

Medische incidenten en klachten: wat doen ze met je?

dr. G.G. Zeeman gynaecoloog, coach, Tjongerschans Ziekenhuis Heerenveen,
drs. A. Dijkman gynaecoloog, Reinier de Graaf Ziekenhuis, Delft
dr. F.T.H. Lim gynaecoloog, IJsselland Ziekenhuis, Capelle aan de IJssel
dr. J.A.M. de Boer gynaecoloog, coach, Westfriesgasthuis, Hoorn
dr. Ph.T.M. Weijnenborg gynaecoloog, Leids Universitair Medisch Centrum

In het NTOG van juni 2012 werd een inventarisatie beschreven van tuchtrechtelijke uitspraken die betrekking hadden op gynaecologen (in totaal 85 zaken).¹ Vervolgens werden aanbevelingen geformuleerd (*do's* en *don'ts*), ter ondersteuning bij het handelen conform de professionele standaard. Dat deze tuchtzaken veel invloed kunnen hebben op het werkplezier en professioneel handelen kwam echter niet aan de orde. Dit artikel heeft als doel juist deze aspecten te belichten en sluit aan bij toenemende kennis over de impact van onverwachte uitkomsten en/of klachten in de patiëntenzorg op de zorgverlener. Vervolgens beogen de auteurs een traject te starten waarmee binnen de beroepsgroep de ondersteuning bij incidenten en klachten structureel vorm gegeven gaat worden.

Zorgverlener als 'second victim'

In Nederland krijgt naar schatting 16 op de 1000 ziekenhuispatiënten te maken met potentieel vermijdbare schade leidend tot tijdelijke of blijvende beperkingen, of voortijdig overlijden.² De focus van patiëntveiligheidsinitiatieven is primair gericht op het voorkomen van deze schade waarvan de oorzaken variëren van menselijk falen tot technische mankementen als onderdeel van het falen van processen in het zorgsysteem. Verbeteringen zijn dan ook vooral gericht op verbeteringen in het zorgsysteem.

Definitie Medisch Incident: Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.

De patiënt en zijn/haar familie worden in de Angelsaksische literatuur '*first victims*' genoemd. Dat een medisch incident ook gevolgen heeft voor de zorgverlener zelf, wordt de laatste decennia steeds meer duidelijk. Verschillende persoonlijke verslagen getuigen hiervan. Zo schreef bijvoorbeeld een gynaecoloog over een curettage die hij uitvoerde bij

een vrouw met een intacte zwangerschap omdat hij dacht dat het een miskraam betrof.³ De gedachte dat zijn patiënt haar kind had verloren ten gevolge van zijn fout, leverde intense gevoelens van schuld en woede op. Deze gynaecoloog deelde als een van de eerste medisch specialisten publiekelijk dat artsen vaak onvoldoende zijn voorbereid om adequaat met medische incidenten om te gaan. Hij bepleitte volledige openheid van zaken omdat dit belangrijk is voor de verwerking van het incident voor zowel de patiënt als de arts. De term *second victim* wordt gebruikt ter illustratie van de emotionele nasleep waar zorgverleners mee te maken kunnen krijgen na een onverwachte uitkomst in de patiëntenzorg.^{4,5} Deze nasleep behelst zowel emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties. Dit kan ook spelen bij klachten die niet of nauwelijks gebaseerd zijn op een daadwerkelijk incident, maar veeleer te maken hebben met bejegenvingsvraagstukken van de patiënt die terdege ook gevoelens van miskenning of boosheid bij de hulpverlener kunnen veroorzaken met mogelijk nadelige consequenties voor het ervaren en uitvoeren van het vak. De gehanteerde *coping*-stijlen, zowel defensief als constructief, hebben, naast een *impact* op de zorgverlener zelf, ook een directe impact op de patiëntenzorg en de interactie met collega's. Ineffectieve *coping*-stijlen zijn gerelateerd aan een verhoogde kans op het hernieuwd optreden van incidenten en vice versa.⁶ De *impact* van een medisch incident op de zorgverlener wordt nog groter wanneer deze geconfronteerd wordt met een officiële klacht en een eventueel opgelegde maatregel door een tuchtcollege.^{7,8} Ineffectieve *coping*-stijlen, in uiterste gevallen, zijn gerelateerd aan suïcide maar ook complete ontkenning van enige persoonlijke betrokkenheid bij het ontstaan van het incident komt voor.

