De huisarts als second victim bij patiëntveiligheidsincidenten: een cross-sectioneel onderzoek bij huisartsen in Vlaanderen

Neyens Laurens, KU Leuven

Stouten Esther, KU Leuven

Promotor: Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Co-promotoren: Vanhaecht Kris, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

We willen graag even plaats maken voor een dankwoord na drie jaar gewerkt te hebben aan deze masterpaper.

Allereerst willen we onze promotor, Birgitte Schoenmakers, bedanken. We hebben doorheen het hele proces een heel aangename en ondersteunende begeleiding gehad en konden steeds rekenen op een snel antwoord op onze vragen. Ook lieten we ons motiveren door uw positieve en opbouwende kritiek. U wist ons steeds de juiste richting op te sturen wanneer we twijfelden.

Ook willen we Kris Vanhaecht en Deborah Seys bedankten voor hun belangrijke ondersteuning in de zoektocht naar literatuur omtrent het onderwerp. Daarbij zou de opstelling van de vragenlijst nooit zo onderbouwd zijn geweest zonder hun bijdrage hierin. Bovendien dank aan Deborah voor de verheldering bij het opmaken van het statistisch plan.

Bedankt aan alle huisartsen en huisartsen in opleiding die de tijd hebben genomen om de vragenlijst in te vullen en zo mee te helpen aan dit onderzoek.

Abstract

Achtergrond: Onderzoek naar patiëntveiligheidsincidenten (PVI's) in België spitst zich vooral toe op de ziekenhuizen. In de eerstelijnszorg komen artsen met een grote variatie aan patiënten en morbiditeiten in contact en ligt de zorgorganisatie volledig in hun handen. Een PVI kan grote gevolgen hebben voor de arts en deze wordt een 'second victim' van het PVI. Het doel van deze studie was om de prevalentie van PVI's bij huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO's) in Vlaanderen te onderzoeken en de gevolgen ervan in kaart te brengen.

Methoden: Een vragenlijst werd opgesteld en verstuurd naar 75 van de 79 huisartsenkringen in Vlaanderen, waarna ze verder naar de huisartsen werden verspreid. De studiedoelen bestonden uit de prevalentie van PVI's levenslang en de laatste 12 maanden, negatieve en positieve gevolgen en de nood naar ondersteunings- en hulpmaatregelen.

Resultaten: 153 huisartsen en HAIO's namen deel aan bevraging. 78 vragenlijsten werden geïncludeerd. 68 huisartsen (87,18%) waren tijdens hun volledige carrière betrokken bij een PVI. 54 huisartsen (69,23%) waren bij een PVI betrokken tijdens de laatste 12 maanden. De meest gerapporteerde symptomen waren hyperalertheid en verhoogde waakzaamheid (60; 88,24%), schuldgevoel (56; 82,35%), stress (54; 79,41%) en schaamte (51; 75,00%).

Conclusie: Door de meerderheid van de huisartsen en HAIO's werd een PVI gemeld in de volledige carrière en de laatste 12 maanden. Vaak ging het om een PVI met blijvende schade voor de patiënt of overlijden van de patiënt tot gevolg. Het PVI dat het meest was bijgebleven had veel negatieve gevolgen, waaronder enkele ernstige. Uit deze studie blijkt dat de impact van een PVI ook in de eerste lijn frequent is en veel gevolgen kan hebben.

Sleutelwoorden: patiëntveiligheidsincident, second victim, huisarts, prevalentie

Inhoudsopgave

Afkortingen 4
Inleiding 5
Methoden 7
  Literatuuronderzoek 7
  Veldonderzoek 7
Discussie 13
Conclusie 17
Bibliografie 18
Bijlage 1: vragenlijst onderzoek second victim 20
Bijlage 2: standaard e-mailbericht voor huisartsenkringen 30
Bijlage 3: Univariate analyse 31
Bijlage 4: Definitief gunstig advies Ethisch Comité 33
Bijlage 5: Goedgekeurd protocol 37
Bijlage 6: Persoonlijke reflecties 44

Afkortingen

PVI	patiëntveiligheidsincident
FMO	Fonds voor Medische Ongevallen
HAIO	Huisarts in opleiding
ICHO	Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding

Inleiding

"*Errare humanum est*", "vergissen is menselijk" schreef Lucius Seneca al in de Klassieke Oudheid. Dit werd opgepikt door Albert Wu (professor in gezondheid en management aan de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) in 1997 om met deze uitspraak een paper te starten die in het jaar 2000 de oorsprong zal zijn van het begrip "second victim".[1,2]
De belangrijkste boodschap: zorgverleners zijn feilbaar. Medische fouten en patiëntveiligheidsincidenten (PVI's) gebeuren dagelijks en zullen waarschijnlijk altijd een deel uitmaken van het zorgsysteem omwille van de menselijke feilbaarheid en de complexiteit van de gezondheidszorg.[3–6] Bij een PVI is het primaire slachtoffer de patiënt. De gevolgen gaan van schade aan de gezondheid van de patiënt tot mortaliteit.[7,8] Het secundaire slachtoffer van een PVI is de zorgverlener en eventueel de gezondheidszorgorganisatie; ook voor hen kan een PVI verregaande gevolgen hebben.[3–5] De zorgverlener als slachtoffer werd door Albert Wu benoemd als "second victim".[1,2] Scott et al. gaven in 2009 een consensusdefinitie: "*Second victims zijn zorgverleners die betrokken zijn in een onvoorzien PVI, medische fout en/of schade aan de patiënt en slachtoffer zijn geworden in die zin dat de zorgverlener getraumatiseerd is door de gebeurtenis. Vaak voelen ze zich verantwoordelijk voor de uiteindelijke situatie van de patiënt. Velen hebben het gevoel gefaald te hebben tegenover hun patiënt en twijfelen aan hun klinische vaardigheden en kennis*.".[9]

Van Gerven voerde in 2016 een studie uit op verpleegkundigen (80%) en artsen (20%) in 37 Belgische ziekenhuizen, waaruit bleek dat gemiddeld 9%, voor artsen specifiek 14%, een PVI in de laatste zes maanden had doorgemaakt.[10] Een recente studie van Vanhaecht et al. (2021) vond dat in Nederlandse ziekenhuizen 86% van artsen en verpleegkundigen ooit een PVI meemaakte. Daarbij had 64.9% van de artsen ooit een PVI met permanente schade of dood van de patiënt tot gevolg.[11]

Zorgverleners die een PVI ervaren hadden, waren vatbaarder voor burnout, middelenmisbruik en problemen in de thuissituatie.[10] Seys et al. concludeerden in 2013 in een systematic review dat de prevalentie van second victims tussen 10% en 43% kan worden geschat voor zorgverleners wereldwijd.[12] De impact van PVI op zorgverleners kan psychologische gevolgen hebben, zoals gevoelens van schaamte, schuld, angst en verdriet, verlies van zelfvertrouwen en kan, vooral als er geen verwerking plaatsvindt, leiden tot depressie, middelenmisbruik en suïcide-ideatie. Verder kan het ook leiden tot cognitieve en professionele problemen (uitputting,

dissatisfactie, posttraumatische stress, burn-out, werkverlet, …) en problemen in het privéleven.[4,6,8,12–15]

Zorgverleners zien medische fouten vaak als gevolg van onvoorzichtigheid, incompetentie of nalatigheid.[4] De manier waarop zorgverleners omgaan met dit lijden kan in grote lijnen worden opgedeeld in een probleemoplossingsgeoriënteerde en een emotie-gebaseerde strategie.[7,12] Dit werd in 2020 onderzocht in een systematische research en meta-analyse door Busch et al.: bijna negen op tien zorgverleners maakten gebruik van probleemoplossingsgeoriënteerde coping strategieën zoals verandering van werkattitude, nauwer opvolgen van richtlijnen of meer op details letten.[3]

Reeds in 1999 vroeg de Nationale Raad van de Orde der geneesheren de aandacht voor vier deontologisch belangrijke punten: "de volledige vergoeding van het slachtoffer bij een medische fout, de open en vrijmoedige communicatie met het slachtoffer, de solidariteit onder artsen en zorgverstrekkers en tenslotte de preventie van fouten".[16] Een cultuur die second victims in hun verwerkingsproces kan helpen gaat uit van eerlijkheid, respect en hulpprogramma's die gebaseerd zijn op het verwerkingsproces.[4,7–9,13,17] Ondanks de aangeboden instrumenten, blijkt dat de meeste zorginstanties geen hulpprogramma's of interventies toepassen.[4,7,14,17–20] De "no-fault wet" en het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO) is in België een verandering geweest in de groei naar een werksfeer waarin er niet met de vinger gewezen wordt. Een tweede verandering is het Belgische 'Arts in Nood': het vertrouwensplatform voor psychologische hulpverlening aan artsen.[21]

In deze kwantitatieve studie zal worden onderzocht wat de prevalentie van PVI's is bij huisartsen in Vlaanderen, wat hun impact is en welke methoden er worden gebruikt om met een PVI om te gaan.

Methoden

Literatuuronderzoek

Een literatuuronderzoek in de databanken van 'Pubmed', 'Embase', 'Cochrane library' en 'Trip Database' werd uitgevoerd op basis van volgende PICO:

- Populatie: huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO) in Vlaanderen en Brussel
- Interventie: het voorkomen van een patiëntveiligheidsincident (PVI) in het laatste jaar
- Comparison/vergelijking: het niet voorkomen van een PVI in het laatste jaar
- Outcome: een beschrijving van de prevalentie van PVI's, psychosociale en professionele gevolgen en vergelijking ervan tussen geslachten, verschillende groepen van ervaringsjaren en regio's

De zoektermen waren: 'second victim', 'general practice', 'family doctor', 'patient safety incident', 'medical error', 'adverse events', 'prevalence' en 'recovery'. Artikels werden gescreend op basis van titel, abstract en volledige tekst in respectievelijke volgorde. 29 artikels werden op basis van volledige tekst geïncludeerd. Inclusiecriteria waren: definiëring van de term 'second victim', artikels met artsen als onderzoekspopulatie, studies die de prevalentie van het second victim syndroom onderzochten, studies die de copingstrategie van zorgverleners na een PVI onderzochten en onderzoeken naar de zorgcultuur en hulpprogramma's in kader van het second victim syndroom. Enkel Engels- en Nederlandstalige artikels werden geïncludeerd. Artikels ouder dan vijf jaar werden niet in de studie opgenomen, hoewel enkele oudere artikels essentieel waren om de evolutie van de term 'second victim' te begrijpen.[1,2,12] Nog zeven artikels werden via een snowballing-methode gevonden en geïncludeerd.

Veldonderzoek

Design

Een online bevraging werd vervolgens opgesteld volgens de onderzoeksvraagstelling en ontwikkeld in samenwerking met prof. Kris Vanhaecht en uitgewerkt in het programma Qualitrics. De vragenlijst is onderaan bijgevoegd (bijlage 1). De demografische vragen hadden als doel onze populatie in kaart te brengen. In de hoofdvraag werd het voorkomen van een PVI in het voorbije jaar gepeild. De volgende vragen in verband met betrokkenheid bij een incident, de gevolgen hiervan en de ondersteuning na het incident waren gebaseerd op de bevraging zoals bij Van Gerven et al. in 2016 en op basis van Scott et al. in 2009.

