

Positionspapier und Forderungskatalog des Vereins Second Victim

Hintergrund:

Das Second Victim Problem wurde von Albert Wu im Jahre 2000 benannt und die Definition von Susan Scott 2009 noch erweitert. Die Definition ist demnach: **Als Second Victim bezeichnet man eine Mitarbeiter*in im Gesundheitssystem, die aufgrund eines unvorhergesehenen schweren Zwischenfalls, eines medizinischen Fehlers, und/oder eines Patient*innenschadens traumatisiert wurde.**

Schon 2013 zeigt die Metaanalyse von Seys et al. Second Victim Prävalenzen von 10-42% aller Befragten an (Seys et al. 2013), weitere Daten (erhoben vor der Pandemie) 2014 zeigen ebenfalls steigenden Raten aus (Harrison et al. 2014), das bedeutet schon vor der Pandemie zeichnete sich ein zunehmender Handlungsbedarf ab.

Es ist aufgrund der Datenlage davon auszugehen, dass alle Behandelnden im Gesundheitswesen früher oder später einmal im Laufe ihres Berufslebens Second Victims werden (Laue et al. 2012).

In Bezug auf die Covid 19 Pandemie lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

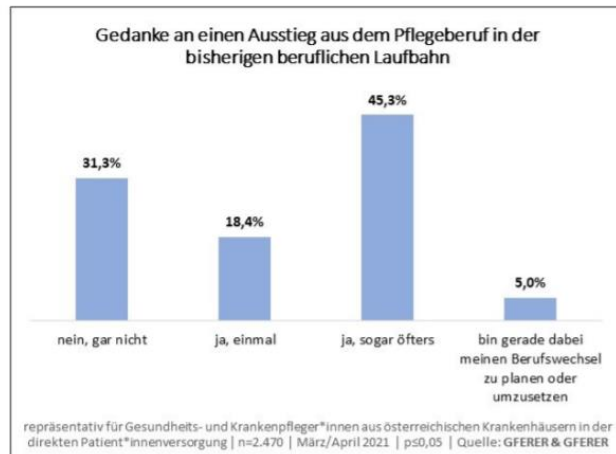
Schon 2003 zeigte sich in der SARS Pandemie, dass bis zur Hälfte der Behandelnden der SARS Patienten Symptome eines Second Victims zeigten (Burn Out, akute psychische Reaktion, PTSD). Aus aktuelleren Berichten italienische Ärztinnen und Ärzte zu Beginn der Covid 19 Pandemie lässt sich herableiten, dass die Prävalenzen der psychischen Grenze/Belastungsreaktion, die sich sonst auf einen Zeitraum mehrerer Jahre oder sogar des gesamten Berufslebens beziehen, binnen weniger Wochen erreicht worden sind.

Somit wird nicht nur die individuelle Gesundheit der Betroffenen, sondern die Leistungsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems massiv beeinträchtigt. Auch in Österreich gibt es bereits 2 aktuelle Studien bezugnehmend auf die psychologische Gesundheit von medizinischem Personal.

Beide aktuelle Befragungen aus Österreich (Gfrerer, Gferer 2021 und Offensive Gesundheit „ich glaub ich krieg die Krise 2021) sind ein Warnsignal. Knapp die Hälfte der Befragten aus der Pflege denkt regelmäßig an einen Berufsausstieg, die offensive Gesundheit zeigt rezente Daten (Okt 21) der Depressions und Angst Häufigkeit aller Mitarbeiter:innen aus dem gesamten Gesundheitswesen.

