aantal gemeenschappelijke opvattingen over fouten, wordt de schuld min of meer gedeeld met de beroepsgenoten; dit zijn opvattingen

als: 'iedereen maakt fouten', 'het was niet te voorkomen' en 'ik deed mijn uiterste best'.<sup>7</sup>

Nagegaan is in hoeverre deze vormen van afweer ook zijn gehanteerd door de ondervraagde huisartsen bij het vertellen van hun fouten.

Daarnaast werden de zeventien geïnterviewde huisartsen nog de volgende vragen gesteld:

- Vindt u dat fouten met de patiënt (of met de nabestaanden) besproken moeten worden? Vervolgens is bij de meeste voorbeelden van fouten gevraagd of de huisarts na de fout inderdaad met de patiënt of zijn naasten heeft gesproken, en hoe dat verliep.
- Praat u met collegae over elkaars fouten, en zo ja, wanneer en op welke manier?
- Is er ooit een klacht tegen u ingediend bij een officiële instantie als het Medisch Tuchtcollege?

### Resultaten

#### Verdedigingsmechanismen

• *Ontkenning* Bijna alle artsen zeiden in het begin van het interview dat ze moeite hadden om zich hun fouten te herinneren: 'Een voorbeeld vinden, ik kan niet zo gauw iets vinden, dat is natuurlijk ook symptomatisch'. Sommige huisartsen vinden bovendien dat er in de huisartsgeneeskunde eigenlijk niet over fout gesproken kan worden, omdat er 'vele wegen naar Rome leiden'; er zijn vaak verschillende manieren om 'goed' te handelen. En soms vindt de arts tijdens het vertellen van een fout dat het toch eigenlijk niet fout was (*casus 7*).

• *Projectie*. *Casus 8* is een geval waarin de schuld wordt gegeven aan het systeem: het is te druk, of de sprekers zijn te vol, of er is een slechte communicatie. Ook krijgt de patiënt vaak de schuld (eveneens *casus 8*), zij het meestal gedeeltelijk en tamelijk impliciet (*casus 9*).

Een mechanisme dat de internisten-in-opleiding niet gebruikten, maar de

Het eerste van deze twee artikelen is verschenen in het julinummer van Huisarts en Wetenschap.<sup>1</sup> Een uitvoeriger verslag van het onderzoek is gepubliceerd als rapport van de vakgroep Gezondheidswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.<sup>2</sup>

Rijksuniversiteit Groningen. Drs. M.H. Conradi, medisch socioloog, destijds vakgroep Gezondheidswetenschappen en Instituut voor Huisartsgeneeskunde; Drs. H. Mulder, medisch socioloog, vakgroep Gezondheidswetenschappen; J. Schuling, huisarts, coördinator beroepsopleiding Instituut voor Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: Drs. M.H. Conradi, Zwanebloemweg 38, 9753 JJ Haren (Gr).

huisartsen wel, is: de schuld aan de familie geven. Huisartsen hebben meer met de familie te maken dan specialisten, zeker bij een huisbezoek. De informatie die de familie de arts geeft, kan soms leiden tot misverstanden en

fouten. De arts kan de schuld dan (gedeeltelijk) op de familie afschuiven (*casus 10*). Bij veel fouten worden de patiënten of het gezin negatief gekarakteriseerd. Ze zijn bijvoorbeeld 'raar', 'dom' of 'alcoholist'. Of deze patiënten

echt zo zijn, is niet belangrijk. Waarschijnlijk vermindert de arts door deze typering zijn schuldgevoel; door zijn afwijkende gedrag wordt de patiënt al bij voorbaat wat schuldig.

Aangezien huisartsen geen superieure

## Synopsis

Conradi MH, Mulder H, Schuling J. Mistakes in general practice. 2. After the mistake. *Huisarts Wet 1988; 31: 288-92, 307.*

**Introduction** The questions with which this second article is concerned read:

- How do GPs in retrospect cope with their mistakes?
- Do GPs talk with the patient or his near relatives after a mistake? If so, when and in what way does this happen?
- Do GPs discuss their mistakes with one another? And if so, with whom, in what way and when does this happen?
- In what cases has a GP's mistake led to a complaint being lodged with an official body?

