

# Indringende gebeurtenis vraagt indringende aanpak

## De verwerking van heftige gebeurtenissen door artsen/specialisten

### Samenvatting:

**Hebben we in onze ziekenhuizen aandacht voor de verwerking van indringende gebeurtenissen bij specialisten? Staan we stil bij de impact op de mens achter de medicus en is de cultuur daarbij behulpzaam of niet? De auteurs van dit artikel breken een lans om aandacht te hebben voor het persoonlijke verwerkingsproces en geven suggesties voor een aanpak.**

Artsen en specialisten lopen een verhoogd risico in aanraking te komen met heftige, soms traumatische gebeurtenissen. Dat komt doordat ze van nabij betrokken zijn bij ingrijpende momenten in het leven van patiënten, maar ook omdat ze belangrijke besluiten nemen over/voor patiënten en over toegang tot voorzieningen. Onder heftige gebeurtenissen verstaan we bij de uitoefening van het medische vak agressie, suïcide, pesten en bedreiging. Maar het kan ook gaan over een veelal onderbelicht aspect van het functioneren van de professional : hoe gaan we op een goede manier om met de verwerking van medische fouten?

Onder een medische fout wordt verstaan: “een onjuiste beslissing gebaseerd op onjuiste gegevens of op een onjuiste beoordeling van goede gegevens terwijl er wel voldoende tijd, kunde en kennis is of moet zijn om de juiste beslissing te nemen”. Een complicatie is dus geen medische fout. Hoewel medisch objectief, kan dit door de familie (als het kinderen betreft) anders worden ervaren. Regelmatig is er een grijs gebied waarin het onduidelijk is of een ongewenste uitkomst onvermijdelijk is, of dat er een fout is gemaakt. Het kan lang duren voordat duidelijkheid kan worden gegeven, als dit al lukt. We proberen ons handelen in de zorg zoveel mogelijk te professionaliseren, met checklists en protocollen, toch blijft het mensenwerk. Bij de successen, en dus ook bij het falen.

Voor de specialist die de fout maakt (of een heftige gebeurtenis meemaakt) is de emotionele impact groot: afnemend zelfvertrouwen, schuldgevoel, schaamte, isolement een kans op een lange nasleep in de vorm van juridische procedures. (Delbanco T and SK Bell. 2007. Guilty, afraid, and alone – Struggling with medical error)

De drukte en hectiek van alledag in het werk van artsen bieden niet altijd genoeg ruimte om stil te staan bij deze traumatische gebeurtenissen. De cultuur in het ziekenhuis bij medici kan dit versterken. Naar de collega's is een kwetsbare opstelling not-done. De arts als deskundige wordt ook vaak in die rol gedrukt door de patiënt en/of familie. Kortom het vergt moed deze kwetsbare kant van het vak te bespreken met collega's. De praktijk is te vaak: “het hoort er bij”; “gewoon doorgaan”; of (het al dan niet grappig bedoelde): “ben je goed verzekerd”. Dit zijn de zogeheten ‘niet helpende reacties’. Ze bevestigen slechts de heersende cultuur. En daar hoort vooral geen begeleiding of reflectie bij! Onbedoeld neveneffect van deze cultuur is een verhoogd risico op negatieve gevolgen zoals verzuring, motivatie verlies, maar ook op termijn depressie of zelfs PTSS. (Bujissen/Buis zie

bronnen). Functioneringsvraagstukken, maar ook verzuim en uitval, zijn tenslotte het gevolg. Het mag duidelijk zijn dat aandacht voor het verwerken fundamenteel is.

In zijn algemeenheid gaat de verwerking in drie fasen: (Buijssen)

1. verdoving en/of emotionele uitbarstingen
2. Herbeleving en vermijding
3. Integratie

In onze praktijk zien we ruwweg 2 basis-coping stijlen: vermijding en confrontatie. Er is niet een "beste" stijl voor coping, echte verwerking is een combinatie van vermijding en confrontatie. Het woord verwerken zegt het al: het is hard werken, dus een actief proces. In wisselende verschijningsvormen zijn de volgende belangrijke aspecten van het verwerkingsproces nodig:

- acceptatie van de emotie, de pijn toelaten
- confrontatie (familie van de patiënt, (werk-)omgeving)
- informatie, bijvoorbeeld door een gesprek met neutrale collega, feiten ordenen  
rust, afleiding en vermijding
- delen – vertellen / 'debriefing', een luisterend oor (meestal vaker dan de omgeving dit aankan)
- opvolging vanuit de organisatie (voorkomen nieuwe fouten), ev. juridische support
- steun van de collega's, bij acute opvang maar ook daarna
- steun van leidinggevende (vooral in praktische zin – hulp organiseren bijvoorbeeld)
- alle informatie kunnen inzien, betrokkenheid bij verbeteringsprocedures (transparantie in beleid)

Verwerking (integratie) vindt uiteindelijk op 3 niveaus plaats:

- niveau van de feiten (informatie en ordenen)
- niveau van de beleving (emotionele acceptatie en doorleving)
- niveau van de betekenisgeving (lering trekken en innerlijk her contracteren)

De laatste is de belangrijkste, maar komt pas als laatste, en is de beste remedie tegen verzuring en aantasting van de (arbeids-)motivatie. Bij de opvang van heftige gebeurtenissen is het verstandig een daartoe opgeleide coach of andere neutrale, counselor in een kort traject (4 tot 6 sessies) de specialist te ondersteunen in zijn/haar verwerkingsproces, daarmee de kans op schade te verkleinen, de gevolgen op termijn (bijvoorbeeld PTSS) te voorkomen, en/of een andere behandeling te initiëren. Het spreekt voor zich dat de specialist zich vertrouwd moet voelen bij een dergelijk persoon en een dergelijk traject strikt vertrouwelijk is.

Hoe gaat zo iets bij organisaties met vergelijkbare beroepsrisico's, bijvoorbeeld de KLM? De situaties van piloten in de cockpit zijn in vele opzichten vergelijkbaar met die van medisch specialisten. Het onder druk en onder invloed van veel diverse informatie belangrijke beslissingen nemen met een hoog afbreukrisico hoort tot de dagelijkse praktijk. Bij de selectie van piloten wordt streng geselecteerd op stressbestendigheid, besluitvaardigheid, impulscontrole en pro activiteit, de componenten van emotionele stabiliteit. Tijdens de loopbaan vinden voortdurend checks plaats waarin gemeten wordt of de stabiliteit gewaarborgd blijft. Hiermee is dit dus een continue prioriteit.

Dit artikel is gebaseerd op gesprekken met medici, maar ook met verpleegkundigen, die we spraken in het kader van een coaching- of loopbaantraject. Vaak startte een dergelijk traject vanuit een

uiterlijk(!) functionering- of motivatie vraagstuk. Verbaasd waren we over de geringe opvang na een, voor de arts in kwestie toch zeer indringende gebeurtenis. Ook in goed functionerende, steunende maatschappen of vakgroepen kan ondanks de positieve intenties toch behoefte ontstaan aan professionele en onafhankelijke ondersteuning voor dit type vraagstukken. We adviseren elke specialist die hiermee worstelt voor zichzelf te zorgen, oog te hebben voor dit onderschatte aspect van ons vak. Met dit artikel willen we proberen dit vraagstuk te erkennen en de drempel om er iets aan te doen te verlagen.

Henk Lyklema , coach/loopbaancoach en vertrouwenspersoon IFMS Zuwe Hofpoort Ziekenhuis en Gerard Griever, voorzitter Medische Staf Zuwe Hofpoort ziekenhuis. Polanerbaan 2, 3447 GN Woerden, Email: [onprolyk@kpnmail.nl](mailto:onprolyk@kpnmail.nl) of [GGriever@zuwehofpoort.nl](mailto:GGriever@zuwehofpoort.nl)

Geraadpleegde literatuur en bronnen:

Huub Buijssen & Suzanne Buis, Uit de praktijk, indringende ervaringsverhalen van artsen, Tred de Stiel ISBN 90 70415 31 3 [http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/physician\\_wellness/com\\_coping\\_with\\_an\\_adverse\\_event-e.cfm](http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/physician_wellness/com_coping_with_an_adverse_event-e.cfm)

*Delbanco T and SK Bell. 2007. Guilty, afraid, and alone – Struggling with medical error. New England Journal of Medicine. 357 (17): 1682-3*

[Te veel dokters kiezen de dood](http://medischcontact.artsennet.nl/Tijdschriftartikel/Te-veel-dokters-kiezen-de-dood.htm) (<http://medischcontact.artsennet.nl/Tijdschriftartikel/Te-veel-dokters-kiezen-de-dood.htm>)

<http://www.physiciansnews.com/law/198.html>