

Projekt:
**„Entwicklung eines Handlungsrahmens für
den systematischen und konstruktiven
betriebsinternen Umgang mit Zwischenfällen“**

Abschlussbericht Modul 1-3

Stiftung für Patientensicherheit

- PD Dr. David L.B. Schwappach und Olga Frank
(wissenschaftliche Leitung und Projektleitung)
- Dr. Marc-Anton Hochreutener
(Geschäftsführer)

März 2009

Inhalt

Zusammenfassung	2
1 Einleitung	2
2 Aktueller Stand im Projekt – Abschluss Modul 3	3
3 Fokusgruppen	4
3.1 Rekrutierung	4
3.2 Ergebnisse der Fokusgruppen	6
4 Thesen auf Basis der Ergebnisse aus Modul 1 und Modul 2	9
5 Kreativ-Workshop	10
6 Zusammenführung der Ergebnisse	14
7 Anhang	16

Zusammenfassung

Im Rahmen des von der FMH finanzierten Projekts „Entwicklung eines Handlungsrahmens für den systematischen und konstruktiven betriebsinternen Umgang mit Zwischenfällen“ sind im dritten Arbeitsschritt (Modul 3) konkrete Handlungsempfehlungen entwickelt worden. Diese praktisch umsetzbaren Handlungsempfehlungen basieren auf den Ergebnissen einer vorgängig in Modul 1 durchgeführten systematischen Analyse der internationalen Literatur und den Ergebnissen durchgeführter Fokusgruppen im Modul 2.

Für die Entwicklung konkreter Massnahmen, Hilfsmittel und Angebote wurde nach dem Literaturreview und den Fokusgruppen ein Kreativ-Workshop mit extern beigezogener Expertise durchgeführt, an dem entsprechend der Bedürfnisse von betroffenen Mitarbeitern (Ärzten und Pflegefachpersonen) Ideen gesammelt worden sind, die in ihrer Wirksamkeit und praktischen Umsetzung die betroffenen Mitarbeiter darin unterstützen, den erlebten Zwischenfall ohne weitere Traumatisierung zu verarbeiten. Es zeigte sich besonders in den Fokusgruppen, dass die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind und die zu entwickelnden Massnahmen auf verschiedenen Ebenen zum Tragen/Wirken kommen müssen. Bei der Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen wurde entsprechend von einem Handlungsrahmen ausgegangen, der verschiedene konkrete Massnahmen beinhaltet, die diese verschiedenen Ebenen berühren. Diese Massnahmen sind als sich ergänzende Bestandteile einer Gesamtkomposition zu verstehen.

1 Einleitung

Der betriebsinterne Umgang mit Behandlungszwischenfällen und medizinischen Fehlern innerhalb der Führungslinien und zwischen den „betroffenen“ Mitarbeitern hat für die Verarbeitung und Milderung der Konsequenzen bei allen Beteiligten eine wichtige Bedeutung. Die Stiftung für Patientensicherheit führt dazu ein Projekt durch und entwickelt einen Handlungsrahmen für den betriebsinternen Umgang mit Zwischenfällen. Die zentrale Frage, die das Projekt beantworten will, lautet: Wie können sich Mitarbeiter sowohl auf Führungs- als auch auf Mitarbeiterstufe verhalten, um das schädigende Potenzial der Erfahrung eines Zwischenfalls zu mildern?

Das von der Stiftung durchgeführte Projekt beinhaltet fünf Module/Arbeitsstufen, die durch eine interdisziplinär besetzte Expertengruppe begleitet werden.

- Modul 1:** systematischer Literaturreview / Studienbericht I
- Modul 2:** Fokusgruppen / Studienbericht II
- Modul 3:** Thesenpapier auf Basis der Studienberichte I und II / Ableitung praktischer Handlungsempfehlungen / Abschlussbericht der Module 1-3 (=das vorliegende Dokument)
- Modul 4:** Entwicklung eines Schulungsmoduls / Hilfsmittel und Materialien für Leistungserbringer
- Modul 5:** Durchführung der Schulungsmodule / Verbreitung von entwickelten Hilfsmitteln

Die Ergebnisse des systematischen Literaturreviews (Modul 1 → Studienbericht I) und die Ergebnisse der Fokusgruppen (Modul 2) liegen vor. Zudem können bereits erste Handlungsempfehlungen, welche im Rahmen eines Kreativ-Workshops entwickelt wurden, ausgesprochen werden.

Der Inhalt des vorliegenden Abschlussberichtes bezieht sich auf die aggregierten Ergebnisse der Module 1 und 2 und der daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen.

Die Struktur des Abschlussberichtes gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil (Kapitel 3 und 4) beinhaltet die Vorstellung des aktuellen Projektstandes und die Zusammenfassung der Ergebnisse der durchgeführten Fokusgruppen. Die Darstellung der Ergebnisse des Kreativ-Workshops und die Ableitung praktischer Handlungsempfehlungen folgen im zweiten Teil (Kapitel 5 und 6).