**Method** In a study conducted among trainee internists it was found that all those examined in relating their mistakes fell back on three defence mechanisms which they had in part acquired during their medical training: denial of the concept of 'mistake', forgetting or suppressing mistakes made; projection: the mistake is attributed to the 'system', to the superior, the disease or the patient; 'distancing mechanisms': by referring to a number of common views about mistakes, the guilt is more or less shared with the colleagues; these are views such as: 'anyone makes mistakes', 'it could not be avoided' and 'I did all I could'. The question was studied to what extent these forms of defence were also used by the GPs examined while relating their mistakes.

In addition, the seventeen GPs interviewed were asked the following questions:

- Should mistakes in your opinion be discussed with the patient (or in the worst case with near relatives)? In connection with most examples of mistakes the GPs were then asked if after the mistake they had indeed discussed it with the patient or his relatives, and how the conversation went.
- Do you talk with colleagues about your and their mistakes, and if so, when and in what way?
- Have you ever had a complaint lodged against you with some official body such as the Medical Disciplinary Committee?

**Results** *Defense mechanisms* Nearly all GPs stated early in the interview that they had difficulty in recalling their mis-

takes. Some GPs also gave it as their opinion that the term 'mistake' has no real place in general practice: often there are several ways of acting 'correctly'. Frequently, the GP blames the system: he is too busy, or there are too many patients during consulting hours, or communication is bad. Often, also, the patient or his relatives are blamed or characterized in a negative way. They are, for instance, 'odd', 'foolish' or 'alcoholic'. Finally, specialists and occasionally even the disease may be blamed.

'Distancing mechanisms' are employed frequently. The GP distances himself from the mistake and reduces his feelings of guilt by referring to a number of opinions held in the professional group in regard to mistakes and possibilities of the profession.

*Disposal* All GPs on being asked, state that they consider it desirable in principle that a GP discusses his mistakes with the patient or the relatives. However, quite a few reasons are advanced for not doing so after all, e.g. if it is suspected that the patient wishes to use the information to harm the GP, or if those concerned are not aware that a mistake has been made. GPs also sometimes hesitate to report a mistake made in the case of another GP's patient, e.g. while on call.

In all, it is known in 54 of the 80 cases how the mistake was disposed of with the patient or his relatives:

- 40 mistakes were discussed as mistakes: in 38 cases the patient or his relatives had experienced the event as a mistake, or the mistake was self-evident; in two cases, mistakes were discussed of which the patients had been unaware;
- 14 mistakes were not discussed by the GP with the patient or his relatives: in eight cases the mistake had not been noticed as such, three cases involved a patient of a colleague who did not consider it necessary to discuss the mistake with the patient or his relatives, in one case, the patient had moved in the meantime and in two cases, the GP considered his culpability less than that of the patient or his relatives.

*Informal review* Most GPs state that they do bring up their own mistakes for discussion with their associates or in the duty rotation group; confronting a colleague with a mistake is more difficult. In the case of an associate's mistake talking

about it is usually possible, criticizing in a duty rotation group is more awkward. Three respondents said that in their duty rotation group they were saddled with one distinctly bad GP. When asked if they tried to change this GP's unsatisfactory activities by confronting him with them they answered in the negative.

*Complaints lodged with official bodies* Of the 80 mistakes related by the GPs which they themselves had made, one had led to a complaint being lodged with the Disciplinary Committee. The complaint was declared unfounded, but in retrospect the GP did consider that he had made a mistake in his management. In addition, three other GPs had been confronted with complaints lodged with an official body. In all cases this concerned an event which the GPs in question did not consider a mistake. The official bodies involved agreed with them, at any rate no steps were taken.

All seventeen GPs stated that they greatly feared the Disciplinary Committee. Reasons given for this were:

- the unpredictability they attributed the Medical Disciplinary Committee;
- the fact that the GP's functioning, which he regards as a personal affair, is being scrutinized;
- the severe emotional stress experienced by a GP involved in a disciplinary case.

