

Leren omgaan met fouten

Gert Roos

Het maken van een fout is een ingrijpende ervaring voor veel (huis)artsen. Vooral de emotionele gevolgen laten soms diepe sporen na. Deze nascholing beschrijft wat die gevolgen zijn, en introduceert zelfcompassie als manier om deze gevolgen te hanteren.

CASUS: JONGETJE MET BUIKPIJN

Anouk [38] is huisarts. Ze wordt door een collega gebeld tijdens haar ochtendspreekuur. 'Anouk, je zag op de HAP gisteren een jongetje uit mijn praktijk met buikpijn...' Anouk schrikt. Ze denkt aan de razend drukke dienst, het mentaal geretardeerde kind dat alleen maar huilde, de niet te onderzoeken buik en haar poging zichzelf en de moeder gerust te stellen. En ze weet direct: foute boel. 'Ja sorry, Anouk. Hij ligt op de kinder IC, geperforeerde appendix, shock...' Mijn fout, flitst door haar heen. Stom, stom, ik wist het. Weken zal de casus haar bezighouden. 'Had ik maar' en 'wat als' blijven in haar hoofd oppoppen. Ze maakt zichzelf ernstige verwijten en twijfelt zelfs aan haar geschiktheid voor het vak.

Het maken van een medische fout is voor veel dokters een ingrijpende ervaring. Hoewel de patiënt de eerste is die schade ondervindt bij een fout, kan zo'n incident ook leiden

tot schade bij de dokter, die zo het 'tweede slachtoffer' wordt. Het begrip *second victim* beschrijft goed de ontredde die dokters kan treffen na zo'n ervaring.¹

Enkele getallen: een Britse systematische review over veiligheid in de eerste lijn vermeldt dat per 100 patiëntcontacten 2 tot 3 incidenten plaatsvinden.² Ongeveer 4% daarvan is geassocieerd met ernstige schade voor de patiënt. Een ander onderzoek laat zien dat 10-40% van de betrokken artsen na een medische fout 'second victim'-verschijnselen ontwikkelt.³ Daaronder vallen: storende herinneringen en herbeleving, somberheid, slaapproblemen, afname van het professionele zelfvertrouwen en extra waakzaamheid. Deze klachten kunnen vele maanden duren.⁴ Ook minimale fouten kunnen tot ernstige verschijnselen leiden.⁵ Er bestaat een correlatie tussen het maken van een medische fout en het voorkomen van een burn-out en depressieve symptomen.⁶ Aandacht voor een optimale verwerking na een fout is dan ook van groot belang.

SECOND VICTIM EN COPING

In de literatuur wordt de manier waarop we uitdagende omstandigheden proberen te verwerken meestal *coping* genoemd. Coping kan bijdragen aan herstel van de balans: adaptieve



Zelfcompassie kan helpen bij het hanteren van emotionele gevolgen van het maken van een fout.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Het maken van een fout vormt een emotionele belasting voor veel dokters.
- Juist de emotionele verwerking schiet in de praktijk vaak tekort.
- Zelfcompassie vormt een praktisch toepasbaar model voor deze verwerking.

coping, of juist daarvan afleiden: niet-adaptieve coping. Adaptieve coping kan taak- of emotiegericht zijn. Taakgerichte coping richt zich op de uitdagende omstandigheden zelf, emotiegerichte coping richt zich op de omgang met de emotionele gevolgen daarvan. Een derde categorie betreft niet-adaptieve copingstrategieën, die erop zijn gericht de emotionele pijn uit de weg te gaan. Vermijdende strategieën worden als niet adaptief beschreven [figuur 1].⁷

Na een medische fout blijkt de coping van dokters vaak prima adaptief te verlopen waar het hun medische en communicatieve taken betreft. De persoonlijke, emotionele verwerking verloopt regelmatig veel moeizamer.⁸ Daarbij worden dikwijls vermijdende copingstrategieën ingezet. Veelgenoemd worden de intense zelfkritiek en het 'rumineren' (blijven hangen in negatieve gedachten).⁹

Het is dus niet eenvoudig om ook emotioneel adaptief te reageren. Een praktisch toepasbaar model dat deze emotiegerichte coping goed beschrijft staat in de literatuur over zelfcompassie.