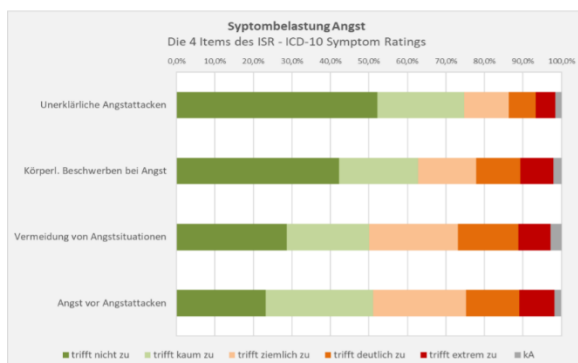
Gesundheits- und Krankenpfleger*innen während der Covid-19 Pandemie (2021)
DGKP APN Alexandra Gferer, BSc MSc und Soziologin Natali Gferer, BA

08. Juni 2021



ich glaub' ich krieg' die Krise" | 20.10.2021 | Folie Nr. 10

SYMPTOME ANGST

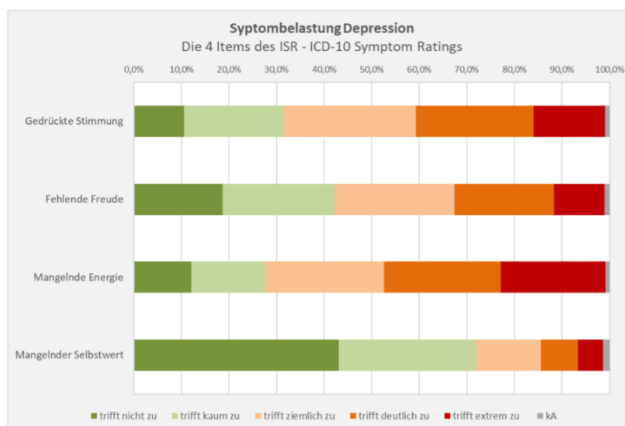


Items zur Angst

- Fast **die Hälfte** versuchen angstmachender Situationen zu vermeiden (47,1 % trifft mindestens „ziemlich zu“)
- und haben Angst vor Angstattacken (47,1 % trifft mindestens „ziemlich zu“)
- **Über ein Drittel** weisen körperliche Beschwerden in Angstsituationen auf (35,1% trifft mindestens „ziemlich zu“)
- Beinahe **ein Viertel** haben unerklärliche Angstattacken, Angst in harmlos erscheinenden Situationen (23,7 % trifft mindestens „ziemlich zu“)



SYMPTOME DEPRESSION



Items zur Depression

- Fast **drei Viertel** leiden an mangelnder Energie, schnelle Ermüdung (71,7 % trifft mindestens „ziemlich zu“)
- Mehr als **zwei Drittel** leiden an gedrückter/niedergeschlagene Stimmung (67,7 % trifft mindestens „ziemlich zu“)
- Mehr als **die Hälfte** finden keine Freude mehr an Dingen, die man gerne tut (56,8 % trifft mindestens „ziemlich zu“)
- Über **ein Viertel** haben Gefühle von Wertlosigkeit, mangelndem Selbstvertrauen (26,7 % trifft mindestens „ziemlich zu“)



Ganahl Samuel und Mario Knaus aus Vorarlberg und Tirol kommen in ihrer Arbeit: „Second Victims in Intensivpflege Emotionale Belastungen und Traumatisierung von Intensivpflegepersonal in Westösterreich nach unerwünschten Ereignissen während der Behandlung von PatientInnen“ zum Schluss, dass „die Leitung medizinischer Organisationen sollte daher ein besseres Verständnis für die Traumatisierung und Belastungen von Second Victims anstreben. Ferner sollte auf die breite Umsetzung wirksamer Unterstützungsprogramme speziell in der aktuell vorherrschenden COVID-19 Pandemie gesetzt werden“.