De vragenlijst werd via een online link vanaf 3 januari 2022 verstuurd naar 75 van de 79 Vlaamse huisartsenkringen en werd terug afgesloten op 5 maart 2022. Deelnemers werden via huisartsenkringen en eigen netwerken uitgenodigd tot deelname aan de studie via e-mail met een standaard e-mailbericht (bijlage 2). Als leidraad werd de lijst van Zorg en Gezondheid gebruikt.[22] Huisartsenkringen die op hun website of via de sociale kaart geen gekend e-mailadres hadden, werden telefonisch gecontacteerd en vervolgens werd een e-mail opgesteld.[23] Vier huisartsenkringen konden niet bereikt worden via e-mail of telefonisch een één kring gaf aan de link niet te zullen verspreiden. In de e-mail voorafgegaan door een informatiebrief conform de richtlijnen van de Ethische commissie.Ten slotte werden de volgende instanties gecontacteerd om de link naar de vragenlijst te helpen verspreiden:

- Domus Medica: de voornaamste instelling ter ondersteuning van huisartsen(kringen) in preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen.
- ICHO of 'Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding': het bestuursorgaan dat de master-na-masteropleiding van HAIO's voorziet.
- De Orde der Artsen: de verzameling van 10 provinciale raden, een Franstalige en een Nederlandstalige raad van beroep en de nationale raad.

De eerste twee van deze instanties hebben vragenlijst met de nodige informatie eenmalig vermeld in hun nieuwsbrief die maandelijks via mail verzonden wordt naar alle aangesloten artsen.

Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria voor deelnemende artsen waren: artsen die actief zijn en het voorbije jaar actief waren in de uitoefening van het huisartsenberoep, HAIO's die minstens één jaar werkzaam zijn in het huisartsenberoep. Er worden geen kandidaten uit de studie weggelaten op basis van leeftijd, geslacht of andere persoonlijke kenmerken.

Data-analyse

De resultaten van de enquête werden verzameld en geanalyseerd met SAS9.4 software. De vragenlijsten die voor minder dan 80% ingevuld waren werden niet opgenomen in de statistische analyse en vernietigd. De prevalentie van het ooit doormaken van een PVI en het doormaken van een PVI in de laatste 12 maanden (/100 artsen) werd berekend. Vervolgens werd de data uit univariate analyse in tabellen uitgezet. In Microsoft Excel werden de tabellen

verder uitgewerkt en werden grafieken opgesteld voor de prevalentie van de verschillende soorten PVI's, de prevalentie van de gevolgen van het PVI en het al dan niet gesproken hebben met slachtoffer en/of omgeving. Multivariate regressie om correlatie aan te tonen tussen het voorkomen van een PVI en verschillende karakteristieken van de studiepopulatie en verdere factoranalyse konden niet op correcte wijze worden uitgevoerd wegens het kleine aantal respondenten.

Resultaten

153 huisartsen en HAIO's namen deel aan bevraging. 71 vragenlijsten waren onvolledig en konden niet worden geanalyseerd. 78 vragenlijsten waren voor meer dan 80% ingevuld en konden gebruikt worden in verdere analyses. Demografische gegevens zijn in bijlage 3 toegevoegd. Van de deelnemers waren er 59 (75,64%) praktiserend huisarts en 19 (24,36%) HAIO's. 57 deelnemers (73,08%) waren vrouwelijk. De gemiddelde leeftijd was 38,59 jaar en gemiddeld waren er 12,4 jaren werkervaring.

Tabel 1: praktijkvorm en -werking

Soort praktijk	
Duo-praktijk	11 (14,10%)
Groepspraktijk	45 (57,69%)
Solo-praktijk	18 (23,08%)
Wijkgezondheidscentrum	4 (5,13%)
Werking in teamverband	
Teamoverleg en ondersteuning	47 (60,26%)
Teamoverleg, enkel functioneel	14 (17,95%)
Geen teamoverleg, wel ondersteuning	5 (6,41%)
Geen werking in teamverband	12 (15,38%)
Manier van omgang met een werk-gerelateerd probleem	
Steeds overleg met collega's	28 (35,9%)
Overleg na poging tot alleen oplossen van het probleem	40 (51,28%)
Zelf het probleem oplossen	10 (12,82%)
Ziet u zichzelf als optimistisch of pessimistisch?	
Optimistisch	58 (74,36%)
Pessimistisch	20 (25,64%)
Verantwoordelijkheidsgevoel	
Zeer hoog	45 (57,69%)
Hoog	30 (38,46%)
Matig	2 (2,56%)
Laag	1 (1,28%)

68 van de 78 deelnemende huisartsen (87,18%) waren tijdens hun volledige carrière betrokken bij een PVI (zie Tabel 2). 54 huisartsen (69,23%) waren bij een PVI betrokken tijdens de laatste 12 maanden. Tijdens de volledige carrière maakte de helft van de huisartsen een PVI mee met tijdelijke schade. Zestien (20%) artsen werden werd ooit geconfronteerd met een PVI met overlijden tot gevolg. Tijdens de laatste 12 maanden werd er door 36 (46.15%) artsen een PVI zonder schade gerapporteerd. Zeventien (21.79%) deelnemers maakte dit twee tot vijf keer mee in de laatste 12 maanden. 36 (46.15%) PVI's van de afgelopen 12 maanden had een impact op de fysieke integriteit van de patiënt.

Tabel 2: betrokkenheid bij PVI

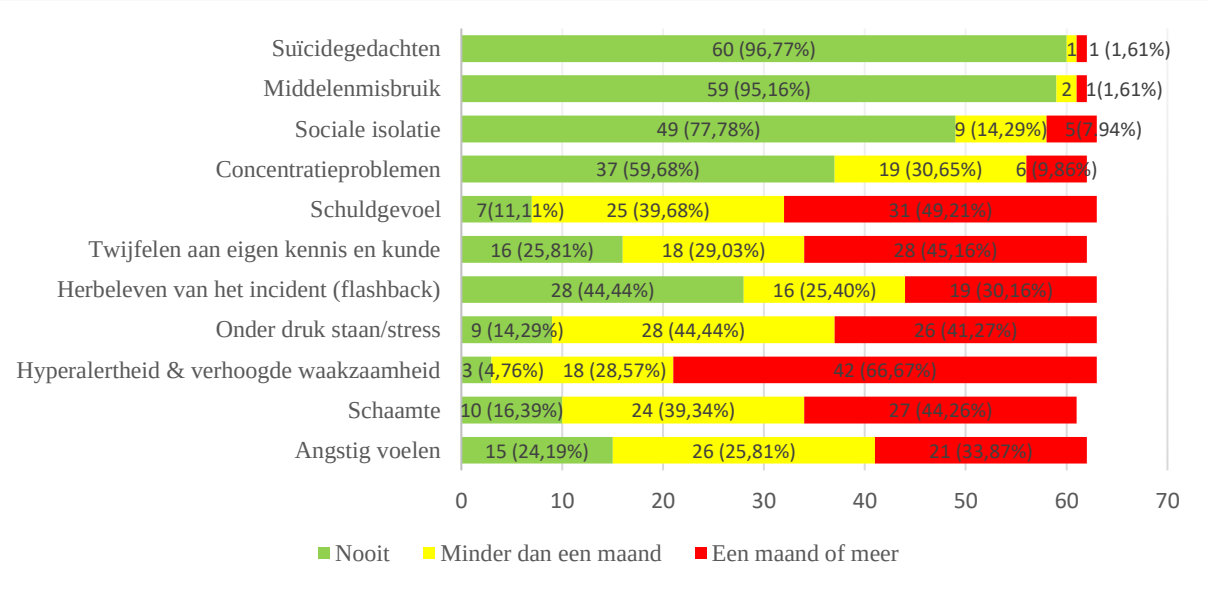
Was u tijdens uw volledige carrière persoonlijk betrokken bij een PVI?	> 5 keer betrokken	2-5 keer betrokken	1 keer betrokken	nooit betrokken
PVI zonder schade	11 (14,10%)	33 (42,31%)	16 (20,51%)	14 (17,95%)
PVI met tijdelijke schade	2 (2,56%)	19 (24,36%)	21 (26,92%)	31 (39,74%)
PVI met blijvende schade	0	5 (6,41%)	17 (21,79%)	49 (62,82%)
PVI met overlijden tot gevolg	0	3 (3,85%)	13 (16,67%)	55 (70,51%)
Was u tijdens de afgelopen 12 maanden persoonlijk betrokken bij een PVI?				
PVI zonder schade	1 (1,28%)	17 (21,79%)	18 (23,08%)	41 (52,56%)
PVI met tijdelijke schade	0	2 (2,56%)	21 (26,92%)	51 (65,38%)
PVI met blijvende schade	0	0	8 (10,26%)	64 (82,05%)
PVI met overlijden tot gevolg	0	0	2 (2,56%)	70 (89,74%)

Welke soort PVI maakte u door tijdens de afgelopen 12 maanden? (meerdere antwoordopties mogelijk)	
PVI met impact op de fysieke integriteit van de patiënt	36
PVI met impact op de psychosociale integriteit van de patiënt	10
PVI zonder impact op de patiënt	27

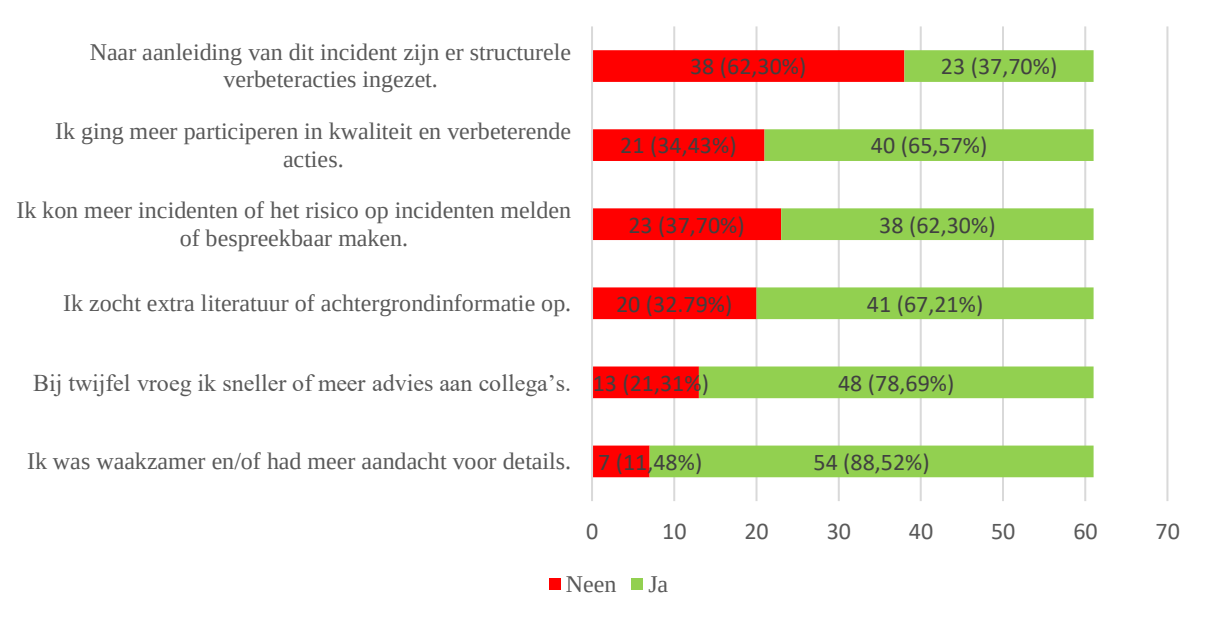
Het PVI dat het meest is bijgebleven in de hele carrière is voor 52 van de 68 (76,47%) artsen die een PVI doormaakten een PVI met impact op de fysieke integriteit van de patiënt. Voor vier (5.88%) artsen was dit een PVI met impact op de psychosociale integriteit van de patiënt. De symptomen die voorkwamen na een PVI werden bevraagd op basis van het PVI dat de arts het meest was bijgebleven (zie Figuur 1). De meest gerapporteerde symptomen waren hyperalertheid en verhoogde waakzaamheid (60; 88,24%), schuldgevoel (56; 82,35%), stress

(54;79,41%) en schaamte (51; 75,00%). Middelenmisbruik werd gemeld door drie artsen (5,08%). Twee van de deelnemende artsen (2.94%) kampten met suïcidegedachten die in één van de twee gevallen langer duurde dan een maand. 28 (41,18%) artsen twijfelde meer dan een maand aan hun eigen kennis en kunde. Negentien (27,94%) artsen had meer dan een maand last van flashbacks over het incident. Twee (2,94%) van de artsen zijn tijdelijk werkonbekwaam geweest. Positieve gevolgen na het PVI worden vervolgens beschreven (zie figuur 2).