2 Aktueller Stand im Projekt – Abschluss Modul 3

Das Modul 1 (systematischer Literaturreview) wurde mit Vorlage des Studienberichts im Dezember 2007 abgeschlossen. Die Ergebnisse des Studienberichts wurden in einem Arbeitstreffen von der Expertengruppe im Mai 2008 diskutiert und Entscheidungen bzgl. der durchzuführenden Fokusgruppen getroffen. Die Vorbereitungen für die Durchführung der Fokusgruppen und die Rekrutierung der Teilnehmer wurden Ende August 2008 abgeschlossen, so dass die Durchführung der Fokusgruppen im September 2008 stattfinden konnte.

Nach Vorlage der Ergebnisse der Fokusgruppen und unter Berücksichtigung der Ergebnisse des systematischen Literaturreviews wurden im Rahmen eines Kreativ-

Workshops (November 2008) erste Handlungsempfehlungen entwickelt, die Mitarbeiter im Umgang mit Zwischenfällen unterstützen und die Kommunikation fördern sollen.

Stand im Projekt:

	Arbeitsinhalte	Bearbeitungsstatus (Januar 2009)
Modul 1	- Literaturrecherche / Studienbericht I	erledigt
Modul 2	- Fokusgruppen	erledigt
Modul 3	- Thesenpapier auf Basis der Studienberichte - Ableitung von praktischen Handlungsempfehlungen - Abschlussbericht zu den Modulen 1-3	erledigt
Modul 4	- Entwicklung eines Schulungsmoduls (Hilfsmittel und Materialien für die Leistungserbringer)	ausstehend
Modul 5	- Durchführung der Schulungsmodule für Kaderärzte und Assistenten im Pilotspital - etwaige Modifikation des Schulungsmoduls basierend auf einer Evaluation - Verbreitung von Hilfsmitteln	ausstehend

Das Projekt schliesst mit Vorlage dieses Abschlussberichts das Modul 3 ab.

3 Fokusgruppen

Anforderungen an betriebsinterne Reaktionen auf Zwischenfälle sind in hohem Masse kulturabhängig und müssen die verschiedenen Situationen in Schweizer Spitälern widerspiegeln. Da die internationale Literatur vor allem Erfahrungen aus dem angloamerikanischen Raum widerspiegelt, sollten ergänzend durch Fokusgruppen neue Erkenntnisse generiert werden, die die Bedürfnisse der in der Schweiz tätigen Mitarbeiter abbilden. Die Expertengruppe entschied in ihrem Arbeitstreffen vom Mai 2008, dass separate Fokusgruppen mit Ärzten und Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Ziel dieser Fokusgruppen war zum einen die Erhebung der Bedürfnislage hinsichtlich unterstützender Massnahmen nach einem Zwischenfall und zum anderen die Identifikation von Faktoren, die eine positive Auseinandersetzung und Überwindung der Belastungssituation erlauben und fördern.

3.1 Rekrutierung

11 Schweizer Spitäler erklärten sich im August 2008 bereit, ihren Mitarbeitern eine Anfrage über das betriebsinterne Intranet zu senden, in der die Stiftung das Projekt kurz vorstellte, um Bereitschaft zur Teilnahme an Fokusgruppen ersuchte und nach

Erfahrungen mit Zwischenfällen fragte. Mit diesem Anschreiben sind ca. 5800 Ärzte und Pflegefachpersonen erreicht worden. Nur 143 Personen (2%) beantworteten die in der Anfrage formulierten Fragen und beendeten die Befragung komplett. 90% der Personen, welche die Umfrage bis zum Schluss beantworteten, gaben an, Erfahrungen mit dem Umgang nach einem Zwischenfall gemacht zu haben. Von den Personen, welche die Befragung beantwortet hatten, war nur ein minimaler Anteil bereit, an einer Fokusgruppe teilzunehmen. Details zu dem Rekrutierungsprozess können der im Anhang (Forschungsbericht zur Rekrutierung) entnommen werden. Im Endergebnis konnten drei Fokusgruppen durchgeführt werden. Eine Fokusgruppe mit sieben Ärzten und zwei weitere Fokusgruppen mit jeweils sechs und fünf Pflegefachpersonen. Die Fokusgruppen wurden von einem Sozialwissenschaftler mit langjähriger Erfahrung in der Moderation und qualitativen Auswertung von Fokusgruppen durchgeführt. Alle Teilnehmer gaben ihr schriftliches Einverständnis zur anonymen Auswertung der Daten. Die Fokusgruppen wurden digital aufgezeichnet und anschliessend ausgewertet. Die Ergebnisse sind auf den folgenden Seiten in zusammenfassender Form dokumentiert.

