

Copingstrategien von Second Victims: Bewältigung eines Fehlers von Personen im Gesundheitswesen: eine systematische Literaturarbeit

Simone Ding, Bachelor of Science Pflege, Berufsbegleitender Studiengang, 2013, Bachelor-Thesis 2015

Ausgangslage

- In der Schweiz geht man von 1000 Todesfällen jährlich aufgrund von Behandlungsfehlern aus^[1]. Beinahe-Fehler und minimale Ereignisse finden viel häufiger statt^[2].
- Bei einem Fehler sind die Patientinnen und Patienten die offensichtlichen Opfer, sie werden *First Victims* genannt^[3].
- Ein Fehler hat aber auch auf die Täter-Person Auswirkungen: Schuldgefühle, Angst vor einem weiteren Fehler, Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Vertrauensverlust und Depressionen sind häufige Folgen^[4,5]. Deswegen werden diese Personen zu den zweiten Opfern, zu den *Second Victims*^[3].
- Definition: Bei *Second Victims* handelt es sich um Menschen im Gesundheitswesen, die in ein unerwünschtes Ereignis oder in einen medizinischen Fehler involviert sind. Sie werden durch dieses Ereignis traumatisiert^[5].

Fragestellung

Welche Copingstrategien zur Verarbeitung eines Fehlers werden von *Second Victims* angewandt und als hilfreich empfunden?

Methode

Es fand eine systematische Literatursuche in den Datenbanken *Cinahl*, *Cochrane*, *Embase*, *Medline (Pubmed)*, *PsycInfo* und *Medline (Web of Science)* mittels Text- und Schlagworten und Ein- und Ausschlusskriterien statt. Es wurden 10 Studien eingeschlossen.



Ergebnisse

Angewandte Strategien

Die in den Studien gefundenen Copingstrategien wurden gemäss der *Ways of Coping Scale* eingeteilt^[6]. Diese beinhaltet sechs übergeordnete Strategien^[6]. Die Prozentzahlen zeigen auf, wie häufig die Strategien jeweils verwendet wurden^[7].

- Copingstrategie: *Verantwortung übernehmen* (sich kritisieren, sich entschuldigen^[6]), häufige Anwendung (81%)^[7]
- Copingstrategie *Soziale Unterstützung suchen* (Gespräche über Gefühle, um Rat fragen^[6]), häufige Anwendung (73%)^[7]
- Copingstrategie *Geplantes Problemlösen* (Aktionsplan erstellen, Anstrengungen verdoppeln^[6]) häufige Anwendung (60%)^[7]
- Copingstrategie *Emotionale Selbst-Kontrolle* (Gefühle für sich behalten^[6]), mittelmässige Anwendung (46%)^[7]
- Copingstrategie *Flucht/Vermeidung* (Wunsch, dass Situation vorbei geht, Fantasien über das Ergebnis der Situation^[6]) seltene Anwendung (31%)^[7]
- Copingstrategie *Distanzierung* (Vergessen der Situation, weitermachen, wie wenn nichts geschehen wäre^[6]), seltene Anwendung (23%)^[7]



Effizienz der Strategien

Copingstrategien können anhand der Art der Veränderungen in der Praxis eingeteilt werden^[8]:

- konstruktive Veränderungen: *Verantwortung übernehmen, Soziale Unterstützung suchen und Geplantes Problemlösen*^[7,9,10,11]
- defensive Veränderungen: *Emotionale Selbst-Kontrolle, Flucht/Vermeidung und Distanzierung*^[7,9,10,11]
- Handlungen, die unternommen werden, um die Wiederholung des Fehlers zu vermeiden, sind konstruktiv. Anstrengungen zur Minimierung der persönlichen Verantwortung werden als ungünstig beschrieben^[10].
- Gespräche mit *First Victims* sind wichtig, um sich vom Fehler zu erholen und gut damit umzugehen^[12].
- Nicht alle Gespräche mit dem sozialen Umfeld sind hilfreich: Anklagen und Beschuldigungen, Lügen und Bagatellisieren der Situation sind destruktiv. Ehrliche und offene Gespräche mit Vorgesetzten, dem Team und Angehörigen helfen, die Situation zu bewältigen^[12].
- Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Strategie *Ablenkung* (gehört zu *Flucht/Vermeidung*) und akutem traumatischem Stress^[13].

Diskussion

- Häufig benutzt wurden die Strategien *Verantwortung übernehmen, Geplantes Problemlösen* und *Soziale Unterstützung suchen*. Es sind aktive Strategien und sie können als hilfreich betrachtet werden.
- Die passiven Strategien *Emotionale Selbst-Kontrolle, Flucht/Vermeidung* und *Distanzierung* sind nicht hilfreich.
- Die Ergebnisse können im Allgemeinen auf Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzte übertragen werden.

Schlussfolgerungen

- Eine positive Bewältigung erfordert aktive Schritte: *Second Victims* sollten Verantwortung übernehmen, das Problem angehen und Unterstützung einfordern.
- Für die Institutionen ist die Entwicklung einer *No-Blame-Culture* wichtig, ausserdem müssen *Second Victims* unterstützt werden.
- Bagatellisieren und Schweigen vom Umfeld sind nicht hilfreich, das Arbeitskollegium sollte auf die betroffene Person zugehen.

Literaturangaben:

[1] Stiftung für Patientensicherheit. (2010). *Patientensicherheit Schweiz - avanti! Strategie der Stiftung für Patientensicherheit*. Abgerufen am 31. März 2015 unter <http://www.patientensicherheit.ch/de/ueber-uns/Unsere-Strategie.html> [2] St. Pierre, M., & Hofinger, G. (2014). *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin* (3. Aufl.). Berlin: Springer. [3] Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. *Western Journal of Medicine*, 172(6), 358-359. [4] Dekker, S. (2013). *Second victim: Error, guilt, trauma, and resilience*. Boca Raton: CRC Press. [5] Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 325-330. doi:10.1136/qshc.2009.032870. [6] Wu, A. W., Folkman, S., McPhee, S. J., & Lo, B. (1993). How house officers cope with their mistakes. *The Western Journal of Medicine*, 159(5), 565-569. [7] Karga, M., Klekka, P., Aretha, D., & Lemonidou, C. (2011). Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3246-3255. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03772.x. Epub 02/11 Jul 03778. [8] Wu, A. W., Folkman, S., McPhee, S. J., & Lo, B. (1991). Do house officers learn from their mistakes? *The Journal of the American Medical Association*, 265(16), 2089-2094. [9] Abusaleem, S. K., & Coty, M.-B. (2011). Home health nurses coping with practice care errors. *Journal of Research in Nursing*, 18(4), 336-348. [10] Mankaka, C. O., Waeber, G., & Gachoud, D. (2014). Female residents experiencing medical errors in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 14(140), doi:10.1186/1472-6920-14-140. [11] Seys, D., Wu, A. W., Van Ceven, E., Vleugels, A., Euvema, M., Panella, M., ... Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation and the Health Professions*, 36(2), 135-162. doi:10.1177/0162278712458918. Epub 01/62/278712458912. [12] May, N., & Plevin-Ogan, M. (2012). The role of talking (and keeping silent) in physician coping with medical error: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 449-454. doi:10.1016/j.pec.2012.1006.1024. Epub 2012 Jul 1012. [13] Pinto, A., Faiz, O., Bicknell, C., & Vincent, C. (2014). Acute traumatic stress among surgeons after major surgical complications. *The American Journal of Surgery*, 208(4), 642-647.