Figuur 1: symptomen na PVI dat het meest is bijgebleven

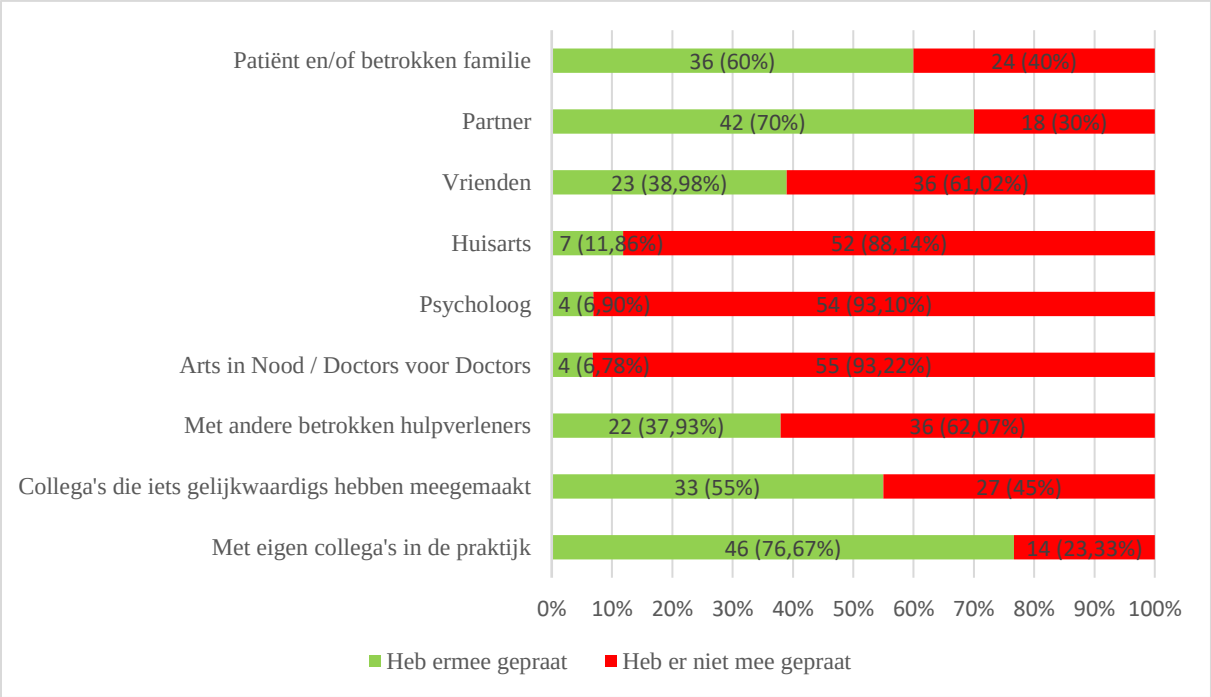


Figuur 2: positieve gevolgen na PVI



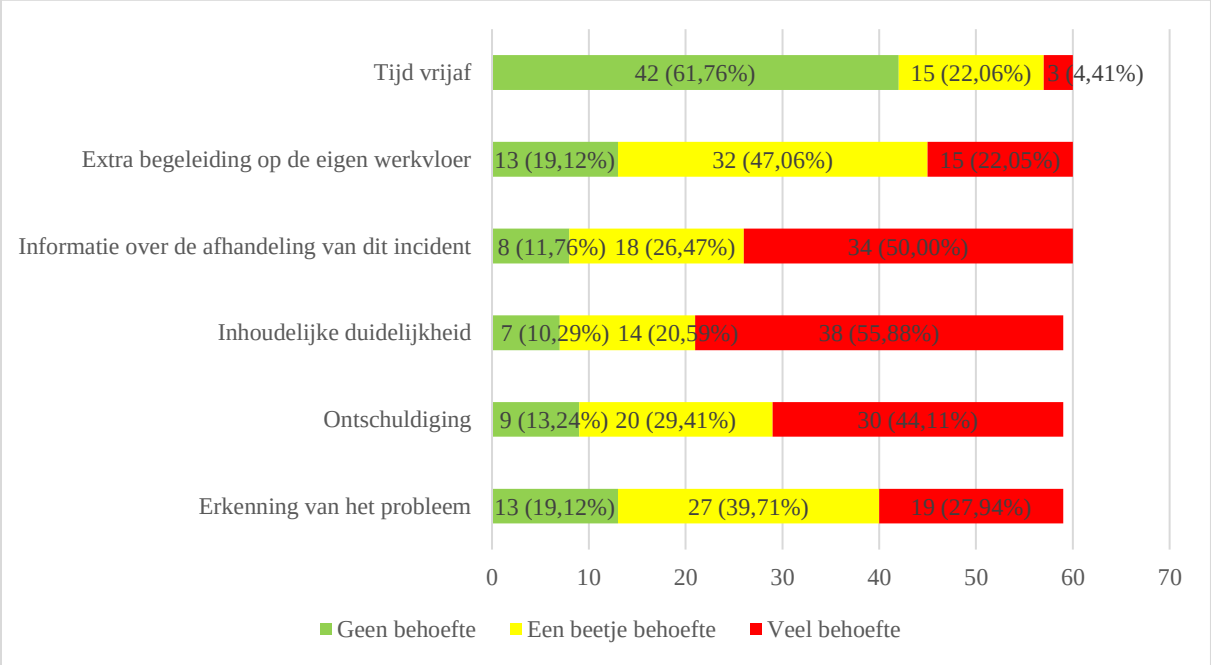
43 (63,24%) artsen voelden zich nadien schuldig over wat er gebeurd was. In twaalf (17,65%) gevallen raadde iemand anders de arts aan om zich te verontschuldigen bij de patiënt en/of familie. In 32 (47,06%) gevallen is er nadien en open gesprek geweest met de patiënt en/of de familie. Dit gesprek verliep bij 28 van de 32 (87,50%) vlot en sereen en bij hetzelfde aantal werd er voldoende gesproken over de persoonlijke betrokkenheid van de arts. Na een gesprek hadden 27 (90,63%) artsen het gevoel dat de patiënt en/of familie de verontschuldiging aanvaard had en hadden 26 (81,25%) van hen zichzelf vergeven voor hun aandeel in het PVI. Indien er nadien geen gesprek plaatsvond, hadden 9 van de 29 (31,03%) artsen daar spijt van. Tien (34,48%) artsen hadden er spijt van dat ze zich niet persoonlijk verontschuldigd hebben bij de patiënt en dertien (44,83%) artsen wilden weten of de patiënt hen vergeven heeft. Indien er geen gesprek was, hadden 21 (72,41%) artsen zichzelf vergeven voor hun aandeel in het PVI. 24 (82,76%) artsen zeiden dat het hen zou helpen om zich beter te voelen als ze wisten dat de patiënt hen vergeven had. Buiten de gesprekken met de patiënt en/of familie, zijn er ook gesprekken geweest met iemand uit de omgeving van de arts (zie figuur 3).

Figuur 3: gesprekken na PVI



Na het PVI had een deel van de artsen nood aan ondersteunende maatregelen zoals te zien in Figuur 4. Achttien (26,47%) artsen hadden na het PVI behoefte aan tijd vrijaf.

Figuur 4: Nood aan ondersteunende maatregelen na PVI



Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat de meerderheid van de huisartsen en HAIO's in hun carrière een PVI hebben doorgemaakt. Eén op vijf artsen maakte een PVI mee met overlijden van de patiënt tot gevolg. Het PVI dat het meeste bijblijft is in de meeste gevallen een PVI met impact op de fysieke integriteit van de patiënt. In de studie is opvallend dat de meerderheid van de deelnemers vrouwelijk is. De meest voorkomende symptomen na het doormaken van een PVI zijn een verhoogde waakzaamheid, schuld, stress, schaamte en angst. In veel gevallen kwamen deze symptomen langer dan een maand voor. Middelenmisbruik en suïcidegedachten kwamen zelden voor. Na het PVI waren er twee artsen tijdelijk werkonbekwaam. Huisartsen en HAIO's konden na een PVI terecht bij collega-huisartsen voor advies of een gesprek. Daarbij deden zij ook beroep op familie voor de verwerking van een PVI. Instanties zoals 'Arts in Nood' of 'Doctors4doctors' werden weinig aangewend voor hulp. De bevraagde artsen meldden na een PVI meer te participeren in kwaliteit en verbeterende acties.

De vrouwelijke meerderheid van onze studie zou te maken kunnen hebben met de vervrouwelijking van het huisartsenberoep. Anderzijds toont de internationale literatuur ook aan dat vrouwelijke artsen vaker met negatieve gevolgen van een PVI geconfronteerd worden

dan mannen.[15] Enkele oudere studies tonen aan dat vrouwelijke zorgverleners emoties met een grotere intensiteit ervaren na een PVI, wat ook invloed zal hebben op het invullen van deze vragenlijst.[24–26] Hoewel onze studie te klein is om de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke artsen te vergelijken, kan deze meerderheid van vrouwelijke respondenten gezien worden als een sterkte van de studie. Verscheidene internationale studies rond het "second victim"-effect betreffen voornamelijk mannelijke artsen.[15]

Met onze studie wordt aangetoond dat niet alleen in de Nederlandse en Belgische ziekenhuizen, maar ook bij huisartsen het fenomeen van second victim vaak voorkomt.[10,11] Er is een opmerkelijk verschil in prevalentie van PVI's de laatste 12 maanden in deze studie (69.23%), vergeleken met PVI's de laatste zes maanden bij de aangehaalde studie van van Gerven et al. (14%).[10] Als verklaring is enerzijds de discrepantie in de retrospectieve periode van de prevalentie. Anderzijds is de verspreiding van de vragenlijst op verschillende manieren en op gesystematiseerde wijze gebeurd in het onderzoek van Van Gerven. Een hypothese is dat aan ons onderzoek relatief meer artsen deelnamen die begaan zijn met het onderwerp of meer PVI's meemaakten.