ZELFCOMPASSIE EN ADAPTIEVE EMOTIEGERICHTE COPING

Zelfcompassie wordt wel omschreven als een 'zorgende hou-

ding voor jezelf in een potentieel bedreigende situatie.¹⁰ Er is een groeiende stroom publicaties over dit onderwerp.¹¹ Er zijn aanwijzingen voor gunstige effecten, bijvoorbeeld op de klachten na stressvolle professionele ervaringen.¹²

Het maken van een persoonlijke fout beschouw ik in deze nascholing als zo'n stressvolle ervaring. Stressvolle ervaringen kunnen leiden tot een primaire stressreactie (vechten, vluchten of bevriezen). Na het maken van een fout kan dat zich vertalen in de volgende reacties, alle uitingen van niet-adaptieve coping:^{13,14}

- Vechten wordt zichtbaar als zelfkritiek: een stroom van verwijten richt zich op het onacceptabele stuk van onszelf dat verantwoordelijk wordt gehouden voor de fout.
- Vluchten krijgt de vorm van isolatie: we vermijden het contact met dit stuk in onszelf en vermijden ook contact met anderen hierover. Schaamte speelt daarbij een belangrijke rol.
- Bevriezen is te herkennen in overidentificatie: we bijten ons vast in onze denkbeelden en overtuigingen. De ruimte voor andere zaken die onze aandacht behoeven is sterk afgenomen. Hieronder valt ook het continu piekeren en terugkijken op wat er gebeurde (rumineren).

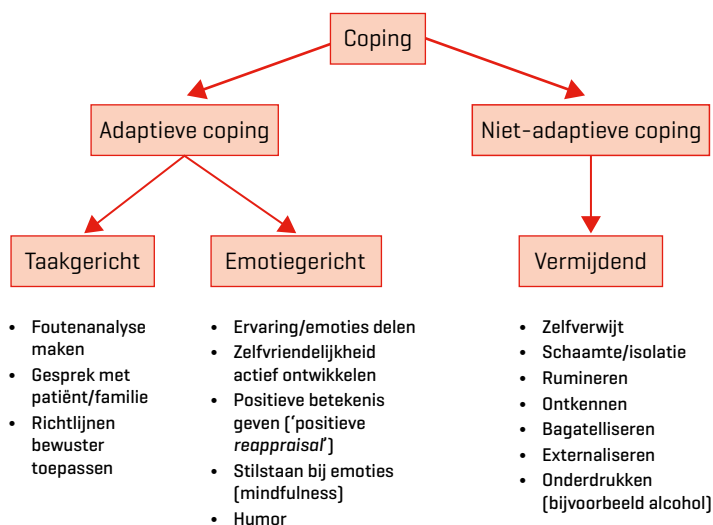
In de literatuur wordt zelfcompassie beschreven als opgebouwd uit 3 onderling samenhangende componenten. Elk van deze componenten biedt een alternatief voor een van de bovenstaande 3 stressreacties. Dit alternatief ondersteunt de meer adaptieve emotiegerichte coping, en biedt een beschermend tegenwicht tegen niet-adaptieve coping.¹⁰

- Tegenover zelfkritiek/vechten staan alle inspanningen die erop gericht zijn om mild om te gaan met jezelf in deze situatie. Dat kan heel praktisch, bijvoorbeeld door tijd te maken voor ontspanning of sporten. Ook het verwelkomen van een mildere attitude valt hieronder: je wordt een *sadder and wiser* dokter.¹⁵ Deze component van zelfcompassie wordt wel 'vriendelijkheid naar jezelf' genoemd (*self-kindness*).
- Tegenover isolatie/vluchten staat het inzicht dat deze ervaring gewoon hoort bij het bestaan van een dokter: alle dokters gaan hier doorheen, vaak meer dan 1 keer. Het is een 'lijden' dat ons verbindt. Het mag gedeeld worden, zéker of juist met collega's. Deze component van zelfcompassie heet 'gedeelde menselijkheid' (*common humanity*).
- Overidentificatie/bevriezen wordt tegengegaan door niet-oordelende aandacht voor de eigen emoties. Het gewaarworden van de eigen emotionele pijn is een tegenkracht tegen het continu denken: had ik niet anders gekund? (rumineren). Het helpt om een realistisch perspectief te ontwikkelen. Deze component van zelfcompassie is *mindfulness*. Dat betekent hier: niet-oordelende aandacht voor de eigen emoties, daar af en toe kort bij stilstaan.