'Second Victim': een hulpverlener betrokken bij een medisch incident, getraumatiseerd door dit gebeuren, voelt zich persoonlijk verantwoordelijk, denkt gefaald te hebben, gaat twijfelen aan klinische kennis & kunde.

Naar schatting de helft van alle zorgverleners heeft dergelijk *secondvictim*-fenomeen in meer of mindere mate meegemaakt of zal deze meemaken in zijn of haar loopbaan, onafhankelijk van het specialisme of nationaliteit.⁸

Het instituut of de organisatie waar een aangeklaagde zorgverlener werkzaam is dan wel waar het incident heeft plaatsgevonden wordt in de Angelsaksische terminologie de *'third victim'* genoemd. De toenemende publieke aandacht voor incidenten in de patiëntenzorg kan de positie (imago) en betrouwbaarheid van een instelling indirect schade toebrengen. Bestuurders en managers voelen zich ook persoonlijk verantwoordelijk en betrokken en kunnen soortgelijke reacties vertonen als betrokken zorgverleners. Dientengevolge lijkt het dan ook van het grootste belang dat ook op instellingsniveau aandacht is voor de gevolgen van een incident of klacht.

De impact van onverwachte uitkomsten op de zorgverlener

Amerikaans onderzoek beschrijft dat bijna een op de zeven zorgverleners in het afgelopen jaar een gebeurtenis hadden ervaren met persoonlijke gevolgen zoals spanning, depressie of zorgen over de eigen professionele bekwaamheid.⁵ Interviews met zorgverleners (verpleegkundigen, medisch specialisten, arts-assistenten, en verloskundigen) illustreren de nadelige impact van de emotioneel beladen en intimiderende ervaring van een onverwachte ongunstige uitkomst op de psychische gesteldheid en professionele loopbaan.⁹⁻¹³ Bovendien is er een significante samenhang tussen een recente aanklacht en verwikkeling in een gerechtelijke procedure en gevoelens van *burn-out*, depressie en suïcidale gedachten.¹⁴ Recent onderzoek onder gynaecologen in Australië en Nieuw Zeeland¹³, chirurgen in het Verenigd Koninkrijk¹⁵ en verscheidene zorgverleners in Zweden¹⁶ illustreert dat posttraumatische stress, slaapstoornissen, verlies van zelfvertrouwen, twijfel aan geschiktheid voor het vak en (dreigende) *burn-out* reële gevolgen zijn. Veel voorkomende fysieke en psychosociale symptomen en gedragpatronen worden genoemd in tabel 1. Naar schatting overweegt ruim 10% van de zorgverleners na een ernstig incident uit het beroep te stappen. In uiterste gevallen kan ook sprake zijn van een complete ontkenning van de eigen rol in het ontstaan van het incident en/of de klacht en daarmee het versterken van de schade voor de *first* en *third victim*.

Er is sprake van een vrij voorspelbaar reactiepatroon dat chronologisch is onderverdeeld in zes stadia (tabel 2).¹⁷ Aanvankelijk hebben zorgverleners de neiging zichzelf te isoleren, daarbij steeds overwegend wat er anders had moeten zijn. Naast zorgen om de patiënt en diens familie is er angst voor maatregelen zoals een negatieve beoordeling, ontslag en zorgen

over de professionele reputatie. Sommigen zoeken de steun van familie en vrienden, anderen spreken met een bevriende collega of leidinggevende of zoeken professionele hulp. Uiteindelijk in het zesde dan wel laatste stadium is er een van de drie uitkomsten mogelijk: uitval, handhaven van de status quo (overleven) of groei. Patiëntgerelateerde variabelen kunnen bepalend zijn voor de ernst van de *impact*, zoals bijvoorbeeld een patiënt die qua leeftijd of andere karakteristieken de zorgverlener doet denken aan zijn of haar eigen familie, de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener, de lengte van de professionele relatie als ook casuïstiek in de verloskunde of kindergeneeskunde en de voorgaande ervaringen van de zorgverlener. Daarnaast kunnen ook aspecten van de persoonlijkheid van de zorgverlener zelf, van invloed zijn op de *impact* die ervaren wordt.