**Discussion** The use of defense mechanisms to cope with feelings of guilt, is common and obviously necessary. Talking with a patient or relative after the mistake, happens only if the patient or relatives are aware of the mistake. If not, the GP will not discuss it. Talking with colleagues about mistakes is usually 'not done'. So the internal quality control, by pointing each other on their mistakes, isn't effective.

The lodging of complaints with the Disciplinary Committee seems to have no relation with the effect of the mistake to the patient, but with the quality of the doctor-patient relation. We think that it is possible to prevent some mistakes by systematically learning of the mistakes others have made. Research on this is necessary. Making mistakes is human, preventing them also.

**Key words** Family practice; Mistakes.

**Correspondence** M.H. Conradi, 38 Zwanebloemweg, 9753 JJ Haren (Gr), The Netherlands.

ren hebben, kunnen deze niet de schuld van de fouten krijgen. Wel kunnen specialisten de schuld krijgen (*casus 11*). Ook de ziekte krijgt zo nu en dan de schuld: ze is verraderlijk en moeilijk te diagnostiseren (*casus 12*).

• *Distancing mechanisms* worden veelvuldig gebruikt. De huisarts neemt afstand tot de fout en vermindert zijn schuldgevoel door te refereren aan een aantal opvattingen die in de beroepsgroep leven ten aanzien van fouten en mogelijkheden van het vak (*kader op pagina 291*).

### Afhandeling

In onze samenleving zijn openheid en eerlijkheid belangrijke waarden. Dit blijkt voor de zeventien huisartsen ook te gelden; allen zeggen desgevraagd dat zij het in principe wenselijk vinden dat een huisarts zijn fouten met de patiënt of de nabestaanden bespreekt. Er zijn echter nogal wat redenen om dat toch niet te doen.

*Casus 13* is een voorbeeld van het afhandelen van een fout. Als de patiënt en/of de familie weet dat er een fout is gemaakt door de arts, verkeert de arts

hierdoor in een zwakke positie; in *casus 14* maakt de familie hier gebruik van. Het bespreken van een fout heeft niet altijd tot gevolg dat de relatie wordt hersteld; een fout kan ook worden aangegrepen om van huisarts te veranderen. Dit is waarschijnlijk het geval geweest in *casus 11*. Een enkele maal is het vanwege de emoties van de patiënt of zijn naasten niet mogelijk het gebeurde te bespreken (*casus 15*).

De redenen die deze arts geven om de fouten te bespreken, variëren nogal: de een vindt het verstandig en 'zou ook

#### Casus 7

Een mevrouw staat 's avonds bij de niet dienst hebbende huisarts op de stoep met een vraag over haar zwangerschap. De arts onderzoekt haar niet, maar wimpelt haar wat af. De volgende ochtend wordt een prematuur kindje geboren dat enige uren later overlijdt. De arts vertelt: 'Dat is ook wel een interessante fout, een grove fout...' Hierna introduceert dezelfde arts een ander voorbeeld met de woorden: 'Ander heel duidelijk geval, wat ook mijn fout niet was.'

#### Casus 8

Een patiënt komt op het spreekuur met de klacht dat hij zo veel drinkt en schimmel in de mond heeft. De arts zegt tegen de assistente dat de urine nagekeken moet worden, waarop de assistente zegt dat dit gebeurd is en dat 'alles goed is'. De urine van de patiënt was echter niet op suiker nagekeken, maar er was een sediment gemaakt. De arts denkt niet meer aan suikerziekte. Uiteindelijk overlijdt de patiënt aan de complicaties van suikerziekte. De schuld wordt aan de organisatie gegeven: 'Duidelijke organisatiefout. Dat hing ermee samen dat ik in die tijd ook nog ergens anders werkte, en daar hadden we altijd een vast programma voor urine-onderzoek: suiker, eiwitten, dus als 'alles goed' was, dan wist ik wat alles was.' (...) 'Maar dat lag ook aan die mensen, dan zeggen ze er ook niet bij van: 'het is misschien suikerziekte', nee ze brengen gewoon de urine. En dan denkt de assistente: 'oh, zeker blaasontsteking'.'

