



Hoe ervaren artsen hun gevoelens van spijt na een (daadwerkelijke of aldus gepercipieerde) diagnostische fout?

Referentie

Müller BS, Donner-Banzhoff N, Beyer M, et al. Regret among primary care physicians: a survey of diagnostic decisions. *BMC Fam Pract* 2020;21:53. DOI: 10.1186/s12875-020-01125-w

Duiding

Louise Joly, médecin généraliste, département de Médecine Générale, ULiège

In 2015 bespraken we reeds in een editoriaal, naar aanleiding van een NEJM-artikel, de moeilijkheden die artsen ondervinden om medische fouten en de manier waarop ze hiermee omgaan, ter sprake te brengen (1,2). Hoewel niet alle fouten tot schade leiden, kunnen de gevolgen ervan soms zwaar zijn, zowel voor de patiënt als voor de arts die, afgezien van het juridische risico, het vertrouwen in zijn capaciteiten kan verliezen, in een burn-out kan terechtkomen of zelfs kan beslissen om zijn praktijk stop te zetten (3,4). Meer gegevens over hoe medische fouten worden ervaren en de mogelijke manieren om er beter mee om te gaan, zijn daarom nog steeds broodnodig.

De hier geanalyseerde kwalitatieve studie, uitgevoerd in Duitsland, onderzocht door middel van een vragenlijst de door artsen ervaren gevoelens van spijt bij diagnostische fouten (5). De geschatte tijd om de 17 vragen te beantwoorden, bedroeg 10 tot 15 minuten. Na een pretestfase met individuele face-to-face gesprekken, werd het formulier online onder artsen verspreid via verschillende instellingen, universitaire centra huisartsgeneeskunde, nieuwsbrieven, kranten of tijdens lokale bijeenkomsten.

Deelnemers werden uitgenodigd om een concrete casus te rapporteren waarvan de uiteindelijke diagnose anders was dan de initiële door hen gestelde diagnose, waardoor minstens de behandeling vertraging opliep. Situaties ouder dan 5 jaar en/of zonder gevolgen en/of met suboptimale, maar niet foutieve diagnoses, werden uitgesloten. De impact van de fout op de patiënt, de familie en op andere zorgverleners, de initiële en uiteindelijke diagnose en het verloop van de feiten werden verzameld. Men analyseerde de antwoorden per thema.

Er werden 32 vragenlijsten ontvangen (responsgraad <1%, wat heel laag is); 3 ervan werden uitgesloten (2 onvolledige en 1 dubbele). Twintig vragenlijsten waren afkomstig van huisartsen, 2 van huisartsen in opleiding en 2 van internisten. Voor 5 vragenlijsten kon men de kwalificatie van de deelnemer niet achterhalen. Van de 29 deelnemers waren er 19 mannen en 10 vrouwen. Elk van hen rapporteerde de casus van 1 patiënt (14 vrouwen en 15 mannen, van 1,5 tot 80 jaar oud). De situaties dateerden meestal van meer dan een jaar geleden. In 26 gevallen was de uiteindelijke diagnose ernstiger dan de initiële diagnose. In 2 andere gevallen bleek de diagnose even ernstig en in 1 geval minder ernstig. De gemaakte fout berokkende slechts in een derde van de situaties schade aan de patiënt (waarvan 3 sterfgevallen).

De auteurs schatten dat in 10 situaties de diagnose vroeger gesteld had kunnen worden, terwijl in de overige 19 een vroegere diagnose niet mogelijk was. Desondanks hadden 27 artsen grote spijt over hun aanpak. We merken op dat de auteurs van de studie alleen toegang hadden tot de schriftelijke neerslag van de casussen, met mogelijke vertekening door recallbias en sociale wenselijkheid als gevolg; daarom moet een oordeel met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

De auteurs besluiten dat diagnostische fouten leiden tot spijt die verwoestend kan zijn voor de arts ('second victim'-fenomeen). Ze stellen dat de gevoelens van spijt losstaan van de mogelijke schade bij de patiënt en van het feit dat de arts al dan niet de mogelijkheid had om te reageren. Hoe ernstiger de gevolgen, hoe groter de spijt. De reacties van familie, omgeving, bepalen de intensiteit van de negatieve emoties. De emoties milderden naargelang het aantal artsen dat bij de zorg betrokken is; hoe meer zorgverleners, hoe minder groot de spijt.

