

Nieuws > "Medische incidenten openlij..

"Medische incidenten openlijk bespreken is cruciaal. Jezelf vergeven ook"

Actualiteit

BRUSSEL 18/11 - Bij medische incidenten lijden ook betrokken zorgverleners onder onbedoeld aangebrachte schade. Maar het taboe om te spreken is groot. Prof. dr. Kris Vanhaecht ontwikkelde een nieuw kwaliteitszorgmodel waarin missen weer menselijk wordt. "Er zijn mensen die na een incident uit het beroep stappen of suïcide plegen."



Prof. dr. Kris Vanhaecht

Wat als je patiënt een te hoge dosis chemotherapie krijgt? En hoe ga je als arts om met een gemiste of te laat vastgestelde diagnose? Het antwoord op die vragen is belangrijk. Naar schatting 1 op 10 patiënten wordt slachtoffer van onbedoelde, zorggerelateerde schade. In 1999 publiceerde men in de VS dat medische incidenten leiden tot 98.000 overlijdens per jaar. Geëxtrapoleerd naar België zijn dit 3000 overlijdens per jaar, of meer dan 8 per dag.

Schuldgevoel

Prof. dr. Kris Vanhaecht ([Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid](#)) spreekt consequent over patiëntveiligheidsincidenten (PVI's), niet over medische fouten. "Dat laatste suggereert immers dat je wat er gebeurde kan terugvoeren tot één verantwoordelijke, wat bij onbedoelde

zorggerelateerde schade zelden het geval is." Vanhaecht verricht al jarenlang onderzoek naar zorgkwaliteit en hoe we die kunnen verbeteren.

Hij introduceerde in dat verband ook het concept *second victim* bij PVI's. Behalve de patiënt zelf, lijden immers ook de betrokken zorgmedewerkers onder onbedoelde zorgschade. Dat zet hun functioneren onder druk. Vanhaecht: "Onderschat het schuldgevoel niet. Er zijn mensen die na een incident uit het beroep stappen of zelfs suïcide plegen. Zorgverleners die ernstige psychosociale klachten ontwikkelen, verdienen onze aandacht. Dat zijn geen losers hé. Het zijn de mensen die het zich aantrekken."

“ **Zorgverleners die na een incident psychosociale klachten ontwikkelen zijn geen losers. Het zijn mensen die het zich aantrekken.** ”

"Covid plaatste het mentale welzijn van zorgmedewerkers opnieuw hoog op de agenda", gaat hij verder. "De stress van het zorgpersoneel tijdens de covidgolven, lijkt bovendien sterk op wat ze ervaren na een PVI. Denk bijvoorbeeld aan frustratie, verhoogde angstgevoelens en hyperaltheid. Typisch voor een PVI is echter een verhoogd schuldgevoel. Dat zag je dan weer veel minder bij medewerkers op covid-afdelingen."

Eén op 10 zorgverleners

In [een bevraging](#) (2016) over 37 Belgische ziekenhuizen gaf bijna 1 op 10 zorgverleners aan dat ze het voorbije half jaar betrokken waren bij een PVI. Over een volledige zorgcarrière loopt dat cijfer op tot meer dan één op twee. De meest voorkomende incidenten houden verband met toedienen van medicatie, procedurele fouten tijdens chirurgische ingrepen of biopsies en alles wat met opvolging en anamnese te maken heeft. Ook ziekenhuisinfecties en diagnostische missers staan in de top-5.

De psychologische en professionele gevolgen zijn groot. Vanhaecht: "Eén op vier hulpverleners die betrokken raakten bij een incident voelt zich een maand later nog altijd gestresseerd en worstelt met schaamte en flashbacks. Die laatste twee symptomen wijzen op een toegenomen risico voor posttraumatische stress. Mensen twijfelen ook vaker over hun kennis en kunde, wat aanleiding geeft tot nog meer stress en het risico op nieuwe incidenten vergroot. Je ziet ook vormen van *compassion fatigue* en defensieve geneeskunde. Daarbij verwijst men onnodig door naar andere hulpverleners of vraagt men overbodige onderzoeken aan. Betrokken hulpverleners lopen een tweemaal hogere kans op burn-out. Zelfs zes maanden na datum blijven symptomen zoals flashbacks bij een één op tien hulpverleners aanwezig. Dat is aanzienlijk."

Open communicatie

"Incidenten vormen vaak het eindpunt in een lange keten van actie-reactie. Stel bijvoorbeeld dat iemand te veel chemo toegediend kreeg: wie is dan verantwoordelijk? De verpleegkundige die de baxter bevestigde? De apotheek die de medicatie klaarzette, of de arts die het voorschrift opstelde? In veel gevallen blijkt er sprake te zijn van een gedeelde verantwoordelijkheid. Daarnaast creëren ook 'latente condities' mee de omstandigheden waarbinnen er iets kan foutlopen. Denk aan zeer hoge werkdruk bijvoorbeeld, de beslissing om je meest onervaren assistent op spoed te zetten, of de afspraak dat de nachtverpleegkundige - tijdens alle hulpoproepen door - de medicatie voor de volgende dag moet klaarzetten."