#### Casus 9

Een patiënt komt twee keer bij de huisarts met bloed in de urine. Het symptoom wordt behandeld als zijnde een blaasont-

steking. De derde keer met bloed in de urine komt hij pas zeer laat bij de huisarts. Het blijkt bij nader onderzoek dan een symptoom van blaaskanker te zijn, en de patiënt komt te overlijden. De huisarts zegt: 'Misschien ligt de grootste fout wel bij de patiënt, dat ie daar toch mee doorgelopen is en niet gezegd heeft van: nou het blijft maar zo en het deugt niet.'

#### Casus 10

De huisarts komt in een gezin met drie zieke kinderen. Omdat er een mazelen-epidemie is, en de huisarts ook de hoede heeft over de praktijk van een collega, heeft hij het erg druk. Hij onderzoekt twee van de drie kinderen. Deze hebben mazelen. Hij concludeert zonder onderzoek dat het derde kind ook wel mazelen zal hebben. Dit kind overlijdt dezelfde nacht aan een mazelenpneumonie. De arts zegt: 't Was ook een merkwaardig gezin hoor. Ja gut, dat denk ik later ook maar tot troost. Ik snap ook niet waarom ze me die nacht niet gebeld hebben, maar ik snap wel meer dingen in dat gezin niet. Laat ik het zo zeggen, dat verlicht de smart van mijn kant dan weer een klein beetje.'

#### Casus 11

De huisarts vertelt over een door hem in eerste instantie niet herkende torsio testis: 'Het was mij dus heel duidelijk toen ik die tweede keer die man zag, dat ik dacht: wel potverdrie, het is toch een draai, een torsio. Dus toen heb ik onmiddellijk de chirurg gebeld: moet je horen, ik heb hier patiënt met een torsio en die wou ik graag insturen. Toen heeft die chirurg hem gelooft ik eerst nog weer een week laten liggen en toen was hij die testis kwijt. Dan zou ik zeggen van, nou maak hem dan meteen open, maar dat hebben ze dus ook niet gedaan.'

Na deze fout heeft de huisarts met de patiënt gepraat: 'Toen zei ik ook iets van:

nou gut, ik heb wel lelijk misgekleund ofzo. Daar is iets helemaal misgegaan. Toen deed ie daar heel losjes over: 'nou ja, kan de beste gebeuren'. Hij deed daar vrij vaag over. Maar die mensen zijn toen ineens uit de praktijk gegaan om een kleinigheid. Toen werd daar plotseling dat verhaal van die bal weer bijgehaald.'

#### Casus 12

Een arts die een hersentumor in eerste instantie niet herkende zegt: 'Maar dat zijn allemaal punten die ik me niet verwijt, want dat waren gewoon moeilijke beelden en toen het beeld eenmaal zichtbaar werd, toen herkende ik dat ook wel en heb ik ze ingestuurd en vond ook iedereen dat het een hersentumor was. Ja, dat is dan te laat, maar eerder kan je het nu eenmaal niet herkennen omdat de symptomatologie daar nou eenmaal niet typisch voor is.'

#### Casus 13

De arts bespreekt het overlijden van de patiënte na een fout met de kinderen (*casus 3* uit het vorige artikel): 'Dus ik ging naar die zoon toe, en ik zei: nou ik heb het fout gedaan, het spijt me verschrikkelijk, maar ik heb het fout gedaan. Zeg maar wat je dwars zit, want ik denk dat jullie je wel hartstikke rot voelen. Nou, ze stelden het op prijs dat ik kwam, maar ze waren hoogst beledigend in de manier waarop ze het over mij hadden; 'ook toen en toen ging het zo en zo en u wou ook nooit zus en zo en ze had zo en zoveel medicijnen en niemand keek er ook naar en er was niet voldoende controle'. Enfin, er bleef geen spaan heel van wat ik gedaan had. Ik heb dat maar over me laten komen, want ja, het enige dat ik deze mensen te bieden had was dat ze zich tenminste opgelucht voelden, dat ze zich tegen mij uitgesproken hadden. Ik denk: ja ik heb dit fout gedaan, ik moet dit incasseren. Nou ik heb dat gedaan, meer kon ik niet doen.'

