

Mart Calff

Fouten en klachten in de medische praktijk

Inleiding

De afgelopen jaren is het voor artsen gebruikelijk en ook in vele situaties verplicht geworden zich bezig te houden met het ontstaan en het juist afhandelen van klachten en fouten.

Dillmann hanteert als definitie van een fout: 'een afwijking van een geëigende handelwijze of procedure, waarvan de patiënt nadeel ondervindt of had kunnen ondervinden' (Dillmann 1997). In het verlengde van deze definitie valt een klacht te definiëren als een uiting van onvrede met een in de ogen van de patiënt gemaakte fout.

Gezien de impliciete onzekerheden van de geneeskunde en de vaak gecompliceerde onderzoeken en behandelingen – alle met eigen risico's van bijwerkingen en complicaties – zullen er altijd fouten voorkomen en zullen er patiënten zijn die klagen omdat ze – al dan niet terecht – menen dat er sprake is van een fout. Een en ander is als het ware onderdeel van het vak. Maximaal haalbaar is het om van eigen en elkaars fouten te leren om ze in de toekomst te voorkomen.

Hiervoor is het allereerst noodzakelijk dat er in de medische wereld meer en meer een klimaat gaat ontstaan waarin het gebruikelijk is dat er over gemaakte of bijna gemaakte fouten openlijk gecommuniceerd wordt. Daarnaast is het van belang dat artsen leren professioneel te communiceren met hun patiënt over een gemaakte fout of over een door de patiënt geuite klacht.

Als fouten of klachten niet goed met patiënten besproken worden, kan dit leiden tot een verstoorde arts-patiëntrelatie. Hierdoor wordt de kans vergroot dat de patiënt besluit een klachtenprocedure te starten, met alle gevolgen van dien.

Door het bovenstaande zou de indruk kunnen ontstaan dat het doel van professionele communicatie is: het-voorkomen-van-klachtenprocedures-in-het-algemeen. Dit is geenszins het geval. Het gaat om het voorkomen van procedures die gestart worden op grond van onvoldoende communicatie en in die zin dus als nodeloos moeten worden gekenmerkt.

In het vervolg van dit artikel zal inzicht worden gegeven in de psychologische mechanismen bij zowel arts als patiënt in geval van een fout of een klacht. Tevens zal worden stilgestaan bij de benodigde communicatieve vaardigheden die kunnen bijdragen tot het voorkomen van een heilloze klachtenprocedure.

De reactie van de patiënt

Klachtbrieven aan klachtencommissies of medisch tuchtcommissies bevatten vaak een citaat als: 'we konden onze kritiek niet bij hem/haar kwijt. We beseffen heus wel dat het ons niet meer helpt, maar we hopen dat u hem/haar kunt laten inzien wat zijn/haar gedrag allemaal voor ons heeft betekend. Misschien hebben in de toekomst andere patiënten er baat bij dat wij het er nu niet bij laten zitten'.

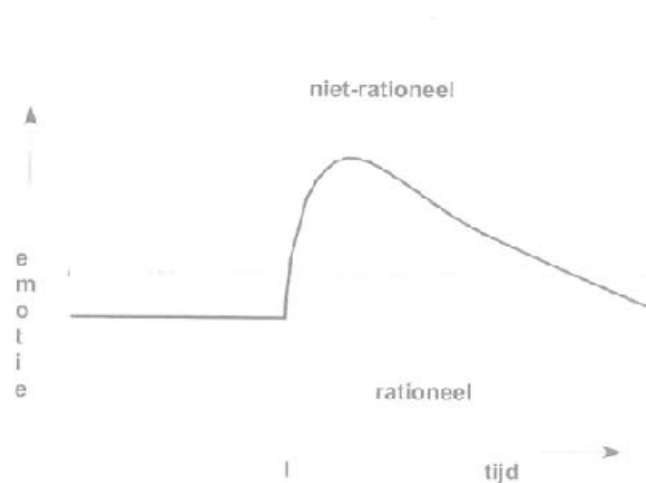
In dit citaat staat datgene verwoord wat een patiënt verlangt van zijn arts als er in zijn/haar ogen sprake is van een fout. In een woord gezegd: de patiënt wil genoegdoening. Genoegdoening op drie niveaus. Allereerst wil de patiënt zekerheid krijgen dat de arts gehoord heeft wat men hem/haar verwijt. Vervolgens wil men dat de arts laat merken dat hij/zij zich realiseert wat een en ander voor de patiënt betekent; wat er allemaal voor emoties zijn ontstaan. Ten slotte wil de patiënt die meent dat er sprake is van een fout toezegging voor verbetering.