Uit meerdere studies blijkt dat meer dan twee derde van de second victims met psychologische gevolgen kampte na een PVI en dat deze ook professionele prestaties verminderen.[27,28] Er wordt uiteindelijk vaak eenzelfde conclusie getrokken: de zorgverlener ervaart een PVI als een persoonlijk falen.[1,9,27] De grootteorde van de prevalentie van symptomen zoals verhoogde waakzaamheid, schuld, stress, schaamte en angst komt voor de Vlaamse huisartsen overeen met de prevalenties die worden beschreven in de grote internationale meta-analyse van Busch et al (2020) en een recente Nederlandse studie van Vanhaecht et al. waar gekeken wordt naar het voorkomen van deze symptomen bij zorgverleners in het algemeen.[27,29] Wanneer deze symptomen langer dan een maand voorkomen, zoals in veel gevallen gemeld werd, dan kunnen dezevolgens de DSM-V criteria passen bij een acute stressstoornis of zelfs een posttraumatische-stressstoornis.[30] Angst kan het professioneel functioneren negatief beïnvloeden.[3] Toch zien we bijna geen melding van tijdelijke werkonbekwaamheid. Een noot daarbij is dat de artsen die met suïcidegedachten kampten, aangaven te hebben doorgewerkt. Ondanks de psychische en sociale gevolgen werken de meeste artsen zonder onderbreking door.

Anders dan in de ziekenhuizen, is er in de huisartspraktijk vaak geen systematische debriefing na een incident. Wel blijkt dat men terecht kan bij collega-huisartsen voor advies of een gesprek en gaat de huisarts zelf na een PVI meer participeren in kwaliteit en verbeterende acties. Net

zoals andere zorgverleners, doet de huisarts in de meerderheid van de gevallen beroep op probleemoplossingsgeoriënteerde copingstrategieën zoals bijvoorbeeld extra literatuur opzoeken.[3] Echte structurele verbeteracties naar aanleiding van een PVI vonden meestal niet plaats. Middelenmisbruik heeft, net zoals in de internationale literatuur, een lage prevalentie, maar is zeker niet onbestaand.[3]

Hoe de zorgverlener het professioneel zelfbeeld hervormt is afhankelijk van de reactie van de patiënt, de acceptatie bij collega's, de angst voor het verdict, gevoelens van schuld en schaamte, het accepteren van eigen kwetsbaarheid en de overwegingen in verband met de toekomstige professionele carrière.[18] In de ziekenhuizen is elke lid van het gezondheidszorgteam, van de zorgverleners aan het bed tot de leidinggevenden, verantwoordelijke voor de genezing en het herstel van second victims na een PVI.[28] Een gezondheidszorgteam zoals in ziekenhuizen is er voor de huisarts vaak niet. Zij doen beroep op collega-huisartsen en familie voor de verwerking van een PVI. Uit de resultaten is gebleken dat er weinig beroep gedaan wordt op instanties zoals 'Arts in Nood' of 'Doctors4doctors'. Een mogelijke verklaring is de onbekendheid ervan bij huisartsen en HAIO's. Daarbij spelen ook gebrek aan tijd en schaamte om de gebeurtenis een rol. Nochtans hebben de genoemde instanties een gestructureerde en discrete werking en bieden ze snelle hulp.

Deze studie heeft enkele zwakke punten. Er is een belangrijke daling van de kwaliteit van de verzamelde data. Ten eerste had de vragenlijst te maken met recall bias: huisartsen waren gelimiteerd tot hun herinneringen aan het aantal doorgemaakte PVI's. Het is dan ook waarschijnlijk dat er gebeurtenissen vergeten zijn of herinneringen vervormd zijn. Het effect van deze bias zal eerder beperkt zijn gezien de vele vragen gesteld werden over het PVI met de grootste impact. Ten tweede is sampling bias aanwezig: er werd beroep gedaan op huisartsenkringen en hun voorzitters om de vragenlijst te verspreiden. De bereidheid van de artsen om hun digitale media in de gaten te houden, speelt hier ook een rol (volunteer bias).

Daarnaast is het aantal respondenten laag i.v.m. de totale huisartsenpopulatie in Vlaanderen en Brussel (in 2018 was het aantal erkende huisartsen in Vlaanderen 9204 en in Brussel 1599)[31] en is een multivariate analyse niet mogelijk. De resultaten zijn met uiterste voorzichtigheid te extrapoleren naar de gehele populatie. Mogelijke oorzaken voor het lage aantal respondenten is het gelijktijdig voorkomen van een uitgesproken piek in het aantal zieken kaderend in de Covid-19 pandemie met als gevolg drukte in de eerstelijnszorg. Ten slotte was het niet mogelijk om

artsen die na een PVI niet meer werkzaam waren en niet meer aangesloten zijn bij een huisartsenkring te includeren in de studie.

Enkele sterktes van dit onderzoek zijn daarnaast ook op te merken. Er werd voor de studieopzet beroep gedaan op de expertise van enkele onderzoekers – namelijk Prof. Dr. Kris Vanhaecht en Dr. Deborah Seys – die uitgebreid onderzoek hebben gedaan naar het voorkomen en gevolgen van PVI's in de tweedelijnszorg. De vragenlijst is opgesteld volgens een reeds uitgewerkte methode Daarnaast is deze studie de eerste in de setting van de huisarts en dient als aanzet tot verder onderzoek naar de huisarts als second victim bij PVI's.

Conclusie

Een grote meerderheid van huisartsen en HAIO's maakte ooit een PVI door. Een PVI met blijvende schade voor de patiënt of overlijden van de patiënt tot gevolg kwam bij een beduidend deel van de artsen voor. Er werden veel negatieve gevolgen van het PVI gemeld, waaronder ook enkele ernstige, waaruit blijkt dat de impact ervan belangrijk is. In België zijn er enkele studies gedaan naar dit fenomeen in het ziekenhuismilieu, echter de huisartsen zijn buiten beschouwing gelaten. De data in deze studie bevestigen de hypothese dat ook in de eerste lijn artsen vaak een second victim worden na een PVI. Wereldwijd is het fenomeen van second victim bekend aan het raken binnen de gezondheidszorgorganisaties. Het aantal publicaties hieromtrent neemt de laatste jaren duidelijk toe. Er ontbreken echter kwantitatieve data over enerzijds het voorkomen van PVI's en anderzijds het voorkomen en de gevolgen van het second victim syndroom bij huisartsen. Dit onderzoek dient als pilootstudie om ook bij huisartsen in België hieromtrent meer inzicht te verwerven.

Bibliografie

1. Wu AW. Medical error: The second victim. Western Journal of Medicine. 2000;172(6):358–9.
2. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth: Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J Gen Intern Med. 1997;12(12):770–5.
3. 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 Jun;16(2):e51–60.
4. White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: Is "just culture" a reality? An integrative review. Appl Nurs Res. 2020 Dec;56:151319.
5. Russ MJ. Correlates of the Third Victim Phenomenon. Psychiatr Q. 2017 Dec;88(4):917–20.
6. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. Adv Med Educ Pract. 2019;10:593–603.
7. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The Second Victim: A Review. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. 2017;213:11–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002
8. Tartaglia A, Matos MAA. Second victim: after all, what is this? Vol. 18, Einstein (Sao Paulo, Brazil). 2020. p. eED5619.
9. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18(5):325–30.
10. Van Gerven E. Health Professionals As Second Victims of Patient Safety Incidents: Impact on Functioning and Well-Being. 2016;61.
11. Vanhaecht K, Zeeman G, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, et al. Peer support by interprofessional health care providers in aftermath of patient safety incidents: A cross-sectional study. J Nurs Manag. 2021 Oct 1;29(7):2270–7.
12. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. Eval Health Prof. 2013;36(2):135–62.
13. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. Int Nurs Rev. 2017 Jun;64(2):242–62.
14. Heiss K, Clifton M. The unmeasured quality metric: Burn out and the second victim syndrome in healthcare. Semin Pediatr Surg. 2019 Jun;28(3):189–94.
15. Gupta K, Lisker S, Rivadeneira NA, Mangurian C, Linos E, Sarkar U. Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM). BMJ Qual Saf. 2019 Jul;28(7):564–73.
16. Uyttendaele I. Aansprakelijkheid en medische ongevallen. Fault, no fault, or…? Orde der artsen. 2000;

17. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. J Patient Saf. 2017 Jun;13(2):93–102.

18. Schrøder K, Janssens A, Hvidt EA. Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims. Soc Sci Med. 2021 Jan;268:113598.

19. Chung AS, Smart J, Zdradzinski M, Roth S, Gende A, Conroy K, et al. Educator Toolkits on Second Victim Syndrome, Mindfulness and Meditation, and Positive Psychology: The 2017 Resident Wellness Consensus Summit. West J Emerg Med. 2018 Mar;19(2):327–31.

20. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. BMJ Open. 2016 Sep;6(9):e011708.

21. Arts In Nood. SECOND VICTIM [Internet]. Available from: https://www.artsinnood.be/kennis/domeinen/second-victim/

22. Agentschap Zorg & Gezondheid. Huisartsenkringen [Internet]. https://www.zorg-en-gezondheid.be/huisartsenkringen. 2021 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/huisartsenkringen

23. Vlaamse Overheid. Sociale Kaart [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://www.desocialekaart.be/

24. Mankaka CO, Waeber G, Gachoud D. Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study [Internet]. 2014. Available from: http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/140

25. McLennan SR, Engel-Glatter S, Meyer AH, Schwappach DLB, Scheidegger DH, Elger BS. The impact of medical errors on Swiss anaesthesiologists: A cross-sectional survey. Acta Anaesthesiol Scand. 2015 Sep 1;59(8):990–8.

26. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Serv Res. 2015 Apr 9;15(1).

27. 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 Jun;16(2):e61–74.

28. Mitzman J, Jones C, McNamara S, Stobart-Gallagher M, King A. Curated Collection for Educators: Five Key Papers About Second Victim Syndrome. Cureus. 2019 Mar;11(3):e4186.

29. Kris Vanhaecht DSLSLBECMPGZ. Duration of second victim symptoms in the aftermath of patient safety incidents and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. BJM Open. 2019;

30. Hengeveld MW, van Balkom AJLM, van Heeringen C, Sabbe BGC. Leerboek Psychiatrie. 3rd ed. 2016.

31. Mahieu T; MPJ; HM; LM; PJ; VHH; V v. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. 2018.

32. Hauk L. Understanding the second victim recovery process. Vol. 107, AORN journal. United States; 2018. p. P4.

Bijlage 1: vragenlijst onderzoek second victim

Hartelijk welkom bij deze enquête over de arts als second victim bij patiëntveiligheidsincidenten (PVI). Wij, Esther Stouten en Laurens Neyens, zijn twee huisartsen in opleiding die op dat onderwerp verder willen bouwen in onze masterthesis. Net zoals in de ziekenhuizen kunnen huisartsen ook slachtoffer worden van een PVI, maar in tegenstelling tot de ziekenhuiscontext zijn er geen cijfers over de Vlaamse huisartsen bekend. De gevolgen van incidenten kunnen nochtans groot zijn. Uit een doctoraatthesis van Van Gerven et al. (2016) bleek dat in Belgische ziekenhuizen 9% van artsen, verpleegkundigen en vroedkundigen de laatste 6 maanden een PVI doormaakte. 60% daarvan ondervond daardoor problemen op professioneel en/of persoonlijk vlak. In een levenslange carrière wordt bijna de helft van de hulpverleners slachtoffer. In de huisartsenpraktijk zal dat vermoedelijk niet anders liggen.