Ondersteuning

Waar de maatschapsleden, de afdeling waar men werkt, de klachtenbemiddelaar, of de (eigen) advocaat er veelal voornamelijk op gericht zijn de klachtenprocedure zakelijk zo goed mogelijk te laten verlopen, zijn de gevoelens die hiermee samenhangen lang niet altijd onderwerp van gesprek. Zorgverleners blijken het vaak moeilijk te vinden de emotionele impact die ze ervaren uit te drukken. Daarnaast weten zij vaak niet waar ze naar toe kunnen met hun zorgen en lijden in stilte binnen de muren van het ziekenhuis.¹⁰ Zorginstellingen voelen vaak nog geen verantwoordelijkheid voor het leveren van emotionele steun.¹⁸ Dat is zorgelijk want de emotionele *impact* op de individuele zorgverlener kan uiteindelijk het succes van de zorgorganisatie beperken evenals de tevredenheid van de werknemers, medische staf en patiënten zelf. Naast de toenemende nadruk op transparantie in de zorg lijkt het logisch dat aandacht voor de emotionele *impact* van medische incidenten en klachten een meer geaccepteerde en erkende component van kwaliteitsinitiatieven wordt.

In 2010 publiceerde het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement het rapport "*Respectful management of serious clinical adverse events*" waarin wordt aanbevolen op een gestructureerde wijze aandacht te hebben voor het emotionele effect van een medisch incident en/of (de dreiging van) een klacht op zowel patiënten, zorgverleners en instellingen.¹⁸ Naast het feit dat hulp bij afhandeling van een incident de benodigde steun kan bieden, heeft ongeveer 60% van de betrokken zorgverleners voldoende aan steun van eigen collega's en/of leidinggevende. Een derde heeft meer nodig waarbij een zogenaamd *peer support team* met speciale training voor één op één steun te consulteren is. Een op tien *second victims* heeft professionele counseling nodig.¹⁸

Tabel 1.

Schuld
Boosheid
Schaamte
Frustratie
Spanning
Angst voor verlies van reputatie
Angst een volgende fout te maken
Symptomen van PTSD
Slapeloosheid, nachtmerries, herbelevingen
Verminderd zelfvertrouwen
Verminderd plezier in het werk
Vermijden van patiëntenzorg
(Symptomen van) burn-out
Depressie
Fysieke klachten
Ontkenning
Relationele problemen
Emotionele verharding
Isolatie
Overmatig gebruik van geneesmiddelen
Suicide

Op dit moment is in Nederland de ondersteuning die een arts krijgt bij een medisch incident en/of (dreiging van) een klacht afhankelijk van de setting waarin hij/zij werkt. Enkele zorgorganisaties werken momenteel op een of andere wijze aan een *best-practice*-aanpak voor de opvang van hulpverleners na een incident. De *Medically Induced Trauma Support Services* (MITSS; <http://MITSS.org>) heeft een tool kit/checklist ontwikkeld, die een leidraad kan zijn om dergelijke initiatieven vorm te geven.¹⁹

Tabel 2.