Deze 'wensen' van de patiënt overstijgen het niveau van 'graag willen'. Het is een voorwaarde om te voorkomen dat de patiënt die geconfronteerd is met een (vermeende) fout

blijft steken in rancune of boosheid; rancune die ertoe bijdraagt dat het verwerken van de ongewenste gebeurtenis stagneert. Met andere woorden: een patiënt die geconfronteerd wordt met een fout of een klacht is pas in staat naar het verhaal van de arts te luisteren als hij/zij zeker weet dat de arts luid en duidelijk gehoord heeft wat hij van een en ander vindt; wat hij meent dat er fout is gegaan, wat een ellende er is ontstaan. Pas dan zal de heftigste emotie bij de patiënt afnemen en zal er ruimte ontstaan in het hoofd van de patiënt om rationeel naar de gebeurtenis te kijken en bijvoorbeeld te luisteren naar de visie van de arts.

Een patiënt verwacht doorgaans geen onfeilbare arts, maar wel een die open en eerlijk reageert op door hem/haar geuite twijfels of gemaakte fouten.

Bovenstaande is grafisch als volgt weer te geven:



Op de horizontale as staat de tijd weergegeven en op de verticale as de mate van geëmotioneerdheid. Uitgaande van een bepaalde mate van emotie stijgt dat niveau op het moment waarop de fout/klacht benoemd wordt. De stijging is zodanig dat een kritische grens wordt overschreden en de betrokkene – in dit geval de patiënt – zich bevindt in het zogenaamde niet-rationele gebied. Zolang het niveau van emotie boven deze kritische grens blijft is er sprake van de bovenbeschreven beperkte communicatieve vermogens van de patiënt.

Uit deze grafische weergave blijkt ook dat als het niveau van emotie na enige tijd is gedaald, er wel degelijk mogelijkheden zijn om weer rationeel te communiceren over de ongewenste gebeurtenis.

De reactie van de arts

Geen mens, dus ook geen arts, vindt het aangenaam te constateren dat hij een fout heeft gemaakt of daarvan, al dan niet terecht, beschuldigd wordt. Defensieve reacties op een dergelijke gebeurtenis behoren tot het normale gedragspatroon van de persoon in kwestie. Deze reacties kunnen tot op zekere hoogte een functie hebben in het professioneel functioneren. Pas als er te veel wordt afgeweerd ontstaat er een probleem. Het behouden van een bepaalde mate van emotionele afstand is adequaat; zich totaal afsluiten voor wat de patiënt meemaakt belemmert het professioneel functioneren.

In 1995 is door Conradi onderzoek gedaan naar het voorkomen van defensief gedrag bij artsen in het omgaan met fouten of klachten (Conradi 1995). Hij constateert dat er vooral sprake is van de onderstaande drie afweermechanismen:

- ontkennen en/of bagatelliseren;
- projecteren;
- distantiëren.

Ontkennen is de meest voorkomende en herkenbare vorm van afweer: 'ik kan me niet herinneren dat ik iets fout heb gedaan', of 'als ik wel had ingegrepen zou het ook mis zijn gegaan'.

Bij projecteren wordt er weliswaar erkend dat er iets fout is gegaan, maar de schuld wordt aan een ander of aan omstandigheden toegeschreven: 'mijn assistente had ook niet gezegd dat u al twee keer gebeld had'.