Om misverstanden te voorkomen zijn de casus bij dit tweede artikel niet 1-11, maar 7-17 genummerd.

niet weten waarom je het niet zou doen', bij anderen spelen pragmatische motieven een rol. Het voorkómen van een officiële klacht en bezorgdheid over verstoring van de arts-patiënt relatie zijn de belangrijkste overwegingen: 'Het is toch het allerslimste om, als je zelf iets signaleert, onmiddellijk met die mensen contact op te nemen, en dan ruitlerlijk bekennen wat er aan de hand is. Want anders dan kon je nog wel eens heel gauw voor de Tuchtraad moeten verschijnen'. De artsen die gewoon zijn op een eerlijke manier hun fouten, eigen functioneren en gevoelens met de patiënt te bespreken, zeggen dat dit eigenlijk nooit negatieve reacties van de patiënt oproept.

Sommige huisartsen maken een duidelijk voorbehoud, bijvoorbeeld als wordt vermoed dat de patiënt de arts kwaad wil doen met de informatie: 'Ik gooi het meestal wel open naar mensen, tenzij ik echt het gevoel heb dat ik met een querulant heb te maken, dat je moet oppassen.' Een andere reden om niet met de patiënt of zijn naasten te gaan praten, kan zijn dat dezen niet weten dat de huisarts een fout heeft gemaakt. Dit dilemma komt zeer duidelijk naar voren in *casus 16*. In twijfelgevallen zal de arts voorzichtig polsen of de patiënt of de familie denken dat er een fout is gemaakt, en of ze daarover willen praten.

Ook wordt gearzeld om contact op te nemen als de fout is gemaakt bij een

patiënt van een andere huisarts, bijvoorbeeld tijdens de dienst. In de meeste gevallen zal de arts die de fout heeft gemaakt dan eerst overleggen met de huisarts van de patiënt (*casus 17*).

In totaal is in 54 van de 80 gevallen bekend hoe de fout is afgehandeld met de patiënt of zijn naasten:

- 40 fouten zijn als fout besproken. In 38 gevallen hadden de patiënt of diens naasten het gebeurde als fout ervaren, of was de fout voor iedereen duidelijk; in 16 gevallen had de fout namelijk (mede) geleid tot het overlijden van de patiënt. De huisarts is meestal uit zichzelf naar de patiënt of zijn naasten toegegaan, wanneer hij vermoedde of wist

#### Distancing mechanisms

- *Iedereen maakt fouten*: 'Daar ontkomt niemand aan, de meest briljante figuur ziet dingen over het hoofd.'

- *Er was toch niks aan te doen*: 'Nou daar had je niks aan kunnen doen want dat bleek achteraf een hele boosaardige tumor op een verkeerde plek te zijn. Dus dat had nooit geopereerd kunnen worden en de dood had ze dus al in de schoenen.'

- *Het hoort bij het vak*: 'Ik heb wel vaker diagnoses gemist denk ik, vele. Je probeert het, je moet iets inschatten, je hebt bepaalde gegevens, en daar neem je dus de meest waarschijnlijke van. En de tweede en derde die hou je dus in gedachten. Nou dan kan het best zijn dat het een vierde is. Meestal heb je nog tijd genoeg om dat nog weer te corrigeren. Soms niet.'

- *Ik heb mijn best gedaan*: 'Ik denk dat, in de gegeven omstandigheden, ik gedaan heb wat ik doen kon, dus ik voel me daar ook helemaal niet schuldig meer over ofzo.'