SECOND VICTIMS IN DER INTENSIVPFLEGE
Emotionale Belastungen und Traumatisierung von Intensivpflegepersonal in Westösterreich nach unerwünschten Ereignissen während der Behandlung von PatientInnen

Ganahl Samuel MSc, BScN | Vorarlberger Landeskrankenhäuser | Interdisziplinäre Intensivstation | Feldkirch | Vorarlberg | Österreich
Knaus Mario MSc, BScN | Tirol Kliniken | Pädiatrische Intensivstation | Innsbruck | Tirol | Österreich
Fachhochschule Gesundheit Tirol | Innsbruck | Tirol | Österreich

01 HINTERGRUND
Das Second Victim-Phänomen, bei dem Personen aus dem Gesundheitswesen durch ein unerwünschtes klinisches Ereignis oder einen Zwischenfall traumatisiert und belastet werden, tritt immer häufiger auf und wirkt sich nicht nur auf die Betreuung der Patientinnen/Patienten, sondern auch auf die Gesundheit der Behandelnden aus.^{1,2}
Auf Grund der geringen Evidenz zum Thema "Second Victim im deutschsprachigen Raum" wurden in dieser Arbeit sowohl Symptome als auch Copingstrategien von Intensivpflegepersonal in Westösterreich eruiert. Zusätzlich wurden Aspekte des professionellen Risikomanagements zur Vermeidung des Second Victim-Phänomens miteinbezogen.

02 METHODE
Insgesamt wurden 20 leitfadengestützte Interviews mit Intensivpflegepersonen in Westösterreich durchgeführt. Der Leitfaden wurde unter Anwendung des SPSS-Prinzips nach Hallerich (2011)³ erstellt und beinhaltet die Kategorien Belastungen, Unterstützungsmaßnahmen und Risikomanagement.
Die Interviews wurden mit Hilfe der Software MAXQDA (2020) transkribiert und analysiert und anhand der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2008)⁴ ausgewertet.

03 ERGEBNISSE
Belastungen im Sinne eines Second Victim-Phänomens, die von den befragten Personen am häufigsten genannt wurden, waren Schuldgefühle (n=20), Einschlaf- oder Durchschlafprobleme (n=10), Flashbacks an das Erlebnis (n=8) und Angst vor Konsequenzen (n=13). Zusätzlich äußerten die Befragten Probleme im Arbeitsalltag wie verminderte Leistungsfähigkeit und Probleme in der Durchführung von Routinetätigkeiten (n=11).
Symptome des Second Victim-Phänomens wurden unter anderem durch Gespräche sowohl im privaten Umfeld (n=11) als auch mit Arbeitskollegen/Arbeitskolleginnen (n=11) bewältigt. Professionelles Risikomanagement kann Intensivpflegekräfte präventiv durch Pflegevisiten (n=7), Checklisten (n=14), das Vier-Augen-Prinzip (n=13) und Trainingsmaßnahmen (n=14) als auch reaktiv durch Fallnachbesprechungen (n=12) und CIRS (n=20) unterstützen und der Entstehung eines Second Victim-Phänomens vorbeugen.

04 SCHLUSSFOLGERUNG
Intensivpflegepersonal ist auf Grund der hohen Arbeitsbelastung in diesem hochsensibilisierten Bereich vielen Ausnahmesituationen ausgesetzt, welche in ein Second Victim-Phänomen resultieren können. Die Leitung medizinischer Organisationen sollte daher ein besseres Verständnis für die Traumatisierung und Belastungen von Second Victims anstreben. Ferner sollte auf die breite Umsetzung wirksamer Unterstützungsprogramme speziell in der aktuell vorherrschenden COVID-19 Pandemie gesetzt werden.

Literatur
1. Hallerich K (2011) SPSS-Prinzipien. Springer, Berlin Heidelberg
2. Kuckartz U (2008) Qualitative Interviewanalyse. Springer, Berlin Heidelberg
3. Ganahl S, Knaus M (2021) Second Victims in der Intensivpflege. Westösterreich. https://www.secondvictim.at
4. Ganahl S, Knaus M (2021) Second Victims in der Intensivpflege. Westösterreich. https://www.secondvictim.at

Kontakt
Samuel Ganahl samuel.ganahl@vorarlberg.at
Mario Knaus mario.knaus@gmx.at

Ausgehend von diesem Hintergrund stellen wir folgende unmittelbare umsetzbare Lösungsansätze in den Raum:

Unser Fokus liegt in folgendem Ansatz : mit der IST Situation besser zurecht kommen.