Deze vragenlijst zal volledig anoniem verwerkt worden.

Deel 1

1. Bent u praktiserend huisarts of huisarts in opleiding (HAIO)?
    - Praktiserend huisarts
    - HAIO
2. In welke provincie bent u werkzaam?
    - Antwerpen
    - Brussel
    - Limburg
    - Oost-Vlaanderen
    - Vlaams-Brabant
    - West-Vlaanderen
3. Wat is uw leeftijd? …
4. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

5. Hoeveel jaren ervaring hebt u als huisarts? …
6. In welk soort praktijk bent u werkzaam?
    - Solo-praktijk
    - Duo-praktijk
    - Groepspraktijk
    - Wijkgezondheidscentrum
7. Hoe werkt u in teamverband?
    - Er vindt teamoverleg plaats en er is ruimte voor ondersteuning.
    - Er vindt teamoverleg plaats, maar dat gebeurt enkel functioneel.
    - Er vindt geen teamoverleg plaats, maar er is ruimte voor ondersteuning.
    - Ik werk niet in teamverband.
8. Wanneer u zich bezorgd of gestresseerd voelt over een bepaald werk-gerelateerd probleem, welke manier van omgaan met dit probleem past het beste bij u?
    - Ik probeer het probleem steeds zelf op te lossen.
    - Ik overleg alleen met collega('s) indien ik het probleem niet zelf heb kunnen oplossen.
    - Ik overleg steeds met collega('s) en zoek in samenwerkingsverband een oplossing.
9. Zou u zichzelf als optimistisch of pessimistisch omschrijven?
    - Optimistisch
    - Pessimistisch
10. Hoe hoog schat u uw verantwoordelijkheidsgevoel in?
    - Zeer hoog

- Hoog
- Matig
- Laag

Deel 2: Betrokkenheid bij het incident

Vanaf hier willen we verder gaan op uw ervaring met patiëntveiligheidsincidenten (PVI). **Een PVI is een (onbedoelde) gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.** Denk aan een medische of verpleegkundige fout, vergissing, communicatiefout, te laat ingrijpen, een gemiste diagnose, etc. U voelt zich mogelijk medeverantwoordelijk voor deze situatie.

Een PVI is dus niet hetzelfde als een *ingrijpende gebeurtenis* zoals een traumatische ervaring door het zien van een zwaar ongeval, prikaccident, overlijden van een patiënt of collega. In deze vragenlijst wordt gevraagd naar uw betrokkenheid bij een PVI. De vragenlijst gaat niet over uw betrokkenheid bij ingrijpende gebeurtenissen.

Wij willen u er graag aan herinneren dat deze vragenlijst volledig anoniem verwerkt zal worden. Op basis van uw antwoorden willen wij de ondersteuning aan huisartsen en huisartsen in opleiding die betrokken zijn bij een PVI in kaart brengen met als doel om de ondersteuning voor hen te kunnen optimaliseren. Daarom is het belangrijk dat u zo eerlijk mogelijk op de vragen antwoordt. Wij danken u alvast voor uw tijd en medewerking.

1. Was u tijdens uw **<u>volledige carrière PERSOONLIJK BETROKKEN</u>** bij een patiëntveiligheidsincident? Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit betrokken	1 keer betrokken	2 – 5 keer betrokken	> 5 keer betrokken
PVI zonder schade	◯	◯	◯	◯
PVI met tijdelijke schade	◯	◯	◯	◯
PVI met blijvende schade	◯	◯	◯	◯
PVI met overlijden tot gevolg	◯	◯	◯	◯

2. Was u tijdens de **afgelopen 12 maanden PERSOONLIJK BETROKKEN** bij een patiëntveiligheidsincident?

   Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit betrokken	1 keer betrokken	2 – 5 keer betrokken	> 5 keer betrokken
PVI zonder schade	◯	◯	◯	◯
PVI met tijdelijke schade	◯	◯	◯	◯
PVI met blijvende schade	◯	◯	◯	◯
PVI met overlijden tot gevolg	◯	◯	◯	◯

3. Welke soort PVI maakte u door tijdens de **afgelopen 12 maanden**? (meerdere opties mogelijk)
   - PVI met impact op de fysieke integriteit van de patiënt
   - PVI met impact op de psychosociale integriteit van de patiënt
   - PVI zonder impact op de patiënt

Deel 3: Gevolgen van het incident

De volgende vragen gaan over de gevolgen die het patiëntveiligheidsincident bij u teweegbracht. Denk hierbij aan **het PVI dat u het meest is bijgebleven** in uw carrière als huisarts (in opleiding).

1. Denk aan het PVI dat u het meest is bijgebleven in uw carrière als huisarts. Welk soort PVI was dit?
   - PVI met impact op de fysieke integriteit van de patiënt
   - PVI met impact op de psychosociale integriteit van de patiënt
   - PVI zonder impact op de patiënt

2. Geef van de volgende symptomen aan hoe lang u deze in de periode na het incident heeft ondervonden:

   (duid de periode aan die het dichtst in de buurt komt met uw gevoel)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Nooit	Enkele uren	Een dag	Een week	Een maand	2-6 maanden	6-12 maanden	Meer dan 1 jaar
Angstig voelen	○	○	○	○	○	○	○	○
Schaamte	○	○	○	○	○	○	○	○
Hyperalert & verhoogde waakzaamheid	○	○	○	○	○	○	○	○
Onder druk staan / stress	○	○	○	○	○	○	○	○
Herbeleven van het incident (flashback)	○	○	○	○	○	○	○	○
Twijfelen aan eigen kennis en kunde	○	○	○	○	○	○	○	○
Schuldgevoel	○	○	○	○	○	○	○	○
Concentratieproblemen	○	○	○	○	○	○	○	○
Sociale isolatie	○	○	○	○	○	○	○	○
Middelenmisbruik	○	○	○	○	○	○	○	○
Suïcidegedachten	○	○	○	○	○	○	○	○

3. Bent u tijdelijk werkonbekwaam geweest?
    - Nee
    - Ja, gedurende minder dan 2 weken
    - Ja, gedurende 2 weken tot 1 maan
    - Ja, langer dan 1 maand
4. Geef aan welke **positieve gevolgen** u ervaarde in de nasleep van het incident:

	Helemaal oneens	Oneens	Eerder Oneens	Eerder Eens	Eens	Helemaal eens
Ik was waakzamer en/of had meer aandacht voor details.	○	○	○	○	○	○
Bij twijfel vroeg ik sneller of meer advies aan collega's.	○	○	○	○	○	○
Ik zocht extra literatuur of achtergrondinformatie op.	○	○	○	○	○	○
Ik kon meer incidenten of het risico op incidenten melden of bespreekbaar maken.	○	○	○	○	○	○
Ik ging meer participeren in kwaliteit en verbeterende acties.	○	○	○	○	○	○
Naar aanleiding van dit incident zijn er structurele verbeteracties ingezet.	○	○	○	○	○	○

OPEN VRAAG: Welke andere **positieve gevolgen** heeft u in de nasleep van het incident ervaren?

…

Deel 4: Openheid

De volgende vragen gaan nog steeds over **<u>het PVI dat u het meest is bijgebleven</u>** in uw carrière als huisarts (in opleiding).

1. Voelde u zich schuldig over wat gebeurd is? JA / NEE
2. Heeft iemand u aangeraden u te verontschuldigen bij de patiënt en/of familie? JA / NEE
3. Heeft u een open gesprek gehad met de patiënt en/of familie? JA / NEE

4. Indien **JA**:

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Het gesprek verliep vlot en sereen.	○	○	○	○	○	○
Er werd voldoende gesproken over mijn persoonlijke betrokkenheid.	○	○	○	○	○	○
Ik heb het gevoel mij voldoende te hebben verontschuldigd bij de patiënt en/of familie.	○	○	○	○	○	○
Ik heb het gevoel dat de patiënt en/of familie de verontschuldiging heeft aanvaard.	○	○	○	○	○	○
Ik zou willen weten of de patiënt mij vergeven heeft.	○	○	○	○	○	○
Ik heb mezelf vergeven voor het deel van het incident waar ik bij betrokken was.	○	○	○	○	○	○
Weten dat de patiënt mij vergeven heeft zou mij helpen om mij beter te voelen.	○	○	○	○	○	○

5. Indien **NEE**:

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord	Helemaal akkoord
Ik heb spijt dat ik geen gesprek heb gehad met de patiënt en/of familie.	○	○	○	○	○	○
Ik heb spijt dat ik me niet persoonlijk verontschuldigd heb bij de patiënt.	○	○	○	○	○	○
Ik zou willen weten of de patiënt mij vergeven heeft.	○	○	○	○	○	○
Ik heb mezelf vergeven voor het deel van het incident waar ik bij betrokken was.	○	○	○	○	○	○
Weten dat de patiënt mij vergeven heeft zou mij helpen om mij beter te voelen.	○	○	○	○	○	○

Deel 5: Ondersteuning na het incident

In dit deel willen we nagaan aan welke ondersteuning of informatie u behoefte had na het PVI. We blijven bij het specifiek incident dat u het meest is bijgebleven.

1. Welke ondersteuning of informatie had u nodig? Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Geen behoefte	Een beetje behoefte	Veel behoefte
Erkenning van het probleem, zodat men het niet onder het tapijt veegt.	○	○	○

"ontschuldiging" – een collega die zegt dat het iedereen had kunnen gebeuren.	◯	◯	◯
Inhoudelijke duidelijkheid: wat is er gebeurd en hoe kon dit gebeuren?	◯	◯	◯
Informatie over de afhandeling van dit incident: wat gaat/moet er nu gebeuren?	◯	◯	◯
Extra begeleiding op de eigen werkvloer (vb. iemand aan wie u advies kan vragen, u begeleidt, …)	◯	◯	◯
Time-out / tijd vrijaf / verlof	◯	◯	◯

2. Mogelijk wilde u dit incident met bepaalde personen bespreken. Hoeveel behoefte had u om dit te bespreken met onderstaande personen en wat was uw ervaring? We blijven bij hetzelfde incident dat u het meest bijgebleven is. Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Heb er niet mee gepraat, maar wel behoefte aan	Heb er niet mee gepraat want geen behoefte aan	Heb er mee gepraat maar dit was geen positieve ervaring	Heb er mee gepraat en dit was een positieve ervaring
Met eigen collega's in de praktijk	◯	◯	◯	◯
Collega's die iets gelijkwaardigs hebben meegemaakt	◯	◯	◯	◯
Met andere betrok-ken hulpverleners	◯	◯	◯	◯
Neutraal persoon via een organisatie	◯	◯	◯	◯

zoals Arts in Nood / Doctors voor Doctors				
Psycholoog of professioneel opgeleide ondersteuner in de eigen organisatie	○	○	○	○
Huisarts	○	○	○	○
Vrienden/naasten buiten de organisatie	○	○	○	○
Partner	○	○	○	○
Patiënt en/of betrokken familie	○	○	○	○

3. Vindt u dat er in uw praktijk of netwerk een gezonde sfeer is om incidenten te melden en te bespreken? JA/NEE/n.v.t.

4. Ervaart u moeilijkheden of drempels om incidenten te melden aan de patiënt of collega's? JA/NEE

5. Is er na het incident een verandering geweest in bespreekbaarheid van een PVI in uw praktijk of netwerk? JA/NEE/n.v.t.