- *Iedereen zou deze fout gemaakt hebben*: 'Daarvan zeg ik: ja daar ben ik ingetrapt. Maar daar zou iedereen in-trappen. Iemand die altijd rugpijn heeft en altijd maar zeurt over van alles, nou, daar trap je vroeg of laat in, als ie wel wat heeft.' (*Casus 4* in het vorige artikel).

- *Geneeskunde kan niet zo veel*: 'Ik weet niet of ik nou echt bijdraag aan een welbevinden, gezondheid en een langer leven van mensen. Ik denk dat ik daar toch wel iets cynischer in ben geworden. Terwijl als je begint alles wat je doet heel belangrijk is, en dan is het ook veel erger als je een keer wat mis doet.'

#### Casus 14

De arts bezoekt de patiënt en diens familie (*casus 6* uit het vorige artikel): 'Toen ik de man bezocht, zei de familie dus ook:

'nou ja dokter, moest dat nou zo?' Ik zei: nee, dat moest natuurlijk niet zo. Door alle toestanden daar omheen steeds, hebben we gewoon een fout gemaakt. Nou dat haalde een stuk spanning weg uit het gesprek. En toen was het probleem eigenlijk gelijk over. Toen zei een van hen ook: 'ja, we hadden ook niet steeds tussendoor moeten komen'. Toen werden uiteindelijk al die argumenten die je zelf had willen aanvoeren ter verontschuldiging, door hen aangevoerd. Dat vond ik heel aardig. De familie heeft wel een soort machtsgreep naar mij gedaan; de meneer hoeft nou niet meer de injectie hier in de praktijk te halen, maar ik kom nou braaf iedere keer bij hun thuis. Je staat zwak, dus ik moet het goed maken.'

#### Casus 15

De arts houdt een vrouw met acute leukemie veel te lang voor een wat aanstellerige grieppatiënte. Na enige weken stuurt hij haar toch in; ze overlijdt korte tijd later. De arts gaat op bezoek bij de familie: 'Ik kom daar binnen, ik wil de echtgenoot een hand geven ter condoleantie en hij staat op en zegt: 'Eruit jij! Ik kan je niet meer zien!' Ik zeg: nou, dat kan ik begrijpen, maar ik zou er toch wel even over willen spreken, waarop de kinderen allemaal zeggen: 'opdonderen jij!'. Nou, ik zeg: is er dan geen woord over te spreken? Nee. Waarop een van de oudste zonen zegt: 'kom maar mee, neem nou maar de veiligste weg en stap maar op'. Hij pakt mij zo voorzichtig duwend bij de hand en trekt mij de deur uit. Ik heb het daarna nog wel eens gevraagd of het zinnig was om met vader te praten, maar dat is nog steeds niet bespreekbaar. Die is nog altijd laaiend kwaad en als ik dat oprakel, dan kon het wel eens zijn dat ik echt een pak slaag kreeg.'

#### Casus 16

De patiënt komt bij de arts met een klacht over rectaal bloedverlies. De arts doet een proctoscopie en ziet geen afwijkingen. Laat vervolgens röntgenfoto's maken, en komt tot de diagnose: divertikels in de darm. Bijna een jaar later komt de patiënt met dezelfde klacht terug. De arts besluit hem nu door te sturen naar de internist, die ook een proctoscopie doet en daarbij een tumor ontdekt. De patiënt overlijdt daar uiteindelijk aan.

'Ik moet je zeggen dat ik toch niet gezegd heb: ja, als ik een jaar eerder die scoop nog twee centimeter verder had geduwd, dan hadden we mogelijk wel die tumor gevonden. Hij heeft dat helemaal niet in de gaten gehad. Had ik dat nou moeten zeggen? Nou, ik heb het niet gedaan. Ja, wat was de reden precies, het zal wel angst zijn, een stuk angst. En in de tweede plaats werd de patiënt daar natuurlijk ook niet beter van, als ik gezegd had: als ik vorig jaar die scoop twee centimeter verder had gekregen, dan leefde u, dan had u nou een betere kans. Ik denk dat je dan misschien een leugentje om bestwil moet vertellen. Maar of dat nou echt zo is, weet ik niet. Wie z'n bestwil, dat weet ik dan nog niet.'