3.2 Ergebnisse der Fokusgruppen

Frage nach ...	Kernaussagen der Fokusgruppen	
	Ärzte	Pflegefachpersonen
<ul style="list-style-type: none"> dem Umgang mit Fehlern und Zwischenfällen im Betrieb (allgemein) 	<ul style="list-style-type: none"> abhängig vom jeweiligen Spital und von der Zusammensetzung eines Teams (Teammitglieder) Fehlen von Rückhalt auf sachlicher und emotionaler Ebene → besondere Bedeutung beider Ebenen wird bekundet Wandel im sachlichen Umgang mit Fehlern seit ca. 10 Jahren erkennbar – kein Wandel in Bezug auf emotionalen Umgang im Vergleich zu UK wird in der CH immer noch ein Fehler der Schuld eines Einzelnen zugeschrieben Vorhandensein von CIRS, aber Fehlen von institutionellen Gefässen für die emotionale Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> abhängig von der jeweiligen Person und der Art des begangenen Fehlers Umgang innerhalb der Pflegekräfte ist grundsätzlich offener (informeller Umgang im Team) als bei den Ärzten kritische Einschätzung des Fehlermeldeverhaltens der Ärzte abwertendes Verhalten der Ärzte gegenüber den Pflegenden mit hoher Anzahl Fehlermeldungen im CIRS oder sogar Schuldzuweisungen der Ärzte auf die Pflegefachpersonen
<ul style="list-style-type: none"> dem konkreten Verhalten von Kollegen oder Vorgesetzten nach einem Zwischenfall gegenüber dem „betroffenen“ Mitarbeiter/Kollegen 	<ul style="list-style-type: none"> sehr stark von den persönlichen Charakteristika der „betroffenen“ Person abhängig Assistenzärzte werden bei Fehlern „etikettiert“ oder als „Sündenbock“ abgestempelt - keine Solidarisierung unter Kollegen Äusserung des Missfallens der Reaktion von Kollegen, die nach einem Zwischenfall „hinter vorgehaltener Hand“ über den betroffenen Kollegen sprechen Bericht eines Kollegen, der von einer institutionalisierten – externen Anlaufstelle sprach, die auf die Behandlung psychischer Traumata spezialisiert ist 	<ul style="list-style-type: none"> besondere Unterstützung von neuen und jungen Mitarbeitern in der Pflege und oftmals der Hinweis, dass älteren auch schon mal dieser Fehler passiert ist oder hätte passieren können erfahrene Pflegekräfte lassen Kollegen, die einen Fehler gemacht haben, auf sich zukommen und sprechen diese nicht aktiv an → der betroffene Kollege sucht sich selbst eine Vertrauensperson bedeutender Unterschied im Umgang mit Fehlern zwischen Ärzten und Pflegenden, Pflegenden fühlen sich Ärzten hierarchisch unterlegen, Ärzte verdecken ihre Fehler → Pflegenden sprechen über ihre Fehler wenn Ärzte Fehler ansprechen, dann immer auf der sachlichen Ebene um allfällige Fehlerquellen zu analysieren - nie auf der emotionalen Ebene
<ul style="list-style-type: none"> dem persönlichen Erleben nach einem Zwischenfall, der einem selbst passiert ist 	<ul style="list-style-type: none"> Erleben von Schuldgefühlen schlaflose Nächte Erleben einer sehr stark belastenden Situation 	<ul style="list-style-type: none"> tiefer Einschnitt in das Wohlbefinden Erleben von Schockmomenten und starken vegetativen Reaktionen (Schlafstörungen) Schuldgefühle, Scham Selbstzweifel, Inkompetenz

