

Abstract

Background includes collaborative law, traditional only in family law; medical error situations, resulting, for various reasons, in either no action or medical malpractice litigation; separation and animosity between attorneys and physicians; and fear, mistrust and misunderstanding among physicians, insurers, attorneys, patients and others about medical malpractice.

I determined to address the question: How can we: begin to transform the cultures of law, medicine and professional liability insurance, such that collaborative law, a non-adversarial, voluntary process in which the parties make their own decisions, becomes a viable option to traditional medical malpractice litigation, and give all the stakeholders a healing voice in the process?

To begin to look at this question, I brought together, in dialogue, using an appreciative inquiry framework, a positive, compassionate, forward-looking theory, the many stakeholders/participants who need to communicate and collaborate with each other to take collaborative law or a similar compassionate process into the future. The stakeholders included injured parties and their families, physicians, insurers, risk managers, hospital personnel, other health care workers, patient advocates, therapists and other mental health workers, medical ethicists, regulators of both the medical profession and hospitals, and plaintiffs and defendants' medical malpractice attorneys, many of whom have been, invariably, at odds with each other. The issues we attempted to address, to name a few, included responsibility (is medical error individual physician failure or systemic failure or some combination of the two), deterrence, punishment, disclosure, reporting, (National Practitioners Data Bank (NPDB), various state agencies), patient safety issues, attorneys fees, confidentiality, and inconsistent requirements regarding disclosures (liability insurers, The Joint Commission (formerly known as the Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)), American Medical Association (AMA), and statutes).

Results of the dialogues brought forth common themes across professions, common goals, increased trust, concrete attempts to build community, ideas about other professions/groups to bring in to continuing dialogues, thinking and discussion about expansion of the collaborative law process to bring underserved communities into it, close examination of similar processes that are known to be effective, and openness to new ideas and suggestions.

De achtergrond van deze thesis wordt gevormd door zaken zoals collaboratieve wetgeving, die traditioneel alleen maar voorkomt in familiewetgeving; kwesties van medische fouten die om uiteenlopende redenen uitmonden in hetzij geen actie of procesvoering tegen dergelijke fouten; gespletenheid en vijandigheid tussen advocaten en dokters; en vrees, wantrouwen en misverstanden tussen dokters, verzekeraars, advocaten, patienten en nog andere mensen rond medische fouten.

Ik heb besloten om mij bezig te houden met de vraag: Hoe kunnen we: een begin maken met het transformeren van de verschillende culturen, in de wet, in de medicijnen, en in de professionele aansprakelijkheidsverzekering, zodanig dat een collaboratieve wet, een niet-vijandig, vrijwillig proces de traditionele procesvoering rond medische fouten kan vervangen, waarin de verschillende partijen hun eigen beslissing kunnen nemen en alle betrokkenen een genezende stem krijgen.

Als eerste stap in het zoeken naar een antwoord op deze vraag heb ik de verschillende mensen die er belang bij hebben om met elkaar te praten en samen te werken om deze collaboratieve wet of andere vergelijkbare vormen van medelevende processen te ontwikkelen, bij elkaar gebracht en met elkaar laten dialogeren, en wel volgens de methode van het waarderend onderzoek, d.w.z. een positieve, medelevende, en vooruit-zierende methode. De belanghebbenden waren getroffen mensen en hun familie, dokters, verzekeraars, risico-managers, ziekenhuispersoneel, andere mensen uit de gezondheidszorg, advocaten van patienten, therapeuten en andere mensen uit de geestelijke gezondheidszorg, ethici op het gebied van de geneeskunde, regelaars van zowel het medisch beroep als van ziekenhuizen, advocaten van zowel beschuldigen als schuldeisers rond medische fouten, die in vele gevallen het met elkaar aan de stok hebben gehad. De zaken waarover we het probeerden te hebben waren zaken zoals verantwoordelijkheid (zijn medische fouten tekortkomingen van de individuele dokters of zijn het fouten in het systeem, of beide), elkaar afschrikken, straffen, onthullen, rapporteren (de Nationale Practitioners Data Bank (NPDB), verschillende staatsinstellingen), kwesties van patient-veiligheid, fees voor advocaten, vertrouwelijkheid, en inconsistente vereisten met betrekking tot openbaarheid (aansprakelijkheidsverzekeraars, The Joint Commission (vroeger bekend als The Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)), de American Medical Association (AMA), statuten.

Deze dialogen resulteerden in gemeenschappelijke themas over de grenzen van de beroepsgroepen heen, in gemeenschappelijke doelen, toename in vertrouwen, concrete pogingen om een gemeenschap tot stand te brengen, ideeën om andere beroepen/groepen bij de dialoog te betrekken, denken en discussieren over de verruiming van het collaboratief proces tot onderbediende groepen, nadere studie van vergelijkbare processen elders die hun nut hebben bewezen, en openheid voor nieuwe ideeën en suggesties.