We kunnen de 3 verschillende coping reacties ook beschrijven op een schaalverdeling tussen 'niet adaptief' en 'adaptief'. De primaire (stress)reacties vormen dan het niet-adaptieve uiterste, de 3 componenten van zelfcompassie geven het meer adaptieve uiteinde weer [figuur 2].¹¹ Persoonlijke

Figuur 1

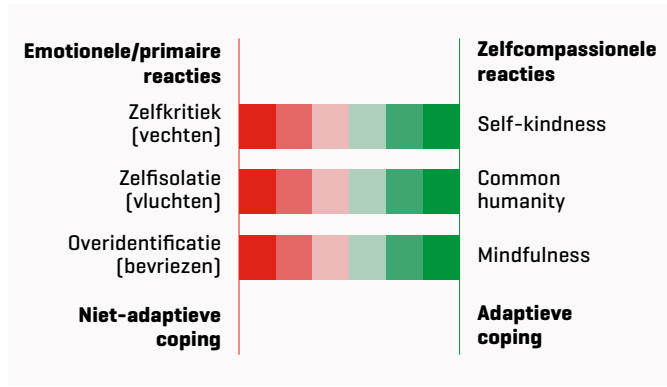
Indeling en enkele voorbeelden van coping na een medische fout



Bron: Ewert [2021],⁷ voorbeelden uit Busch [2020]⁸

Figuur 2

Reacties op stressor [zoals het maken van een fout]



Bron: auteur, op basis van Neff en Van den Brink & Koster^{13,14}

emotionele reacties na een fout bevinden zich steeds ergens op elk van deze 3 schalen. Dit inzicht biedt mogelijkheden om het persoonlijk repertoire aan te passen in de richting van meer zelfcompassie. Er bestaat geen voor ieder geschikte methode om de emotionele gevolgen te (leren) hanteren. Toch is het mogelijk om op basis van wat nu bekend is enkele suggesties te doen om zelfcompassie in de praktijk toe te passen.

CASUS: VERVOLG

Anouk gedraagt zich naar buiten toe professioneel: de calamiteitenprocedure van de HAP, het gesprek met de familie, de foutenanalyse, de extra waakzaamheid in haar werk. Haar emoties blijven storen: ze heeft een kort lontje, slaapt slecht, heeft angstige herbelevingen, en is zó moe. Weken later vertelt zij het verhaal in haar intervisiegroep: de feiten, en na doorvragen ook alle pijnlijke emoties en de scherpe zelfverwijten. De groep luistert, met compassie. 'Zou je ook zo streng zijn naar een goede vriendin?', vraagt een deelnemer. Het helpt Anouk om meer in balans te komen: ook goede dokters maken fouten.

ZELFCOMPASSIE PROFESSIONEEL TOEPASSEN

Zoals elk leerproces begint het professioneel toepassen van zelfcompassie met bewustwording: het besef bij de betrokken dokter dat er aandacht en ruimte nodig is voor het eigen herstel. Dit staat haaks op de gedachtestroom met een zelfverwijtende of piekerende inhoud. Uit die stroom stappen en 'stilstaan' bij jezelf is een actief proces. Simpel, maar niet eenvoudig. Soms is het een collega die op zo'n moment attendeert op de noodzaak van goede zelfzorg. Aandachtig (mindful) omgaan met de eigen emoties ligt aan de basis van deze eerste stap.

'Gedeelde menselijkheid' krijgt vorm door een gesprek over de pijnlijke ervaring. May en collega's beschrijven op grond van hun kwalitatief onderzoek hoe zo'n gesprek de verwerking kan ondersteunen, maar ook hoe het kan afleiden hiervan.¹⁶ Gesprekken met collega's lijken soms van meer waarde dan privégesprekken, door het gemeenschappelijke referentiekader.

Essentieel is wel dat zo'n gesprek georganiseerd wordt, en dat dokters dit leren zien als noodzakelijk en professioneel gedrag. Belangrijk in zo'n ondersteunend gesprek is tijd en aandacht voor het persoonlijke verhaal, het benoemen van de gesignaleerde emotionele coping en (zo nodig) aandacht voor meer adaptieve manieren van coping. Vaak blijkt dat 'zelfvriendelijkheid' beter ingevuld kan worden als tegenwicht tegen het zelfverwijt: treed jezelf tegemoet zoals je dat bij een bevriende collega zou doen die in deze situatie verkeert, en maak ruimte voor ontspanning en troost.

Een bijzondere context voor zo'n gesprek vormt de bespreking binnen een intervisiegroep, en het contact met een hierin gespecialiseerde coach.¹⁷

Gesprekspartners kunnen soms ook juist afleiden van effectieve coping. Dit kan leiden tot 'niet helpende gesprekken' waarin:

- niet wordt ingegaan op de behoeftes van de betrokken dokter;
- geprobeerd wordt de ervaring te bagatelliseren ('welnee joh, geen fout, gewoon een complicatie');
- geprobeerd wordt de ander te beschermen ('dat zou mij ook overkomen');
- externaliseren ondersteund wordt ('belachelijk, al die eisen aan ons dokters!').

Hoe goed bedoeld ook, in feite stimuleren deze gesprekken de niet-adaptieve, vermijdende coping.

Op basis van het voorgaande kunnen enkele aandachtspunten voor een ondersteunend gesprek worden beschreven [kader].