De auteurs suggereren daarom om meer in te zetten op groepspraktijken en om, op basis van ervaren incidenten, in deze praktijken risicomanagementstrategieën te ontwikkelen. Daarbij is het belangrijk om

de valkuil van defensieve geneeskunde (waarbij men technische onderzoeken aanvraagt, niet in het belang van de patiënt, maar om het risico van een schadeclaim voor de arts te verkleinen) te vermijden. Bepaalde methodologische keuzes in deze studie roepen echter vragen op. Allereerst is er de lage responsgraad. We weten niet goed waaraan die te wijten is: is het omdat de gevoelens van spijt uiteindelijk niet vaak voorkomen of eerder omdat de kwestie een taboe blijft? Of heeft het meer te maken met de rekruteringsstrategie? Ook rijzen er vragen bij de keuze van zelf in te vullen vragenlijsten in plaats van interviews. Interviews hadden het misschien mogelijk gemaakt om de gevoelens van spijt beter te begrijpen, met name de psychologische gronden ervan en de context waarbinnen de arts evolueerde op het moment van het incident. Ten slotte kan het gebruik van dergelijke vragenlijsten ook leiden tot selectiebias. Artsen die zich meer aangesproken voelen door het probleem, kunnen meer geneigd zijn om te antwoorden.

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Om de schadelijke psychologische gevolgen van medische fouten of als zodanig ervaren situaties te verminderen, kunnen twee aspecten overwogen worden. Enerzijds de risicopreventie zelf: zo heeft de WHO een conceptueel kader ontwikkeld voor de preventie en het management van gezondheidszorgegebonden risico's (6). Anderzijds het omgaan met negatieve ervaringen van zorgverleners verbeteren, door de cultuur van de almacht van de geneeskunde los te laten, door het taboe rond fouten te doorbreken en door ervaringsuitwisseling tussen peers te bevorderen (groepspraktijken, Balint-groepen, LOK's) (4,7,8).

Besluit

Dit kwalitatieve onderzoek, waarvan bepaalde methodologische keuzes vragen oproepen, suggereert dat de gevoelens van spijt bij artsen niet alleen aanwezig kunnen zijn bij echte fouten, maar ook bij situaties die eerder als een risico dan als een fout beschouwd kunnen worden. Hoe ernstiger de gevolgen ervan, hoe negatiever de reactie van de patiënt, zijn familie en/of zorgverleners, hoe groter de gevoelens van spijt zijn. Anderzijds hoe meer zorgverleners er betrokken zijn bij het beleid, hoe minder belangrijk de gevoelens van spijt worden.

Referenties

1. Henrard G. Medische fouten: een kans om de praktijk te verbeteren, een uitdaging voor EBM. [Editoriaal] *Minerva* 2014;13(9):105.
2. Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, et al. Talking with patients about other clinicians' errors. *N Engl J Med* 2013;369:1752-7. DOI: 10.1056/NEJMs1303119
3. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical error prevention. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, 2021. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
4. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, et al. Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2011. KCE Reports 165A. Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/kce_165a_burnout_bij_huisartsen.pdf
5. Müller BS, Donner-Banzhoff N, Beyer M, et al. Regret among primary care physicians: a survey of diagnostic decisions. *BMC Fam Pract* 2020;21:53. DOI: 10.1186/s12875-020-01125-w
6. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report. WHO, 2009. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1
7. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, et al. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ* 2017;17:255. DOI: 10.1186/s12909-017-1089-7
8. Alam R, Cheraghi-Sohi S, Panagioti M, et al. Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review. *BMC Fam Pract* 2017;18:79. DOI: 10.1186/s12875-017-0650-0