	Kernaussagen der Fokusgruppen	
Frage nach ...	Ärzte	Pflegfachpersonen
<ul style="list-style-type: none"> dem persönlichen Verhalten gegenüber Kollegen und nach dem Verhalten der Kollegen einem selbst gegenüber 	<ul style="list-style-type: none"> Verhalten ist stark von persönlichen Vertrauensverhältnis gegenüber dem Vorgesetzten und den Kollegen abhängig starkes Rationalisieren des Zwischenfalls für das sachliche Verstehen und die Verarbeitung wenn Vorgesetzte in den Zwischenfall involviert sind, dann fällt das Reden schwer, da Sanktionen befürchtet werden 	<ul style="list-style-type: none"> verständnisvolle, wohlwollende Reaktionen gegenüber dem „betroffenen“ Kollegen gute Unterstützung durch einen ärztlichen Kollegen erfahren
<ul style="list-style-type: none"> positiven oder negativen Reaktionen auf einen Zwischenfall im Betrieb 	<ul style="list-style-type: none"> Bericht über Rückhalt von Vorgesetzten, die das Verständnis einer Sicherheitskultur leben und vorleben „Abstempeln“ des letzten Glieds in der Hierarchie - Assistenzarzt 	<ul style="list-style-type: none"> Auftreten von negativen Reaktionen (Klatsch und Tratsch, hinten herum reden, lästern) aufgrund von Personalmangel wenig Möglichkeiten betroffenen Mitarbeitern eine „Auszeit“ zu geben
<ul style="list-style-type: none"> der gewünschten Form der Unterstützung durch den Betrieb - von den eigenen Kollegen und der anderer Berufsstände - von Vorgesetzten - von der Spitalleitung - von anderen neutralen/externen Stellen 	<ul style="list-style-type: none"> Vorhandensein eines Gefässes für die emotionale Ebene externe, unabhängige Anlaufstelle bei Zwischenfällen mit involvierten Vorgesetzten sachliche Fallanalyse sollte im Vordergrund stehen Umgang unter Kollegen sollte nicht auf Vorwürfen basieren Gewünschte Offenlegung des Zwischenfalls wenn Kollegen daraus lernen können Freiwilligkeit des Angebotes offener und vertrauensvoller Umgang 	<ul style="list-style-type: none"> Gefühl des ernst genommen werden sachliche Aufarbeitung/Analyse des Zwischenfalls für Verbesserungsprozesse mehr Unterstützung, Verständnis, Einfühlungsvermögen von Vorgesetzten gewünscht keine Schuldzuweisungen kein Involvieren der Spitalleitung gewünscht Angebot einer neutralen Anlaufstelle Freiwilligkeit des Angebotes
<ul style="list-style-type: none"> der aktiven Ansprache nach einem Zwischenfall durch einen Vorgesetzten oder der Möglichkeit, selbst jemanden anzusprechen 	<ul style="list-style-type: none"> Erwartung an den Vorgesetzten, Mitarbeiter auf Fehler anzusprechen und für Mitarbeiter da zu sein, wenn diese ihm einen selbst begangenen Fehler mitteilen möchten Erwartung, dass man nicht nur vom Vorgesetzten auf den Fehler hin aktiv angesprochen wird sondern auch von anderen Kollegen 	<ul style="list-style-type: none"> bemerkt man den Fehler selbst, wird keine aktive Ansprache von Kollegen und Vorgesetzten gewünscht bleibt ein Fehler unbemerkt, wird eine Ansprache durch Kollegen und Vorgesetzte erwartet Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit eines begangenen Fehlers
<ul style="list-style-type: none"> Empfehlungen an betroffene Kollegen, wie sie mit einem Zwischenfall im Betrieb umgehen sollen 	<ul style="list-style-type: none"> zu Fehlern zu stehen, offen zu kommunizieren, damit Andere draus lernen Einbezug einer Vertrauensperson Nutzen von externen, neutralen Anlaufstellen, wenn diese vorhanden sind 	<ul style="list-style-type: none"> offene Kommunikation Ansprache einer Bezugsperson mit Vertrauensverhältnis Sensibilisierung junger Kollegen, dass der Mensch nicht fehlerfrei ist Chance nutzen, aus Fehlern zu lernen

	Kernaussagen der Fokusgruppen	
Frage nach ...	Ärzte	Pflegefachpersonen
<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen für Vorgesetzte, wie sie mit „betroffenen“ Mitarbeitern umgehen sollen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte sollten signalisieren, dass Mitarbeiter sich vertrauensvoll an ihn wenden können • Vorgesetzte sollte ebenfalls signalisieren, dass man sich auch mit emotionalen Problemen an ihn wenden kann 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehler systemisch betrachten und nicht den betroffenen Mitarbeiter beschuldigen • diskreter Umgang durch die Vorgesetzten und Nachfragen nach dem persönlichen Befinden
<ul style="list-style-type: none"> • gewünschten Veränderungen/Massnahmen im Betrieb, die dazu beitragen, dem Umgang mit Fehlern in eine positive Richtung zu lenken 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaching-Schulung bzgl. Umgang mit Fehlern nach Ausbildung zum OA • Bewertung im FMH-Zeugnis, die den Umgang mit Fehlern beinhaltet • Wunsch nach Kulturwandel • obligatorische Coaching-Schulungen • kein „Käseglocken-Denken“ 	<ul style="list-style-type: none"> • konsequentes Führen eines CIRS und stärkerer Einbezug der Ärzte • offene und direkte Kommunikation • interdisziplinär verbesserter und vernetzter Umgang mit Fehlern • Änderung der Fehlerkultur • Umgang mit Fehlern bereits in der Grundausbildung thematisieren
<ul style="list-style-type: none"> • der Durchführung von gemeinsamen oder getrennten Schulungen für Ärzte und Pflegefachpersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • getrennte Schulungen • Separation sollte davon abhängig gemacht werden, ob stark teamorientiert gearbeitet wird oder nicht 	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Wissensvermittlung

4 Thesen auf Basis der Ergebnisse aus Modul 1 und Modul 2

Auf Grundlage der Ergebnisse der beiden Module 1 und 2 und in Vorbereitung auf den Kreativ-Workshop, wurden Thesen formuliert, die für die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen als Diskussions- und Arbeitsvorlage dienen. Ausgehend von diesen Thesen wurden mögliche Massnahmen definiert, die in ihrer Wirkung gezielt den Bedürfnissen von betroffenen Mitarbeitern entsprechen.