Wir anerkennen als Verein, der Hilfe für die Akutsituation stellt und im Bereich des notwendigen Kulturwandels im System Krankenhaus eine Lobbyarbeit leistet, die systembezogenen Strukturprobleme in den Krankenhäusern, können in der Vereinsarbeit jedoch keine Organisationsmängel beheben.

Für eine akute – leicht umsetzbare Hilfe und für einen Kulturwandel im System Krankenhaus- hin zur Vertrauenskultur schlagen wir folgende Maßnahmen vor:

Säule 1: Prophylaxe

- regelmäßige Zeit für gemeinsames Pause/Cafe/Frühstück (informelles Meeting auf der Station) im Team schaffen
- Debriefing im Team nach jedem Akut/Stressereignis: Es muss den einzelnen Teammitgliedern nach dem Akutereignis eine Pause von der Alltagsarbeit gewährt werden, es soll ein Termin für das Teamdebriefing festgesetzt werden und dieses zeitnah zum Ereignis – bestenfalls- am selben Tag stattfinden. Teamdebriefings sollen aktiv von den Teammitgliedern eingefordert werden dürfen. Debriefing ist Usus- Opt out für Betroffene möglich- Opt in nicht notwendig.
- Zusätzlich zeitnahe zum Ereignis stattfindende Supervisionen- Supervision ist Usus, Opt out für Betroffene möglich- Opt in nicht notwendig.
- regelmäßige Schulungen und Fortbildungen (zb. Stress und Resilienztrainings, zb. Fortbildungen zum Thema Second Victim- was ist das, welche Symptome zeigen sich, welche sind normal, wann brauche ich Hilfe) für ALLE Mitarbeiter:innen im Gesundheitssystem zum Thema essentiell- zum Beispiel Schulung im Rahmen eines Mitarbeiterereinführungstages.
- Schulung für Führungskräfte notwendig- Wissen, Erkennen und DanachHandeln. Schaffen einer Vertrauenskultur

Säule 2: Akute Hilfe

- PEER/KOHI (Kollegiale Hilfe) System in jedem Krankenhaus- Ansprechpartner für das Peer System/KOHI System bekannt machen. Es gibt bereits einige gute Systeme, zb. die KOHI in Hietzing- verschiedene Systeme sind sinnvoll- da jedes KH verschiedene Strukturen hat. Kommunikation über die Aufgaben und Möglichkeiten der Peer Systeme. Ein 24/7 Vorhandensein eines Peers ist unseres Erachtens nicht notwendig- das Wissen morgen oder übermorgen mit einem Kollegen sprechen zu können per se stellt schon eine Entlastung dar.
- Akute Telefonhotline über Kriseninterventionsteams oder den Verein Second Victim
- Psycholog: innen, die wöchentlich auf die Stationen (insbesondere in vulnerablen Bereichen wie internistische und unfallchir. Notaufnahme, Kinder- Notfallambulanz, Intensivstationen) im Rahmen eines Jour fixes kommen und nachfragen, ob Entlastung notwendig ist- alleine die Möglichkeit ist eine Hilfestellung.

Säule 3: Langfristige Unterstützung

- Niederschwellige, arbeitgeberunabhängige Unterstützung, zu Beginn kostenfrei. Derzeit gibt es etliche Angebote von Berater:innen auf der Homepage des Vereins, langfristig möchte der Verein nach entsprechender Finanzierung über Spenden und Mitgliedsbeiträge bis zu 10 Beratungen eines Second Victims finanzieren. Die Beratung wird anonym ablaufen, der/ die Berater:in stellt dem Verein die Honorarnote mit Begründung und anonymisierten Personendaten- Dh das Second Victim bekommt eine Nummer. Wir sehen in der Praxis, dass eine langfristige Einbindung beim Arbeitgeber selbst im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung eine zu große Hemmschwelle darstellt.