6. Is er na het incident een verbetering geweest in preventie van PVI in uw praktijk of netwerk? JA/NEE/n.v.t.

7. OPEN VRAAG: Is er binnen uw praktijk een systematische vorm van ondersteuning mogelijk en zou u hierop beroep doen? Vul hier uw antwoord in: …

Bijlage 2: standaard e-mailbericht voor huisartsenkringen

Geachte,

Als onderwerp voor onze masterthesis onderzoeken wij, Esther Stouten en Laurens Neyens, 2e jaar HAIO aan de KULeuven, de prevalentie van de huisarts en huisarts in opleiding als 'second victim' of tweede slachtoffer bij een patiëntveiligheidsincident. Ook onderzoeken we de ervaringen en gevolgen van zo'n incident en hoe artsen ermee omgaan. Zou u ons kunnen helpen met het verspreiden van de onderstaande e-mailboodschap met de link naar de vragenlijst binnen uw huisartsenkring? Alvast erg bedankt voor uw antwoord.

Met vriendelijke groeten,

Esther Stouten en Laurens Neyens
2e jaar HAIO KULeuven

Hieronder vindt u de betreffende boodschap die we zouden willen meegeven. Een informatiebrief wordt ten slotte bijgevoegd in bijlage.

Beste dokter of dokter in opleiding,
Graag zouden wij u om uw medewerking willen vragen in kader van onderzoek voor onze masterthesis. Wij zijn Esther Stouten en Laurens Neyens, huisartsen in opleiding verbonden aan de KULeuven, en het betreffende onderzoek gaat over de huisarts als ‘second victim’ of tweede slachtoffer bij patiëntveiligheidsincidenten. Met behulp van een vrijblijvende vragenlijst willen we peilen naar het voorkomen van patiëntveiligheidsincidenten, uw ervaringen daarmee en de gevolgen daarvan. In de bijlage vindt u een informatiebrief met de details van de studie (MP018584). Deze studie is goedgekeurd door Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven.
Via de volgende link kunt u naar de vragenlijst
gaan: https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_aWaYeaX2JCVzgIS
De enquête is volledig anoniem en bestaat uit 28 vragen. U heeft tijd om deel te nemen tot en met 31 maart 2022.

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd en medewerking!
Met vriendelijke groeten,
Esther Stouten en Laurens Neyens

Huisartsen in Opleiding
KULeuven

Bijlage 3: Univariate analyse

Demografische gegevens (totaal aantal antwoorden)	aantal antwoorden	Percentueel aantal (%)	Gemiddelde (in jaren)	SD	Std. Fout
Totaal	**78**				
Functie					
Praktiserend huisarts	59	75,64			
HAIO	19	24,36			
Provincie van werkzaamheid					
Antwerpen	18	23,08			
Brussel	5	6,41			
Limburg	19	24,36			
Oost-Vlaanderen	16	20,51			
West-Vlaanderen	8	10,26			
Vlaams-Brabant	11	14,1			
Leeg	1	1,28			
Leeftijd			38,59	13,97	1,58
25 jaar of jonger	8	10,26			
26-35	37	47,44			
36-45	9	11,54			
46-55	11	14,1			
> 55 jaar	13	16,67			
Geslacht					
Man	21	26,92			
Vrouw	57	73,08			
Jaren van ervaring			12,4	13,28	1,5
Soort praktijk					
Duo-praktijk	11	14,1			
Groepspraktijk	45	57,69			
Solo-praktijk	18	23,08			
Wijkgezondheidscentrum	4	5,13			
Werking in teamverband					
Teamoverleg en ondersteuning	47	60,26			

Teamoverleg, enkel functioneel	14	17,95
Geen teamoverleg, wel ondersteuning	5	6,41
Geen werking in teamverband	12	15,38
Manier van omgang met een werk-gerelateerd probleem		
Steeds overleg met collega's	28	35,9
Overleg na poging tot alleen oplossen van het probleem	40	51,28
Zelf het probleem oplossen	10	12,82
Ziet u zichzelf als optimistisch of pessimistisch?		
Optimistisch	58	74,36
Pessimistisch	20	25,64
Verantwoordelijkheidsgevoel		
Zeer hoog	45	57,69
Hoog	30	38,46
Matig	2	2,56
Laag	1	1,28

Bijlage 4: Definitief gunstig advies Ethisch Comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP018584
Uw kenmerk: Masterproef studie: De huisarts als second victim bij patiëntveiligheidsincidenten
Leuven, 21-12-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Laurens Neyens, Esther Stouten

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 21-12-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring) Het betreft een anonieme, kwantitatieve online bevraging bij huisartsen (HA) en HA in opleiding met doel de prevalentie van patiëntveiligheidsincidenten bij HA in kaart te brengen in de afgelopen twaalf maanden. Vervolgens wordt nagegaan op welke manier het incident de huisarts heeft beïnvloed op psychosociaal en professioneel vlak (second victim effect). Het protocol is degelijk opgesteld met voldoende aandacht voor haalbare rekrutering, respecteren van GDPR, veilige opslag van de data en informed consent. De Commissie heeft geen bezwaren bij deze studie.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 30-11-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP018584
Your reference: Master's thesis study: De huisarts als second victim bij patiëntveiligheidsincidenten
Leuven, 21-12-2021

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Birgitte Schoenmakers
Dear Laurens Neyens, Esther Stouten

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 21-12-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring) Het betreft een anonieme, kwantitatieve online bevraging bij huisartsen (HA) en HA in opleiding met doel de prevalentie van patiëntveiligheidsincidenten bij HA in kaart te brengen in de afgelopen twaalf maanden. Vervolgens wordt nagegaan op welke manier het incident de huisarts heeft beïnvloed op psychosociaal en professioneel vlak (second victim effect). Het protocol is degelijk opgesteld met voldoende aandacht voor haalbare rekrutering, respecteren van GDPR, veilige opslag van de data en informed consent. De Commissie heeft geen bezwaren bij deze studie.

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the EducationalSupport Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities

with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 30-11-2021 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson

Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage 5: Goedgekeurd protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING AN ANONYMOUS SURVEY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	De huisarts als second victim bij patiëntveiligheidsincidenten
Version 1: Date submission	Date:14/11/2021
Principal Investigator – Promotor	Name: Birgitte Schoenmakers
	Telephone: +32 16 37 72 90
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: Kris Vanhaecht
	Telephone: +32 16 37 77 60
	Email: kris.vanhaecht@kuleuven.be

The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Esther Stouten
	Student number: r0842581
	Telephone: +32 484 24 88 24
	Email: esther.stouten@gmail.com
	Name: Laurens Neyens
	Student number: r0716409
	Telephone: +32 496 96 12 47
	Email: laurens.neyens@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

De patiënt is het eerste slachtoffer van een patiëntveiligheidsincident, de zorgverlener is het secundaire slachtoffer. Albert Wu (professor in gezondheid en management aan de Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) beschreef dit fenomeen in een paper uit 2000.[1] Uit voorgaand onderzoek bleek dat artsen, vroedvrouwen en verpleegkundigen die een incident meemaakten dat schade berokkende aan een patiënt vatbaarder waren voor negatieve psychologische en professionele gevolgen (negatieve gedachten, depressie, burn-out, uitputting, werkverlet…). [2–8] Daarnaast is onderzocht op welke manier zorgverleners omgaan met het slachtofferschap (bv. verandering van werkattitude, meer op details letten, nauwer opvolgen van richtlijnen…).[5,9–11] In tegenstelling tot de ziekenhuissetting, werden er in de literatuur geen studies gevonden met betrekking tot dit onderwerp in de huisartsenpraktijk. Aangezien de prevalentie van een patiëntveiligheidsincident in een studie van Van Gerven et al. (2016) voor artsen 14% was in een periode van twaalf maanden, wordt verwacht dat ook bij huisartsen het voorkomen en de gevolgen ervan een significant probleem vormen.[12] Ons onderzoek spitst zich dan ook toe op het voorkomen van de huisarts als ‘second victim’ en welke gevolgen dat heeft op psychologisch vlak en op het professioneel functioneren.

3. STUDY OBJECTIVES

Deze studie heeft als doel de prevalentie van patiëntveiligheidsincidenten bij huisartsen en huisartsen in opleiding in kaart te brengen in de afgelopen twaalf maanden. Vervolgens wordt nagegaan op welke manier het incident de huisarts heeft beïnvloed op psychosociaal en professioneel vlak.

4. RESEARCH METHOD

Literatuuronderzoek
Een literatuuronderzoek in de databanken van ‘Pubmed’, ‘Embase’, ‘Cochrane library’ en ‘Trip Database’ werd uitgevoerd op basis van volgende PICO:

- Populatie: huisartsen en huisartsen in opleiding in Vlaanderen
- Interventie: het voorkomen van een patiëntveiligheidsincident (PVI) in het laatste jaar
- Comparison/vergelijking: het niet voorkomen van een PVI in het laatste jaar

- Outcome: een beschrijving van de prevalentie van PVI's, psychosociale en professionele gevolgen en vergelijking ervan tussen geslachten, verschillende groepen van ervaringsjaren en regio's

De zoektermen waren: 'second victim', 'general practice', 'family doctor', 'patient safety incident', 'medical error', 'adverse events', 'prevalence' en 'recovery'. Artikels werden gescreend op basis van titel, abstract en volledige tekst in respectievelijke volgorde. 29 artikels werden op basis van volledige tekst geïncludeerd. Inclusiecriteria waren: definiëring van de term 'second victim', artikels met artsen als onderzoekspopulatie, studies die de prevalentie van het second victim syndroom onderzochten, studies die de copingstrategie van zorgverleners na een PVI onderzochten en onderzoeken naar de zorgcultuur en hulpprogramma's in kader van het second victim syndroom. Enkel Engels- en Nederlandstalige artikels werden geïncludeerd. Artikels ouder dan vijf jaar werden niet in de studie opgenomen, hoewel enkele oudere artikels essentieel waren om de evolutie van de term 'second victim' te begrijpen.[1,5,13,14] Nog zeven artikels werden via een snowballing-methode gevonden en geïncludeerd.

Opstelling vragenlijst

Een online bevraging wordt opgesteld volgens de onderzoeksvraagstelling en ontwikkeld in samenwerking met prof. Kris Vanhaecht en uitgevoerd in het programma Qualitrics. De vragenlijst is onderaan bijgevoegd. De demografische vragen hebben als doel onze populatie beter in kaart te brengen. In de hoofdvraag wordt het voorkomen van een PVI in het voorbije jaar gepeild. De volgende vragen in verband met betrokkenheid bij een incident, de gevolgen hiervan en de ondersteuning na het incident zijn grotendeels gebaseerd op de bevraging zoals bij Van Gerven et al. In 2016. Vervolgens zal de bevraging worden verstuurd: huisartsen en huisartsen in opleiding in het Vlaamse gewest in België.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Inclusiecriteria voor deelnemende artsen zijn: artsen die actief zijn en het voorbije jaar actief waren in de uitoefening van het huisartsenberoep, HAIO's die minstens één jaar werkzaam zijn in het huisartsenberoep.