Folgende Thesen dienen der Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen:

- Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter zum Thema betriebsinterner Umgang mit Zwischenfällen kann dazu führen, dass diese umsichtig mit ihren „betroffenen“ Kollegen nach einem Zwischenfall umgehen.
- Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter kann dazu führen, dass sich „betroffene“ Mitarbeiter in einer akuten Situation vertrauensvoll an ihre Kollegen und/oder Vorgesetzten wenden.
- Entscheidend bei der Bewältigung eines Zwischenfalls ist die betriebsinterne Fehlerkultur. Deshalb müssen Massnahmen getroffen werden, welche die Mitarbeiter hinsichtlich des konstruktiven Umgangs mit Fehlern und Zwischenfällen schulen.
- Verschiedene Massnahmen/Gefässe müssen für „betroffene“ Mitarbeiter zur Verfügung stehen um auf sachlicher und emotionaler Ebene den Zwischenfall zu bewältigen und zu verarbeiten.
- Ärzte und Pflegefachpersonen benötigen unterschiedliche Gefässe für die Bewältigung eines Zwischenfalls.
- Die von einem Betrieb gebotenen Massnahmen werden in unterschiedlicher Intensität und zu zeitlich unterschiedlichen Phasen von den „betroffenen“ Mitarbeitern benötigt. Unmittelbar nach einem Zwischenfall (akute Phase) und Tage/Wochen nach dem akuten Ereignis. Deshalb müssen die Massnahmen/Gefässe zu jedem Zeitpunkt für den „betroffenen“ Mitarbeiter zur Verfügung stehen (standardisierte Einführung).
- Die Massnahmen müssen neben der zeitlichen Entwicklungsphase (akut bis langfristig) auch die Schwere der Situation und die unterschiedlichen Bedürfnisse abbilden und frei konfektionierbar sein (nicht "one size fits all").

- Massnahmen müssen im Wesentlichen in zwei Richtungen weisen. Zum einen müssen die Massnahmen Mitarbeiter und Vorgesetzte als nicht direkt Betroffene dazu befähigen, mit einem Zwischenfall umzugehen und dem „betroffenen“ Kollegen Unterstützung bei der Bewältigung zu bieten. Zum anderen müssen Massnahmen den direkt „betroffenen“ Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, sich vertrauensvoll an einen Kollegen, Vorgesetzten oder eine neutrale Person zu wenden.
- Vorgesetzte sollten sich im Rahmen von Führungsseminaren im Umgang mit Zwischenfällen qualifizieren müssen.
- Die Sensibilisierung zum Thema Fehlerkultur und Umgang mit Zwischenfällen aller Mitarbeiter in medizinischen und pflegerischen Berufen sollte bereits wesentlich in der Grundausbildung beginnen und erfolgen.

5 Kreativ-Workshop

Das Team und der Präsident der Stiftung für Patientensicherheit führten gemeinsam mit einer extern zugezogenen Expertin aus dem Bereich Psychotherapie und Organisationskultur (Psychiaterin mit klinischer Front-Eigenerfahrung als Ärztin, Erfahrung in Traumatherapie und Expertise im Bereich innovativer Organisationskonzepte), im November 2008 einen ganztägigen Kreativ-Workshop durch. Ziel dieses Workshops war die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen, die Mitarbeiter im Umgang mit Zwischenfällen unterstützen und die Kommunikation fördern sollen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Literaturreviews, der Ergebnisse aus den Fokusgruppen und der formulierten Thesen wurden durch die Anwendung verschiedener Moderationstechniken kreative Ideen diskutiert und Massnahmenvorschläge entwickelt.

In einem ersten Schritt wurden die theoretischen Grundlagen aus dem Literaturreview rekapituliert und mit den Ergebnissen aus den Fokusgruppen reflektiert. Das Hauptaugenmerk lag dabei auf den Ergebnissen der Fokusgruppen. Ausgehend von diesen Überlegungen wurden Ziele und Wirkungen formuliert, die mit den Massnahmen erreicht werden sollten.

In einem zweiten Schritt erfolgte die Formulierung konkreter Massnahmen, welche die gesetzten Ziele und Wirkungen bei der Zielgruppe unter Berücksichtigung der Thesen erreichen sollten. Die formulierten Massnahmen wurden entsprechend der erwarteten

Wirkung, der Inhalte, der Adressaten, möglichen Formate und der Ansiedlung intensiv diskutiert. Ebenfalls wurden Erkenntnisse aus dem Bereich der Traumaverarbeitung und der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen einbezogen. Im Ergebnis der intensiven Auseinandersetzung konnten konkrete Massnahmen entwickelt werden, die den Bedürfnissen von betroffenen Mitarbeitern nach einem Zwischenfall entsprechen und in geeigneter Art und Weise Unterstützung bei der Bewältigung der emotionalen Situation bieten.

In der Schlussphase des Kreativ-Workshops wurden alle entwickelten Massnahmen unter Massgabe der praktischen Umsetzbarkeit priorisiert und eine Komposition von sich ergänzenden Massnahmen zusammen gestellt.