BELANG VEILIGE CULTUUR

Professioneel omgaan met imperfectie vormt een belangrijke uitdaging binnen het werkveld van artsen. Het belang van een veilige cultuur, waarin fouten gemaakt worden en bespreekbaar zijn, kan niet worden overschat. Ook organisaties, zoals huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, kunnen bijdragen aan het voorkomen van emotionele schade na een fout. Bijvoorbeeld door ondersteuning door een getrainde collega organiseren te faciliteren: *peer support*. Dit vormt een praktische manier om effectievere coping te borgen.¹⁸ Zowel mindfulness als zelfcompassie kunnen door training worden ontwikkeld.^{19,20} Er bestaan voor huisartsen geaccrediteerde trainingen.

CONCLUSIE

De emotionele verwerking van een persoonlijke medische fout is erg belangrijk, maar verloopt vaak niet optimaal. Aandacht voor de eigen emoties, bereidheid en gelegenheid om hierover in gesprek te gaan, en een milde houding naar de eigen feilbaarheid zijn belangrijke te ontwikkelen competenties. In deze persoonlijke ontwikkeling ligt een professionele taak voor de dokter die dit overkomt. Collega's en organisaties binnen de zorg kunnen in dat proces een belangrijke rol spelen. ■

AANDACHTSPUNTEN ONDERSTEUNEND GESPREK

- Focus op de ervaring van de dokter, niet op de inhoud van de casus.
- Bespreek in hoeverre sprake is van:
 - Zelfverwijt of juist zelfzorg?
 - Isolatie/schaamte of juist delen met anderen en realistisch omgaan met de eigen feilbaarheid?
 - Rumineren of juist toelaten van de pijnlijke emotie, zoals angst, verdriet of woede.
- Onderzoek de coping binnen deze 3 schalen van zelfcompassie:
 - Wat is adaptief/wat gaat goed? Houd dit vast of pas het nog vaker toe.
 - Wat kan een stapje beter? Concretiseer dit, wat ga je dan precies beter doen?
 - Bied een opening voor een vervolgspraak.

Streef naar een onderzoekende, empathische houding van niet oordelen en niet oplossen. Dit geldt zowel voor de dokter die de ervaring inbrengt, als voor de degene die luistert in dit gesprek.

DANKWOORD

De auteur bedankt Chris Rietmeijer en Sara van Stempvoort voor het meelesen en geven van opbouwend commentaar.

LITERATUUR

1. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320:726-7.
2. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2016;25:544-53.
3. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof* 2013;36(2):135-62.
4. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open* 2019;9:e029923.
5. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Claiborne Dunagan W, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *J Qual and Patient Saf* 2007;8:467-75.

6. Tawfik DS, MS Profit, Morgenthaler T, Satele DV, Sinsky CA, Dyrbye L, et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clin Proc* 2018;November 93:1571-80.
7. Ewert C, Vater A, Schröder-Abé M. Self-compassion and coping: a meta-analysis. *Mindfulness* 2021;12:1063-77.
8. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Dealing with adverse events: a meta-analysis on second victims' coping strategies. *J Patient Saf* 2020;16:e51-e60.
9. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf* 2020;16:e61-e74.
10. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* 2010;85-102.
11. Neff KD. Self compassion: theory, method, research and intervention. *Ann Rev Psychol* 2023;74:193-218.
12. Rushforth A, Durk M, Gabby A, Rothwell-Blake A, Kirkman A, Ng F, et al. Self-compassion interventions to target secondary traumatic stress in healthcare workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:6109.
13. Germer CK. *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford Press, 2009;p.85.
14. Van den Brink, Koster. *Compassievol leven, een mindfulness-based verdieppingsprogramma*. Meppel: Uitgeverij Boom, 2016.
15. Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardeli M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in medicine: what helps physicians after a medical error? *Acad Med* 2016;91(2):233-41.
16. May N, Plews-Ogan M. The role of talking (and keeping silent) in physician coping with medical error: a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;88:449-54.
17. Roos GB. Vallen en weer opstaan: leren omgaan met fouten. *Bijblijven* 2017;33:571-9.
18. Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med* 2016;91(9):1200-04.
19. Ameli R, Sinaii N, West CP, Luna MJ, Panahi S Zoonsman M et al. Effect of a brief mindfulness-based program on stress in health care professionals at a US biomedical research hospital: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open* 2020;3(8):e2013424.
20. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 2013;69:28-44.

Roos GB. Leren omgaan met fouten. *Huisarts Wet* 2024;67:DOI:10.1007/s12445-023-2435-0.
Laren: Gert Roos, huisarts n.p., coach en trainer, gbroos@worldonline.nl.
Belangenverstrengeling: niets gemeld.