#### Casus 17

De dienstdoende arts mist een infarct bij een patiënt met een scala van andere klachten. Vier uur later overlijdt de patiënt. De dienstdoende arts heeft toen met de eigen huisarts overlegd: 'Ik voor mijzelf wou eigenlijk wel met de familie praten, maar die collega zei: 'nee, dat is niet nodig, die mensen zijn vrij simpel, en ik heb het met ze besproken en ze hebben helemaal geen wrok ten opzichte van je'. Terwijl ik dat eigenlijk wel logisch had gevonden, als ze dat wel zouden hebben.'

dat deze(n) het gebeurde als fout had-(den) ervaren. In twee gevallen is een fout besproken waarvan de patiënt geen notie had.

• 14 fouten zijn niet door de huisarts met de patiënt of diens naasten besproken. In acht gevallen was de fout niet als zodanig opgemerkt. In drie gevallen ging het om een patiënt van een collega die het niet nodig vond om de fout met de patiënt of diens naasten te bespreken. In één geval was de patiënt inmiddels verhuisd en in twee gevallen vond de arts zijn schuld minder groot dan de schuld van de patiënt of diens naasten.

### Informele toetsing

De meeste ondervraagde huisartsen zeggen dat zij hun eigen fouten wel ter sprake brengen bij hun associé of in de waarnemgroep; een collega op een fout aanspreken is moeilijker. Bij een fout van de associé kan dat meestal wel, zij het dat hierbij enige voorzichtigheid op prijs wordt gesteld: 'Kijk je moet ook met de ander door. En je hebt ook ieders vrijheid om mensen te behandelen zoals je zelf wilt. Ja, ik denk dat het in vrij subtiele vormen gaat, dat je toch laat merken van: nou, ik had dat anders gedaan. Dat gaat niet zo van: nou joh, dat was hartstikke fout. Daarvoor is 't natuurlijk toch een te broos geheel, een samenwerking.'

Kritiek leveren in een waarnemgroep is lastiger: 'Ik geloof dat iedereen toch naar z'n beste weten het vak uitoefent. Er zitten zoveel subjectieve elementen in, dat het moeilijk is om kritiek te leveren. Omdat je weinig objectieve maatstaven hebt. Het is per slot van rekening geneeskunst en geen geneeskunde.' Hier speelt vooral de onderlinge afhankelijkheid een rol: 'Ik denk, zeker met mensen met wie je verder ook samen moet werken, dat je dat ook niet zo gemakkelijk zegt ofzo. Tenminste ik niet. Want ik moet ook met die man verder.'

Illustratief voor de manier waarop huisartsen met elkaars fouten omgaan, is het verschijnsel 'slechte huisarts'. Drie respondenten vertelden dat zij met een apert slechte huisarts in de waarnemgroep zaten. Op de vraag of ze probeerden het slechte handelen van de arts te veranderen door hem hierop aan te spreken, was het antwoord: 'nee'. De redenen hiervoor waren:

- het heeft geen zin, omdat de 'slechte' arts het zich niet aantrekt of niet tegen kritiek kan;
- de huisarts was nog niet zo lang bij de waarnemgroep en de 'slechte' collega al jaren;

- de 'slechte' collega moet zelf maar weten wat hij met zijn eigen patiënten doet.

De enige keer dat een collega duidelijk op een fout werd aangesproken, deed zich voor toen werd ontdekt dat hij gedurende een lange periode morfine had gespoten bij een patiënt, zonder dat de eigen huisarts daarvan op de hoogte was.

### Klachten bij officiële instanties

Van alle 80 eigen fouten die de artsen vertelden, heeft er één tot een klacht bij het Tuchtcollege geleid. De betreffende arts had in de dienst ruzie gekregen met een hem onbekende patiënte, doordat hij wat te confronterend te werk ging. Uiteindelijk kreeg hij een vaas naar het hoofd geworpen. De patiënte diende een klacht in bij het Tuchtcollege. De klacht werd ongegrond verklaard, maar de huisarts vond achteraf wel dat hij een fout in zijn benaderingswijze had gemaakt.