Mass- nahme	Film (ca. 30 Min.)	Schriftenreihe	Flyer	Kaderteaching (2 Tage)	Basisteaching (Verhalten und Kommunikation)	externe Anlaufstelle (Emotionen auffangen)
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> - Story - ERA-Berichte - gute/schlechte Erfahrungen - Einbezug von Hierarchien - Ärzte/Pflege - Bedürfnisse - in 3 Sprachen 	<ul style="list-style-type: none"> - alles Erarbeitete zum Thema - Auslegeordnung - Eingrenzung/ Positionierung im Gesamtkontext 	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation und Psychologie in der Akutsituation 	<ul style="list-style-type: none"> - Grundlagen - Film - Rollenspiele - Konzeptentwicklung - Umgang mit Emotionen/Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> - Film - Flyer - kommunikative und psychologische Akutreaktion - Wissen- und Verhaltenstraining - Scham - Normalität - Rollenspiele - Emotionalität vs. Rationalität 	<ul style="list-style-type: none"> - psychologische Betreuung - Krisenintervention - Traumaverarbeitung - Anlaufstelle (Akuthilfe, Triage für nötigenfalls weitere Betreuung)) - Dauer: 1-3 Gespräche
Wirkung / Zweck	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisierung - Bereitschaft erzeugen - "Man ist nicht allein" - Normalität des emotionalen Chaos - Fortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen und Grundlagen vermitteln für Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> - Awareness/Checkliste /Handlungsleitfaden 	<ul style="list-style-type: none"> - Befähigung - Kompetenz - Weitertragen 	<ul style="list-style-type: none"> - reden können (Anbieter und Rezipient, aktiv-passiv) - mit Emotionen umgehen können --> Entlastung 	<ul style="list-style-type: none"> - Akuthilfe - Triage
Adressaten	<ul style="list-style-type: none"> - Alle inkl. Studenten, Kader, Basis 	<ul style="list-style-type: none"> -Entscheidungsträger 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle 	<ul style="list-style-type: none"> - Kader - Führung - Stäbe - Spitalleitung - Ärzte und Pflege - RM und QM - interdisziplinär 	<ul style="list-style-type: none"> - Alle, Basis, Studenten - interdisziplinär mit berufsgruppenspezifisch getrennten Anteilen oder zweigleisig 	<ul style="list-style-type: none"> - second victims (betroffene „Täter“/betroffene Verursacher)

Mass- nahme	Film (ca. 30 Min.)	Schriftenreihe	Flyer	Kaderteaching (2 Tage)	Basisteaching (Verhalten und Kommunikation)	externe Stelle (Emotionen auffangen)
Ansiedlung	- Stiftung für Patientensicherheit in Kooperation (Uni, Doktorand, Medienstelle) - verfügbar gegen Lizenz/Preis	- Stiftung für Patientensicherheit	- Stiftung für Patientensicherheit	- intern/extern	- intern/extern	- niedergelassene psychol. Dienstleister evtl. Link Remed (mit Kenntnis Spitalwelt), - Rolle Stiftung?

6 Zusammenführung der Ergebnisse

Die entwickelten Vorschläge für Massnahmen, Hilfsmittel und Angebote sollen direkten praktischen Nutzen bringen und sind Bestandteile eines Handlungsrahmens für praxisrelevante Umsetzungsaktivitäten. Sie sind entsprechend der Bedürfnisse von betroffenen Mitarbeitern entwickelt worden und bieten damit zum einen die Möglichkeit der Verarbeitung und Milderung der Auswirkungen eines Zwischenfalls und zum anderen fördern sie die Sensibilisierung aller Mitarbeiter hinsichtlich des Umgangs mit Zwischenfällen. Die Massnahmen sind als Gesamtkomposition zu verstehen, bei der die einzelnen Elemente einander ergänzen. Das Angebot einer einzelnen Massnahme allein würde nicht den verschiedenen Bedürfnissen betroffener Mitarbeiter genügen.

Folgende Komposition an Massnahmen sollten mit Bezug auf den in den Vorarbeiten identifizierten Bedarf entwickelt werden:

formulierte Bedürfnisse aus den Fokusgruppen und dem Literaturreview	empfohlene Massnahmen, Hilfsmittel, Angebote
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung in Sachen Fehler-/Sicherheitskultur • Langfristige Änderungen der Erwartungssituation von im Gesundheitsbereich Tätigen (Vorbereitet sein auf Fehlersituation und die daraus folgenden emotionalen Folgen). 	→ Kurzfilm (ca. 30 Min)
<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von theoretischen Grundlagen im Umgang mit Zwischenfällen • Auslegung einer breiten Wissensbasis • Angebot für Selbststudium und als Dokument für Kaderteaching, Basisteaching 	→ Schriftenreihe
<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung komprimierter Inhalte der Schriftenreihe 	→ Flyer
<ul style="list-style-type: none"> • besondere Unterstützung von neuen und jungen (unerfahrenen) Mitarbeitern • interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Bewältigung eines Zwischenfalls • interdisziplinäre (sachliche, systematische) Fehleranalyse des Zwischenfalls • Erlernen, wie mit dem emotionalen Erleben nach einem Zwischenfall umgegangen werden kann • Erlernen, wie mit dem Zwischenfall innerhalb des Team umgegangen werden sollte • als Nachweis einer Fortbildung und Qualifikation zur Übernahme von Führungspositionen • obligatorische (!) Coaching-Schulungen/Debriefing-Schulungen 	→ Kaderteaching (2 Tage)