Vanhaecht pleit voor open communicatie binnen zorgteams, zowel rond goede als slechte praktijken. "Beide hangen sterk samen. Regelmatig positief terugkoppelen over geslaagde

interventies, verlaagt de drempel om ook wat minder goed liep te benoemen. Dat durven benoemen is cruciaal. Goede én slechte praktijken bieden onmisbare leerkanalen voor je personeel, team én zorgorganisatie. 50% van de incidenten is wat we noemen *highly preventable*."

Waarom taboe?

Schuldgevoelens en schaamte zorgen ervoor dat veel zorgverleners liever zwijgen over incidenten. Maar ook achterliggende structuren spelen een rol. Vanhaecht: "Onze ziekenhuizen zijn zeer hiërarchisch georganiseerd. Zorgmedewerkers voelen zich binnen zo'n structuur niet altijd veilig om zaken te delen of zijn bang dat ze de schuld zullen krijgen van iets. Die psychologische onveiligheid en *blame-cultuur* werken het taboe in de hand. Nochtans is missen zeer menselijk, net als de moeilijke emoties die daarbij horen. Jezelf kunnen vergeven is belangrijk. Fierheid en de hoge druk die we onszelf opleggen staan dat soms in de weg."

Kwetsbaarheid tonen mag? "Soms moet het zelfs", repliceert Vanhaecht. "Zorgverleners zijn niet onoverwinnelijk. Een OK- team dat na drie operaties van telkens vier uur moe is, moet dat kunnen aangeven. Misschien ligt de volgende patiënt al op de gang te wachten, maar dat is geen reden om zonder enige reflectie voort te doen. In bepaalde gevallen moeten we durven overgaan tot een time-out. Als ik die wachtende patiënt ben, zou ik liever hebben dat de arts me eerlijk vertelt dat de broodnodige concentratie er niet meer is, dan dat ik er nog snel-snel bijgenomen word."

“ *Ik heb liever een arts die me eerlijk vertelt dat de broodnodige concentratie er niet meer is, dan dat ik er nog snel-snel bijgenomen word.* ”

Aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid ontwikkelde het team van Vanhaecht een [gloednieuw zorgkwaliteitsmodel](#). "Daarin tonen zorgverleners empathie voor elkaar, wordt de patiënt in zijn geheel benaderd, werken we in partnerschap samen en koesteren we vriendelijkheid als alledaagse praktijk. Alleen als we die vier waarden nastreven, creëren we voldoende psychologische veiligheid op de werkvloer en zullen medewerkers opener leren communiceren over missers. De vraag of je collega's aanspreekt bij de voornaam klinkt misschien onbelangrijk, maar kan wel degelijk een verschil maken. Wie respect, waardering en nabijheid voelt, zal sneller durven spreken over zaken die foutlopen. Uiteraard werkt het ook omgekeerd: tevreden medewerkers die op een positieve manier samenwerken, zullen betere zorg bieden. Het zal hen ook aan boord houden binnen je team of zorgorganisatie. Niet onbelangrijk in tijden van personeelskrapte."

Transparant naar patiënt

Tot slot pleit hij ook voor een andere omgang met patiënten. "Wees transparant na een incident. Vertel heel feitelijk wat er gebeurde om welke redenen, en welke symptomen daar het gevolg van zijn. Patiënten die voelen dat er iets niet pluis is, zoeken in de eerste plaats heldere info. Daarnaast hopen ze dat hun case iets positief teweegbrengt. Leg dus goed uit hoe jullie het in de toekomst anders zullen aanpakken. Dat transparantie tot meer schadeclaims zou leiden, is een misverstand. Zelfs Assuralia, de koepelorganisatie voor verzekeringsmaatschappijen, die samen met het LIGB, Zorgnet Icuuro, de Orde der artsen, het Vlaams Patiëntenplatform en andere partners meeschreven aan het [raamwerk open Disclosure](#), pleit voor open communicatie bij PVI's. Wijs echter nooit met de vinger. Een schuldgevoel is normaal, maar schuld wordt alleen door een rechter bepaald."

Meerdere grote Vlaamse ziekenhuizen starten binnenkort met www.flagum.org, het nieuwe zorgkwaliteitsmodel dat Vanhaecht en zijn team ontwikkelde voor het Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid (LIGB). Binnenkort lees je meer hierover.

Over de auteur

Thomas Detombe schrijft onafhankelijke opiniestukken en redactionele bijdragen voor en op vraag van Mediquality. Hij heeft geen belangenconflicten te verklaren.

👤 Thomas Detombe • MediQuality

18/11/2021