1. Chaos: niet concentreren, intense zelfreflectie, collega moet zorg overnemen.
2. Indringende reflectie gekarakteriseerd door 'wat als'-vragen, het gevoel tekortgeschoten te zijn, isolatie en herbeleving.
3. Herstel persoonlijke integriteit; zoeken van steun en begrip met betrekking tot de persoonlijke en professionele impact: 'wie begrijpt het?'
4. Verduren van vragen door anderen en zorgen over impact incident: 'wat zijn de gevolgen?', 'wat zullen ze van me denken?', 'hoe moet het verder met mijn loopbaan?'
5. Verkrijgen emotionele steun: familie, collega's en/of professionele hulp.
6. Verder gaan (een van onderstaande drie opties):
- Uitvallen: veranderen van werkplek of beroep.
- Handhaven van de status quo (overleven): kan het hanteren maar negatieve gedachten over het scenario blijven persisteren.
- Groeien: inzicht en perspectief verkregen, baseert het werk niet op één gebeurtenis; vaak aanjager van patiëntveiligheidsinitiatieven.

Wat staat ons te doen als beroepsgroep?

Hoewel het een groot goed is dat patiënten meer en meer artsen kunnen aanspreken op (de uitkomst van) hun handelen, is er weinig oog voor de persoonlijke gevolgen van ongewenste uitkomsten in de patiëntenzorg en klachtenprocedures. Over hoe de arts omgaat met gevoelens van stress, angst, boosheid, krenking, onzekerheid, schuldgevoel en verdriet is weinig bekend. De genoemde gevolgen kunnen zowel op korte als langere termijn de kwaliteit van zorg geleverd door de behandelaar, en het algemeen welbevinden van de behandelaar negatief beïnvloeden. Dit geldt voor iedere arts in iedere setting en dus ook voor artsen die binnen de gynaecologie en verloskunde werkzaam zijn. Hoewel de Nederlandse situatie niet geheel vergelijkbaar is met bijvoorbeeld de Amerikaanse, zijn de resultaten uit buitenlands onderzoek wel belangwekkend.

Het is tijd voor een meer structurele vorm van herkenning en erkenning van persoonlijke en daaruit voortvloeiende professionele gevolgen van onverwachte gebeurtenissen in de patiëntenzorg. Naast het onder de aandacht brengen van bovengenoemde aspecten binnen een maatschap dan wel werkverband en/of opleidingsgroep en ziekenhuis, is het ook noodzakelijk dat binnen de beroepsvereniging zelf deze aspecten serieus worden genomen, als onderdeel van kwaliteitsbevorderende maatregelen. Onder de vlag van de NVOG Commissie Gynaecoloog en Maatschappij hebben de auteurs een project geïnitieerd onder de noemer: **Medische incidenten en klachten in de patiëntenzorg, wat doet het met je?** Het project beoogt in eerste instantie het bewustzijn te genereren dat aandacht voor eigen emoties en ervaringen van de (medisch) hulpverlener na een klacht of incident essentieel is. Op basis hiervan zullen vervolgens verschillende activiteiten worden geformuleerd die zowel op lokaal als landelijk niveau kunnen worden uitgezet, in de hoop dat dit bewustworden dieper in onze beroepsgroep doordringt en leidt tot concrete stappen. Stapsgewijs zal in een tijdsbestek van een jaar dit project worden opgestart. De aftrap hiertoe werd gegeven middels een rondetafelbijeenkomst in het najaar van 2014. De te vormen projectgroep zal periodiek over de verschillende vervolgstappen rapporteren.

Referenties

- Schut, P.C. & A. Tingen, *Signalen betreffende professionele normen voor gynaecologen; een selectie van tuchtzaken tegen gynaecologen tussen 2004 en 2010*. NTOG 2012; 129: 214-8.
- Langelaan, M., M.C. de Bruijne, R.J. Baines et al. *Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Amsterdam/ Utrecht, EMGO+ Instituut/VUmc/NIVEL, 2013.
- Hilfiker, D., *Facing our mistakes*. N Engl J Med 1984; 310: 118-224.