Verder hebben nog drie andere huisartsen te maken gehad met klachten bij een formele instantie. In alle gevallen ging het om een gebeurtenis die de betrokken artsen niet fout vonden. De betreffende formele instanties ook niet, althans er zijn geen maatregelen getroffen. Eén geval betrof volgens de arts een notoire querulant, een ander was 'kierewiet' en de laatste arts kreeg twee klachten tegen zich van hem niet bekende patiënten: een vakantiegast en een patiënt van een collega.

Alle zeventien huisartsen vertelden dat zij een grote vrees voor het Tuchtcollege koesterden. Redenen hiervoor waren:

- de onvoorspelbaarheid die zij het Medisch Tuchtcollege toedichten;
- het feit dat het functioneren van de arts, dat hij als iets persoonlijks ziet, getoetst wordt;
- de grote emotionele belasting die een tuchtzaak voor de betrokken arts meebrengt.

### Beschouwing

Mensen die een vak beoefenen waarbij de kans bestaat dat er fouten worden gemaakt die ernstige gevolgen hebben, ontwikkelen een bepaalde gemeenschappelijke manier van omgaan met die fouten.<sup>8</sup> Deze observatie wordt door dit onderzoek bevestigd. Er zijn talrijke verdedigingsmechanismen om de schuldgevoelens die met het maken van fouten gepaard gaan, te verminderen. Het gebruik van deze mechanismen is algemeen en noodzakelijk: zonder deze

zou het moeilijk vallen het vak uit te blijven oefenen na een fout met ernstige gevolgen.

Fouten bespreken met patiënten wordt in veel gevallen gedaan. Belangrijk hierbij is de omstandigheid of de patiënt c.q. de familie wel of niet weet dat de huisarts een fout heeft gemaakt; weten zij dit niet, dan blijft bespreking meestal achterwege. Het bespreken van fouten waarvan zowel arts als patiënt op de hoogte zijn, neemt schuldgevoelens weg bij de arts, vermindert woede en wrok bij de patiënt, en verkleint de kans dat het tot een klacht bij een officiële instantie komt.

Praten met collegae over fouten is blijkbaar niet zo makkelijk: zelf de eigen fout vertellen is wel mogelijk, maar een collega op een fout wijzen, ligt gevoelig. De onderlinge toetsing is (nog) te vrijblijvend om hierin verandering te brengen en van onderlinge kwaliteitsbewaking komt in de praktijk weinig terecht.

Vanuit de samenleving is veel kritiek geweest op het functioneren van de tuchtrechtspraak. Velen zijn van mening dat de artsen elkaar de hand boven het hoofd houden, en dat het dus geen zin heeft om een klacht in te dienen. Misschien is dit een van de redenen dat er van de 80 vertelde fouten slechts één tot een klacht bij het Tuchtcollege heeft geleid. Daarnaast waren vier klachten bij het college ingediend, die volgens de huisartsen geen fout betroffen. In alle deze gevallen was er sprake van het ontbreken van een vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt. Hieruit valt af te leiden dat het indienen van een klacht niet zozeer gerelateerd is aan de ernst of gevolgen van de fout, maar aan de kwaliteit van de arts-patiënt relatie.

Overigens moet worden opgemerkt dat het ook in dit artikel om door de respondenten zelf gerapporteerd gedrag gaat. Hoe het werkelijk is geweest, weten wij niet. De huisartsen hadden alle kans om al te onaangename zaken te verhullen. Naar onze mening zijn zij echter zeer openhartig geweest.

Huisartsen maken net als andere mensen fouten. De gevolgen van die fouten kunnen voor de patiënten zeer groot zijn. Er kan echter meer aan gedaan worden om fouten te voorkómen, bijvoorbeeld door op een systematisch wijze te leren van ooit gemaakte fouten. Onderzoek hiernaar lijkt gewenst. Het maken van fouten is menselijk, het voorkomen ervan ook.

Literatuur op pag. 307.