formulierte Bedürfnisse aus den Fokusgruppen und dem Literaturreview	empfohlene Massnahmen, Hilfsmittel, Angebote
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung und Schulung hinsichtlich einer „neuen Fehlerkultur/Sicherheitskultur/Fehlerverständnis“ – weg von Schuldzuweisungen! • Lernen, wie man mit Zwischenfällen umgeht (aktives Aufeinander-Zugehen) • interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Bewältigung eines Zwischenfalls • interdisziplinäre (sachliche, systematische) Fehleranalyse des Zwischenfalls • Erlernen, wie mit dem emotionalen Erleben nach einem Zwischenfalls umgegangen werden kann • Erlernen des Umgangs mit den Kollegen und im Team • als Nachweis einer Fortbildung und Qualifikation zur Übernahme von Führungspositionen • obligatorische (!) Coaching-Schulungen 	<p>→ Basisteaching (Verhalten und Kommunikation)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Rückhalt auf emotionaler Ebene • Bedarf an institutionellen Gefässen für emotionale Ebene • Auffangen erster emotionaler Reaktionen nach einem Zwischenfall • Anlaufstelle, wenn Vorgesetzter in den Zwischenfall involviert ist 	<p>→ externe Anlaufstelle (Emotionen auffangen)</p>

7 Anhang

Who wants to talk about their errors?

Recruitment of staff for focus group discussion of coping with error

David LB Schwappach, PhD MPH
Scientific Head
Swiss Patient Safety Foundation
Asylstrasse 41
8032 Zuerich, Switzerland
Tel +41 43 243 76 21
Fax +41 43 243 76 71
Schwappach@patientensicherheit.ch

ACKNOWLEDGMENTS:

The author thanks Olga Frank and Marc-Anton Hochreutener for their help during the study and comments on an earlier draft. The valuable support by the 11 participating hospitals is highly appreciated. This study was supported by a grant of the Swiss Medical Association. The funding source had no influence on study design; in the collection, analysis, and interpretation of the data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication. The contents are the responsibility of the author and do not necessarily represent the views of the funding source.

ABSTRACT:

Objective: To recruit hospital staff for participation in focus groups for discussion of personal experiences with error, coping with errors and support by peers and supervisors.

Methods: A brief screening survey assessing personal experiences with errors and subsequent support by peers was administered to hospital staff via the internet and asked

responders for participation in focus group meetings. Staff of 11 acute care hospitals was invited to the survey via an email announcement.

Results: 5,806 individuals were invited to the survey, of which 498 (9%) started the survey and 143 (2%) completed it. The majority of respondents had experienced an error in the past (90%) and 25% reported involvement in error that caused patient harm. Physicians were significantly more likely to report errors associated with patient harm than nurses (40% vs. 12%, $p < 0.001$). Among those that completed the survey, 34 (24%) declared interest in focus groups and 18 (13%) finally participated. Nurses were 4 times more likely to agree to participate compared to physicians (OR=4.54, 95%CI 1.20-17.08; $p = 0.025$). Having experienced a significant error with patient harm in the past was the strongest predictor for agreement to participation (OR=6.45, 95%CI 1.30-32.02; $p = 0.023$).

Conclusions: We administered a survey to a reasonably large sample of staff but the actual participation rate suggests that this design was relatively ineffective. Only a very distinct subgroup of individuals was able and willing to disclose their views. This is relevant for the interpretation of data gathered in the groups and for the development of supportive measures.

Key words: medical errors; focus groups; health personnel

INTRODUCTION:

There is increasing evidence that health care staff involved in medical errors often experience serious emotional and health-related consequences, such as severe emotional distress, burn-out or depression, and these reactions can imprint a permanent emotional scar [1;2]. Communication and interaction with colleagues and supervisors are perceived as the most helpful resource by physicians but individuals involved in errors often feel not supported in coping with this experience by the institutions they work in [3-5]. The Swiss Patient Safety Foundation is currently developing a framework of recommendations for acute care institutions on how to provide staff with formal and informal systems of support. On the basis of a systematic review that was conducted initially [6], it was decided to complement the international evidence with national and thus culturally specific data obtained in focus groups with staff working in acute care hospitals in Switzerland. Focus groups were considered appropriate to obtain data pertaining to a) actual experiences of error and reactions by colleagues and supervisors in the aftermath of error, b) needs, ideas and wishes regarding to supportive measures within the hospital environment. We planned to conduct focus groups with physicians and nurses with various clinical backgrounds and of different hierarchical positions. However, recruitment of participants proved extremely difficult. To approach potential candidates for focus group participation and obtain a diverse sample with various backgrounds, we used a brief quantitative screening survey that was administered via the internet to a predefined sample of hospital staff. In this research note we describe the process and outcomes of participant recruitment.