4. Wu, A.W., *Medical error: the second victim*. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal* 2000; 320(7237): 726-7.
5. Scott, S.D., L.E. Hirschinger, K.R. Cox et al. *Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team*. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2010; 36: 233-40.
6. West, C.P., M.M. Huschka, P.J. Novotny, et al. *Association of perceived medical errors with residents distress and empathy: a prospective longitudinal study*. *JAMA* 2006; 296: 1071-8.
7. Cunningham, W., *The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints*. *New Zeal J* 2004; 117: 1-9.
8. Seys, D., A.W. Wu, E. van Gerven et al. *Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review*. *Eval Health Prof* 2013; 36: 135-62.
9. Shanafelt, T.D., K.A. Bradley, J.E. Wipf et al. *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. *Ann Int Med* 2002; 136: 358-67.
10. Waterman, A.D., J. Garbutt, E. Hazel et al. *The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada*. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007; 33: 467-76.
11. Sheen, K., P. Slade & H. Spiby, *An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives*. *J Adv Nurs*. 2014; 70: 729-43.
12. Leinweber, J. & H.J. Rowe, *The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery*. *Midwifery* 2010; 26: 76-87.
13. Varughese, E., M. Janda & A. Obermaier, *Can the use of quality assurance tools reduce the impact of surgical complications on the well-being of obstetricians and gynaecologists in Australia and New Zealand?* *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2014; 54: 30-5.
14. Balch, C.M., M.R. Oreskovich, L.N. Dyrbye et al. *Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons*. *J Am Coll Surg* 2011; 231: 657-67.
15. Pinto, A., O. Faiz, C. Bicknell et al. *Surgical complications and their implications for surgeons' well-being*. *British journal of Surgery* 2013; 100: 1748-55.
16. Ullström, S., M.A. Sachs, J. Hansson et al. *Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events*. *BMJ Qual Saf* 2013; 0: 1-7.
17. Scott, S.D., L.E. Hirschinger, K.R. Cox et al. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. *Quality & Safety in Health Care* 2009; 18: 325-30.
18. Conway, J., F. Federico, K. Stewart et al. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events*. IHI Innovation Series White Paper 2010. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA.
19. Van Pelt, F., *Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events*. *Quality & Safety in Healthcare* 2008; 17: 249-52.

Samenvatting

Hoewel de laatste jaren veel ervaring is opgedaan met en onderzoek verricht is naar adequate omgang met medische incidenten bleven de consequenties voor zorgverleners en organisatie onderbelicht. De impact van medische incidenten en klachten op de zorgprofessional wordt flink onderschat. Een zorgverlener staat er vaak alleen voor. De kan zich, getraumatiseerd door het gebeuren, persoonlijk verantwoordelijk voelen, denken gefaald te hebben en gaan twijfelen aan klinische kennis en kunde. Veel voorkomende reacties als 'kan gebeuren, maar kom op', of 'we moeten doorgaan' geven uiting aan de waan van de dag maar staan haaks op de gevolgen die de zorgprofessional kan ondervinden zowel persoonlijk als professioneel. Gaandeweg wordt duidelijk dat deze gevolgen de kwaliteit van zorg nadelig kunnen beïnvloeden. De tijd is rijp om hier expliciet aandacht aan te besteden en binnen onze beroepsgroep ondersteuning bij medische incidenten en klachten structureel vorm te gaan geven.

Trefwoorden

Medisch incident, klacht, tuchtcollege, patiëntveiligheid, peersupport

Summary

While in recent years a growing body of research and evidence pertaining to effective management of medical adverse events has become available the consequences for healthcare providers and organizations have remained insufficiently highlighted.

The impact of medical adverse events and patient complaints on the health care provider is substantively underestimated. Healthcare providers often feel left alone. The provider can, traumatized by the experience, feel personally responsible, and feel to have failed the patient, and seriously doubt his /her clinical competence. Frequent responses such as "it is part of the game, let's move on" or "we have to carry on" express the misconceptions of today's thinking but directly opposes the possible consequences for the healthcare provider, personally as well as professionally. Gradually it becomes clear that these consequences can negatively influence the quality of care. Time has come to explicitly take this into account by providing structural support for colleagues within our professional society in case they are involved in medical adverse events and/or patient complaints.

Keywords

Adverse medical event, complaint, disciplinary board, patient safety, peer support

Correspondentie

dr. G.G. Zeeman
e Gerda.Zeeman@tjongerschans.nl
i info@gerdazeeman.nl

Belangenverstrengeling

Auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.