Distantiëren creëert letterlijk afstand door te reageren met algemeenheden als 'waar gehakt wordt vallen spaanders' of 'het beste paard struikelt wel eens'.

Over afweermechanismen valt veel te zeggen, maar in ieder geval hebben ze gemeen dat ze lastig te beïnvloeden zijn; in communicatieve zin zijn het haast niet te onderdrukken neigingen om bepaalde reacties te geven. Bijvoorbeeld: als een patiënt zegt dat hij vindt te laat te zijn doorverwezen, dan zal eenieder het liefst direct gaan uitleggen waarom dit niet het geval is; dat iedere arts het even aan zou zien.

Op deze manier kan ook de reactie van de arts op de confrontatie met een fout of een klacht in de bovenstaande grafiek worden weergegeven. De 'berg' van de arts bestaat dan uit die bijna niet te onderdrukken neigingen.

Conclusie en aanbevelingen

Als er sprake is van een fout of een klacht, blijkt het lastig om dusdanig met elkaar te communiceren dat de relatie tussen arts en patiënt goed en werkbaar blijft. De behoefte van de patiënt staat als het ware haaks op de behoefte van de arts: de patiënt wil stilstaan bij wat er zijns inziens mis is gegaan en bespreken wat dit alles voor hem/haar betekent; de arts wil zo snel mogelijk zijn visie op het gebeuren uitleggen.

Als beiden volharden in hun behoeftes, dan zal duidelijk zijn dat men niet nader tot elkaar komt. De patiënt gaat steeds harder roepen in een poging gehoord te worden, en de arts zal zich met steeds meer argumenten gaan verdedigen.

Aangezien in de arts-patiëntrelatie de arts de professional is, mag van de arts verwacht worden dat hij/zij als het ware een professionele communicatieve verrichting pleegt in de bovenbeschreven gesprekstechnisch lastige situatie.

Als de relatie met de betrokken patiënt hem/haar iets waard is, zal de arts allereerst dienen te investeren in de behoeftes van de patiënt. De eigen neigingen moet hij/zij tijdelijk opzijzetten totdat de patiënt weer in staat is 'rationeel' te reageren, de 'berg' af is. Op dat moment kan de arts zijn/haar visie geven en is de kans groot dat de patiënt de woorden op hun waarde kan schatten.

Alles bij elkaar leidt dit tot de volgende aanbevelingen:

- *Eropaf*
Maak zelf actief melding van een geconstateerde fout en ga in op een signaal van onvrede bij de patiënt. Stel een en ander niet uit, onder het motto: de eerste klap is een daalder waard.

- *Spijtbetuiging*
Meld expliciet het heel vervelend te vinden dat een en ander zo gelopen is of dat de patiënt een en ander zo opgevat heeft.
- *Geef een fout toe*
Indien er daadwerkelijk sprake is van een fout, geef die dan direct toe en draai er niet omheen. Evenals de hierboven genoemde spijtbetuiging kan op deze manier als het ware de angel uit het gesprek worden gehaald.
- *Exploreer het verhaal van de patiënt*
Zoals hierboven beschreven kan de patiënt op dit moment in psychologische zin alleen maar ventileren wat hij in zijn hoofd heeft omtrent de fout of klacht. Pas als hij zeker weet dat zijn boodschap is overgekomen bij de arts zal hij in staat zijn rationeel te luisteren naar wat de arts te melden heeft.
- *Expliciteer eigen kant van de zaak*
Mits men niet te snel op deze fase overgaat, is dit het geëigende moment om met succes de kant van de arts te belichten. Vaak exact datgene wat men al in het begin van het gesprek wilde zeggen maar, zoals aangetoond op dát moment met averechts resultaat, kan nu met het gewenste effect besproken worden en door de patiënt gehoord. Dit doordat de arts eerst door professionele communicatie de patiënt zodanig heeft 'behandeld' dat deze daartoe in staat is.
- *Noem toezegging voor verbetering*
Uiteraard alleen als dit van toepassing is.

Mw. M.M. Calff, psycholoog
AMC Amsterdam

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.