Exclusiecriteria voor deelnemende artsen zijn: huisartsen of HAIO's die het voorbije jaar minder dan zes maanden werkzaam waren, HAIO's die hun eerste jaar nog moeten voltooien.

Er worden geen kandidaten uit de studie weggelaten op basis van leeftijd, geslacht of andere persoonlijke kenmerken.

5.2 Sample size and population

De populatie bestaat uit alle erkende huisartsen en huisartsen in opleiding professioneel werkzaam in Vlaanderen. In de jaartelling van 2018 waren dit 10.044 artsen.[15] Voor een 95% betrouwbaarheidsinterval komt dit overeen met een steekproefgrootte van 370. Rekening houdend met een geschat responspercentage van 20% komt dit neer op het uitsturen van minstens 1850 enquêtes. Zo veel mogelijk artsen van de populatie worden gemaild met de vraag de enquête in te vullen zodat een responspercentage van 5% voldoende zou zijn om een adequate steekproefgrootte te bekomen.

5.3 Recruitment

Onderzoekers zullen de deelnemers via huisartsenkringen en eigen netwerken uitnodigen tot deelname aan de studie via e-mail. Bij de start van de vragenlijst zal de deelnemer de informatiebrief te lezen krijgen waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de

mogelijke externe financiering van het onderzoek. Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor de keuze tot deelname, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres…) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers.
De vragenlijst (zie bijlage) wordt ontwikkeld in Qualitrics en via een hyperlink verspreid naar huisartsen, waarvan gegevens zullen worden gezocht via de volgende instellingen:

- Domus Medica: de voornaamste instelling ter ondersteuning van huisartsen(kringen) in preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen
- ‘t Hop of ‘Huisarts in opleiding (HAIO) OverlegPlatform’: een vzw die HAIO’s in Vlaanderen en Brussel ondersteunt en hen vertegenwoordigt in diverse bestuursorganisaties en overlegcomités
- ICHO of ‘Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding’: het bestuursorgaan dat de master-na-masteropleiding van HAIO’s voorziet en werd opgericht door de 4 grote Vlaamse universiteiten KU Leuven, Universiteit Antwerpen, Universiteit Gent en de Vrije Universiteit Brussel.
- De Orde der Artsen: de verzameling van 10 provinciale raden, een Franstalige en een Nederlandstalige raad van beroep en de nationale raad. Alle artsen zijn verplicht zich in te schrijven bij één provinciale raad. De orde oefent een tuchtrechtelijke macht uit en houdt toezicht op de deontologisch juiste beroepsuitoefening door artsen.

5.4 Expected duration

De huisartsen worden in het voorjaar van 2022 per mail tweemaal uitgenodigd om deel te nemen aan de vragenlijsten en hebben drie maanden de tijd om deze in te vullen. Het invullen zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen. Een eerste mail zal verstuurd worden op woensdag 5 januari 2022 en vervolgens een herhalingsmail op woensdag 2 maart 2022 De verzameling van gegevens wordt afgesloten op donderdag 31 maart 2022 24u00. De resultaten komen in de anonieme databank van Qualitrics terecht en zullen verder anoniem verwerkt worden.

6. ANALYSIS

De resultaten van de enquête worden verzameld en op een descriptieve manier beschreven. Demografische gegevens (geslacht, ervaringsjaren, regio, soort praktijk, werking in teamverband, omgang met stresssituaties, optimisme, verantwoordelijkheidsgevoel) zullen in een tabel worden ingedeeld. De prevalentie van een PVI in het laatste jaar (/100 artsen) wordt berekend. Negatieve gevoelens en psychosociale en professionele problemen die bevraagd worden in de enquête zullen vergeleken worden met χ^2-analyse om verschillen tussen artsen die een PVI doormaakten en artsen die geen PVI doormaakten. Analyse met one-way-ANOVA zal gebruikt worden om de correlatie tussen verschillende demografische karakteristieken enerzijds en de gevolgen van het PVI anderzijds te onderzoeken:

- Vergelijking van de verschillende negatieve gevoelens voor beide geslachten
- Vergelijking van de verschillende negatieve gevoelens tussen huisartsen en huisartsen in opleiding
- Vergelijking van de verschillende negatieve gevoelens voor de verschillende soorten praktijken

- Vergelijking van verschillende psychosociale en professionele gevolgen van een PVI voor beide geslachten
- Vergelijking van verschillende psychosociale en professionele gevolgen van een PVI tussen huisartsen en huisartsen in opleiding
- Vergelijking van verschillende psychosociale en professionele gevolgen van een PVI voor de verschillende soorten praktijken

De negatieve gevoelens zijn angstgevoel, schaamte, schuldgevoel, hyperalertheid en verhoogde waakzaamheid, onder druk staan/stress
De psychosociale en professionele gevolgen zijn concentratiestoornissen, flashbacks, twijfelen aan eigen capaciteiten, tekenen van post-traumatisch stresssyndroom, vermijden van patiëntenzorg, sociale isolatie, burn-out, middelenmisbruik, suïcidegedachten.
Standaardisatie voor de verschillende categorieën van persoonlijke karakteristieken gebeurde per categorie. Een tweezijdige P-waarde <0.05 werd als statistisch significant beschouwd.
Door de gegevens te anonimiseren en vervolgens te verwerken als een beschrijvende studie zonder voorafgaande verwachtingen, wordt het risico op bias geminimaliseerd. Een selectiebias wordt vermeden door een zo groot mogelijke populatie van Vlaamse huisartsen te nemen en de bevraging via meerdere kanalen (Domus Medica, het ICHO, 't Hop) te versturen. Een response bias wordt vermeden door de enquête simpel en niet te exhaustief te maken. De kans op recall bias wordt zo klein mogelijk gehouden door de bevraging van het PVI specifiek op te stellen en zo de ruimte voor interpretatie te minimaliseren.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Voor de verzameling en opslag van data maken we gebruik van: een project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via de promotor of begeleider.
Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie (namelijk demografische gegevens, betrokkenheid bij een PVI en karakteristieken van dat PVI, persoonlijke gevolgen van het PVI en ondersteuningsmaatregelen na het PVI) worden verzameld. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er zullen geen persoonsgegevens worden verzameld. De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zoniet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt. Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents. In order to ensure the confidentiality of this Information and the

privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, **the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected** and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is **relevant** and **necessary** for his / her Master's thesis;*
- *He / she will **not share information** with persons not directly involved within the framework of his / her research; only the **investigator, possible group members** and his/her **supervisor** will have access to the data*
- *He / she will take **all necessary steps** to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with **care and responsibility** the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*
- *He/ she will discuss the **confidentiality**, **storage** and **sharing** of files with his/her supervisor.*
- *He / she will take all necessary steps to **prevent (re-)identification of participants**. Even when working with anonymous data, precautions will be taken in order to minimize the risk of re-identification.*
- *Wherever possible, he/she will use a **project based or team based storage location** for storing and exchanging data. He/she will contact his/her supervisor to discuss the possibility of using an internal or external service of KU Leuven or UZ Leuven to save data. If not possible, he/she will use OneDrive for Business, provided by KU Leuven, REDCap,provided by KU Leuven and UZ Leuven, or a password protected device for storing collected data. Applications such as **Google Drive, a personal OneDrive (except OneDrive for Business, provided by KU Leuven) or WeTransfer will be avoided at all times**.*
- *He/she will always encrypt confidential information and files with a **password**, **two-step verification** or **specialized program** such as 7-Zip or AEScrypt.*
- *When sharing a copy of strictly confidential data, he/she will always **encrypt** the data with a secure password or unique code. For sharing large files, a **secure application** such as Belnet Filesender will be used.*
- *In the event of a **data breach** he/she will immediately contact his/her supervisor*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study

Since this study will not collect any personal data and the GDPR does not apply to anonymous data, ***no separate privacy application should be submitted for this type of studies.*** *When approval is given by the Ethics Committee, this application can be considered as in accordance with the GDPR. There is no objection to start the processing operations.*

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Een mogelijke negatieve bijwerkingen van de studiebevraging is het oprakelen van traumatische gebeurtenissen die plaatsvonden in het kader van een PVI. Contactgegevens van de promotor zijn in de informatiebrief terug te vinden als een deelnemer van de vragenlijst nood heeft aan verdere informatie rond de studie of nood heeft aan verdere hulp nodig na het deelnemen aan de vragenlijst.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. Wu AW. Medical error: The second victim. West J Med. 2000;172(6):358–9.
2. White RM, Delacroix R. Second victim phenomenon: Is “just culture” a reality? An integrative review. Appl Nurs Res. december 2020;56:151319.
3. Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. Adv Med Educ Pract. 2019;10:593–603.
4. Tartaglia A, Matos MAA. Second victim: after all, what is this? Vol. 18, Einstein (Sao Paulo, Brazil). 2020. p. eED5619.
5. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, e.a. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. Eval Heal Prof. 2013;36(2):135–62.
6. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. Int Nurs Rev. juni 2017;64(2):242–62.
7. Heiss K, Clifton M. The unmeasured quality metric: Burn out and the second victim syndrome in healthcare. Semin Pediatr Surg. juni 2019;28(3):189–94.

8. Gupta K, Lisker S, Rivadeneira NA, Mangurian C, Linos E, Sarkar U. Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM). BMJ Qual Saf. juli 2019;28(7):564–73.

9. 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. juni 2020;16(2):e51–60.

10. Schrøder K, Janssens A, Hvidt EA. Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims. Soc Sci Med. januari 2021;268:113598.

11. Mitzman J, Jones C, McNamara S, Stobart-Gallagher M, King A. Curated Collection for Educators: Five Key Papers About Second Victim Syndrome. Cureus. maart 2019;11(3):e4186.

12. Van Gerven E. Health Professionals As Second Victims of Patient Safety Incidents: Impact on Functioning and Well-Being. 2016;61.

13. Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP. To tell the truth: Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. J Gen Intern Med. 1997;12(12):770–5.

14. O'Beirne M, Sterling P, Palacios-Derflingher L, Hohman S, Zwicker K. Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff. J Am Board Fam Med. 2012;25(2):177–83.

15. FOD Volksgezondheid. Jaarstatistieken. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2019. 1689–1699 p.

Bijlage 6: Persoonlijke reflecties

Esther Stouten

Verloop van het groepsproces en persoonlijk aandeel

Toen de keuzes beschikbaar kwamen voor de thesisonderwerpen, heb ik direct aan Laurens gevraagd of hij het zag zitten om samen een thesis te schrijven. Ik vind samenwerken altijd aangenamer omdat er dan meerdere inzichten zijn die samen komen met meestal een beter eindproduct tot gevolg. Laurens en ik hebben samen ook de bachelorproef geschreven. Dit was toen in een groep van vier studenten. In de bacheloropleiding hebben Laurens en ik al veel samengewerkt en we zijn ook nadien goede vrienden gebleven. Ik wist dus al dat samenwerken aan een thesis met Laurens een goed idee was. We vullen elkaar goed aan. Daarbij vind ik het aangenaam om elkaar te motiveren. Op die manier gaat het werk vaak beter vooruit dan dat je er alleen voor staat. Toen duidelijk was dat we met ons twee een thesis zouden schrijven, moest het onderwerp nog gekozen worden. Dit hebben we als volgt aangepakt. We schreven elk apart alle onderwerpen op die ons interessant leken. Deze lijst hebben we dan vergeleken. Omdat onze interesses nogal goed overeen komen, kwamen hier een heleboel gemeenschappelijke onderwerpen uit. Hieruit hebben we dan een top drie opgesteld. Uiteindelijk kregen we het onderwerp "de huisarts als second victim". Beide waren we enorm enthousiast over dit onderwerp.

We hebben het werk altijd zo goed mogelijk proberen te verdelen. We zijn begonnen met een literatuurstudie. We zaten eerst samen om de inclusie en exclusie criteria te definiëren. Dan

hebben we de zoekopdracht samen uitgevoerd en de resultaten verdeeld. De selectie van artikels verliep via het programma Mendeley waarin we 2 groepjes konden maken en zo elk ons deel van de artikels konden selecteren en nalezen. In deze fase hebben we een tijdje apart gewerkt en deadlines gesteld om bepaalde doelen te bereiken. Het schrijven zijn we gestart in een Google Drive bestand, zodat we hier samen in konden werken vanop afstand. Daardoor was het gemakkelijk om in elkaars tekst dingen toe te voegen of opmerkingen te plaatsen, zodat onze schrijfstijlen mixten. Laurens heeft een meer zakelijke schrijfstijl en ik heb de neiging om te veel te schrijven in "spreektaal". Er werd dus veel in aangepast en heen-en-weer feedback gegeven. In deze fase zijn we ook enkele keren samen gekomen om te bespreken waar we naartoe wilden werken. Na een paar maanden hieraan te werken, moesten de bronnen toegevoegd worden. Dit heeft Laurens via het programma Mendeley gedaan.

In de tweede fase van onze thesis moest er een enquête opgesteld worden en moest de aanvraag voor de ethische commissie ingediend worden. De enquête heb ik opgesteld. De aanvraag voor de ethische commissie heeft Laurens grotendeels afgehandeld. Hier heb ik slechts enkele aanvullingen op het laatste aan toegevoegd.

Nadat de enquête en de aanvraag waren goedgekeurd, moest de enquête uitgestuurd worden. Laurens heeft de enquête via een programma van de KULeuven ingevoerd zodat we een simpele link konden rondsturen naar de artsen voor deelname. Samen stelde we een mail op die rondgestuurd zou worden. Laurens contacteerde het Icho en Domus Medica voor het rondsturen van de vragenlijst en regelde ook een lijst van alle wachtkringen van Vlaanderen. Deze lijst hebben we in twee verdeeld en we hebben elk de helft van de wachtkringen gecontacteerd voor het rondsturen van de lijst.

De statistiek hebben we ook bijna volledig samen gedaan. In deze fase van de thesis zijn we regelmatig samen gekomen om hieraan te werken. We hebben hierin ook veel hulp gekregen van onze promotor en co-promotor. Laurens en ik wonen vlakbij elkaar dus het was gemakkelijk om hier eventjes voor af te spreken zodat we altijd beide mee waren met het statistisch verhaal. Beide zijn we niet zo goed in statistiek, dus het was fijn om dit samen uit te zoeken. Ook nadien het maken van de tabellen hebben we ongeveer 50/50 kunnen verdelen en regelmatig samen gekomen om dit samen te bekijken.

De volgende stap was het beschrijven van de resultaten en het schrijven van de discussie. Het maken van figuren en het schrijven van de resultaten was initieel vooral mijn aandeel. Laurens heeft hier achteraf nog veel toevoegingen aan gedaan. Omgekeerd was de aanzet van de discussie Laurens zijn bijdrage en heb ik hier achteraf een groot deel aan toegevoegd. In deze fase was het niet mogelijk om samen in een Google Drive bestand te werken gezien dit te gecompliceerd werd met de figuren en de bronnen. Daarom hebben we in deze fase vooral om de beurt aan de thesis gewerkt en zijn we ook 2-wekelijks samengekomen om elkaars feedback te bespreken. In deze fase zijn we erg kritisch geweest naar elkaar toe om een zo goed mogelijk eindproduct te verkrijgen. Ik ben erg tevreden met het resultaat en met de samenwerking. Laurens en ik kunnen goed communiceren en kunnen zeer kritisch elkaar feedback geven. Er zijn geen grote onenigheden geweest tijdens het proces. Het eindresultaat mag er zeker wezen en we hopen dit te kunnen publiceren.

Betekenis voor het werkveld

Gezien er weinig gekend is over het fenomeen van second victim in de eerstelijnszorg, leek het mij heel interessant dit uit te werken en te vergelijken met de recent verschenen studies in de tweede lijn. Het onderwerp leek me van in het begin iets dat interessant zou zijn om gedurende drie jaar aan te werken. Het is ook een thema waar een beetje een taboe rond hangt en ik leg graag mijn steentje bij aan het doorbreken daarvan. Onze visie op het werk komt volgens mij heel erg overeen. We zien ook beide in dat het eindresultaat zeker het belang van verder onderzoek naar dit fenomeen in de eerste lijn aantoont. Deze resultaten moeten naar mijn mening gedeeld worden en het fenomeen van second victim moet meer besproken worden onder huisartsen. Artsen zijn ook maar mensen en mensen maken fouten. Spreken over dit onderwerp kan helpen in het verwerkingsproces van zo een fout. Dit ligt mij zelf heel nauw aan het hart. Ik ben in mijn tweede jaar als Haio zelf in de rol van second victim terecht gekomen en het werken aan deze thesis heeft mij geholpen in het verwerkingsproces van dit incident. Op deze manier wil ik ook dat andere artsen steun vinden in het feit dat zij niet alleen zijn.

Laurens Neyens

Verloop van het groepsproces

Ik heb deze thesis gemaakt samen met Esther Stouten, iemand waarmee ik al sinds het eerste jaar hoger onderwijs ben bevriend. Voor onze bachelorproef hebben we ook samengewerkt en hebben we gemerkt dat dit proces vlot is verlopen. We hebben niet lang getwijfeld om opnieuw samen te werken, maar deze keer een ander soort onderwerp te kiezen. We kozen deze keer voor ‘de Huisarts als Second Victim bij Patiëntveiligheidsincidenten (PVI)’, wat voor ons erg interessant leek en niet louter kwantitatief onderzoek betrof. Het is een onderwerp dat ons ook nabij staat, aangezien we veel bezig zijn met kritisch kijken naar ons functioneren. Daarbij is er ook erg weinig onderzoek in de 1^{e} lijn naar. Het onderwerp werd gekozen uit een lijst die voorgesteld was door Professor Birgitte Schoenmakers.

Doorheen het hele proces hebben we vaak afgesproken en konden we gestaag voortgang boeken. We hebben tijdens drukke momenten op de praktijk ook kunnen afspreken om de workload anders te verdelen als dat nodig was. Het hele proces voelde voor mij dynamisch aan en als iemand op een gegeven moment meer werk op zich nam, gaf de ander meteen aan op een ander moment bij te springen. We bouwden daarbij vele momenten in om gezamenlijk naar de voortgang te kijken en elkaar te bevragen over onze meningen. We hielden elkaar goed op de hoogte en wisselden veel af om het voortouw te nemen. Deadlines die door ons werden opgelegd werden goed nageleefd en ik heb geen problemen in de samenwerking ondervonden.

Voor de statistische uitwerking hebben we terug meer afgesproken om samen te werken om zo steeds de werkwijze te stroomlijnen. We hebben veel gediscussieerd over hoe we de resultaten gingen verwerken en welke vragenlijsten we konden gebruiken en hoe we de gegevens moesten samenvoegen (wegens lage respons rate). Dat heeft uiteindelijk veel tijd gekost, maar we motiveerden elkaar goed om alles goed te doordenken en verder te geraken.

Persoonlijke aandeel

In het begin van het samenwerkingsproces hebben we het werk gelijk verdeeld en zijn we samen op zoek gegaan naar de basisvragen van onze studie. We spraken over de literatuurstudie en welke artikels we zouden bekijken en vervolgens legden we onze strategie vast. De resulterende artikels werden bij elkaar gezet en de dubbele artikels werden verwijderd. Ik heb me voornamelijk bekommerd over de online bibliotheek waarin we de artikels verzamelden en heb zo ook de bronvermelding in orde gehouden. We hebben de eerste delen van de thesis geschreven in een Google drive-document, zodat we snel konden zien hoe onze geschreven delen in elkaar overliepen. We hebben ook hier een goede verdeling gemaakt en elkaar steeds opbouwende kritiek gegeven.

Vervolgens zijn we beginnen nadenken over de vragenlijst en de aanvraag voor de ethische commissie. Hierin hebben we de verdeling anders aangepakt: Esther heeft zich verdiept in de vragenlijst die we gingen opsturen naar de artsen, en ik heb me vooral bezig gehouden met de aanvraag voor het ethisch comité. We hebben deze documenten steeds aan elkaar voorgehouden om op één lijn te zitten. Om de vragenlijst te versturen, hebben we gegevens van de huisartsenkringen gebruikt. We hebben elk de helft van de kringen gecontacteerd en zo de lijst van kop tot teen proberen af te werken. Ik heb ook Domus Medica en ICHO gecontacteerd om te vragen of ze onze vragenlijst konden versturen.

Esther heeft het maken van het beeldend materiaal (tabellen en grafieken) op zich genomen en heeft de uitgebreide resultatensectie grotendeels vorm en inhoud gegeven. Tegelijkertijd heb ik een deel van de discussie geschreven en heeft Esther hierop veel aangevuld. De resultatensectie heb ik volledig nagekeken en aanpassingen werden in samenspraak gemaakt. Ik heb de conclusie en het abstract geschreven en Esther heeft nadien aanvullingen voorgesteld.

Betekenis voor het werkveld

Aangezien er in de 2^{e} lijn bij artsen al onderzoek in België en Nederland was gebeurd en er recent nog studies bijgekomen zijn, leek het ons zeer zinvol om te kijken wat we weten over de 1^{e} lijn en te kunnen vergelijken met de ziekenhuizen. Nu we weten dat ook huisartsen vaak slachtoffer worden van een PVI, hopen we dat dit een aanzet kan zijn voor het uitwerken van strategieën ter preventie van incidenten en betere begeleiding voor huisartsen die een second victim zijn geworden. Het duidt op het belang van verder onderzoek naar dit fenomeen. Ik ben zelf niet verrast door de resultaten, maar heb wel gezien dat huisartsen geneigd zijn om steeds te blijven werken, ondanks de – soms toch ernstige – gevolgen van het incident. Het zou iedere arts kunnen aansporen om kritisch om te gaan met de eigen vaardigheden en persoonlijke grenzen. Juist omdat we zulke verantwoordelijkheden dragen, ben ik van mening dat we moeten afzien van een cultuur van verzwijgen, want fouten maken doen we allemaal. We zorgen voor meer openheid in het melden van incidenten, zoals al langer wordt nagestreefd in de medische wereld. Zo hoop ik dat we een gezonder bewustzijn kunnen creëren voor de risico's van het vak.