METHODS:

We developed a brief self-administered screening survey which included 11 questions (5 related to personal and work-related characteristics; 3 related to experiences of errors;

and 4 related to focus group participation). In the last section, subjects were asked to provide details that could be used to contact them (email address or phone number) and to select any out of nine dates they would be available for participation. Focus groups were presented as taking place on weekdays during evening hours at a central and neutral location and would last for about 2 hours. Responders were informed at the beginning of the survey that focus groups participants would be compensated with 100 Swiss Francs (ca. 62€). We did not include any checks for internal consistency or validity of responses, i.e., checks for completeness, to minimize barriers to survey completion. The survey was published on a secured internet site. We approached 11 hospitals that agreed to invite their staff to participate in the survey via email. The invitation included a brief statement on the purpose of the project ("institutional support in coping with adverse events") and the aim to recruit participants for focus groups. Staff was motivated to participate in the survey. It was clearly stated that both the survey and the focus groups guaranteed complete anonymity to participants and that the hospital only served as transmitter of the invitation but would not have access to survey responses or discussion in the focus groups, nor would the hospital be informed about who responded to the survey or participated in the groups. Physician and nursing staff of the 11 hospitals received the email-invitation and link to the survey via the internal staff information systems. The accessibility and technical performance of the survey from the hospital networks was pretested.

RESULTS:

In total, 5,806 individuals were invited to participate in the survey (approximately 30% physicians and 70% nurses). Only a small fraction of recipients started the survey (n=498; 9%) and even less completed it (see figure 1). The completion rate was 29%. Of those that completed the survey (n= 143) only 34 provided informed consent and agreed to

participate in focus groups (24%; 7% of those that started the survey; 0.06% of all invited individuals).

Demographic details of responders are provided in table 1.

Survey responses are contaminated by a high number of drop-outs and considerable fractions of item non-response, either intentional or non-intentional. Among those that provided data, 70% were female. 53 (40%) were physicians and 70 (53%) were nurses (the remainder were staff of other professions). An analysis of individuals that dropped-out during survey completion is per definitionem restricted to the data provided by these prior to drop-out. After adjusting for gender, age and supervisor status, the only significant predictor of survey drop-out was nursing vs. physician participant (OR=3.61, 95%CI 1.11-11.68; p= 0.032). As can be seen from table 2, the majority of those that responded to this question had experienced an error in the past (90%) and 25% reported involvement in error that caused patient harm. Physicians were significantly more likely to report errors associated with patient harm than nurses (40% vs. 12%, p<0.001).

34 individuals agreed to participate in focus groups. 22 were nurses, 25 were female, all had experienced an error in the past and 23 felt supported to cope by their colleagues or supervisors. 29 were very or rather confident to get sufficient support by the current colleagues in case of future errors.

Logistic regression analysis reveals that only profession and past experience of error with patient harm were significant predictors of willingness to participate in focus group meetings. Nurses were 4 times more likely to agree to participate (OR=4.54, 95%CI 1.20-17.08; p=0.025) as compared to physicians. Individuals that had experienced a significant error with subsequent patient harm in the past had 6 times the odds for agreement to participation (OR=6.45, 95%CI 1.30-32.02; p=0.023). Of the 34 responders that agreed to participate, 18 finally visited focus group meetings (53%; 7 physicians and 11 nurses). The remainder were either lost to follow-up (e.g., did not respond to various approaches to

contact them), actively declined to participate when making arrangements, or did not show up.

DISCUSSION:

This research note reports about experiences with recruiting physicians and nurses working in acute care hospitals for participation in focus groups to discuss their experiences with errors, perception of peer and supervisor support and ideas/needs for support to cope. The results may be valuable for other researchers setting up similar research designs. We administered a quantitative survey to a reasonably large sample of potential participants but the actual participation rate suggests that this design was relatively ineffective. We can only speculate on the reasons underlying the dominating choice of refusal. Refusal to participate may reflect emotions of denial - a major barrier to coping with error among the medical profession [7]. Contrary, more subjects may have been willing to share their experiences in general but were reluctant to participate due the format of group discussions, or misconceptions of confidentiality, or other forms of distrust. Though subjects were informed at the beginning of the survey that staff from different hospitals is being invited individuals may have refused participation due to fears to meet colleagues or supervisors and consequently loss of anonymity.

However, our approach allows us to draw some conclusions about who is prepared to share their experiences with errors and coping. Surveyed staff may have been willing to participate either because they perceive the subject as being important for health care staff and want to provide support for any activities aimed to reduce emotional distress or because they themselves appreciate the opportunity to communicate with peers about their personal experiences, or both. Among responders, nurses were more likely to agree to participation than physicians. This may reflect differences in the types of errors involved, differences in coping with error, or more generally, differences in socialization

between the professional groups. Analyses of critical incident reporting systems showed that nurses are more likely to report incidents, and the types of reported incidents differ to those reported by physicians in that they are less likely to involve severe patient harm [8]. In our sample, involvement in error associated with patient harm was the strongest predictor for willingness to participate in group discussions. The fact that the majority of responders with a history of error and subsequent patient harm reported appropriate support by peers and felt confident to receive this support in case of future errors is surprising. It suggests that only a very distinct subgroup of individuals – namely those that encountered positive conditions for coping – were able and willing to disclose their views. Vice versa, it can be speculated that perceived support by peers enables staff to cope and subsequently talk about their experiences. This will be highly relevant for the interpretation of data gathered in the groups and for the development of any supportive measures.

REFERENCES:

- (1) Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336: 488-91.
- (2) West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006; 296: 1071-8.
- (3) Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33: 467-76.
- (4) Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996; 5: 71-5.
- (5) White AA, Waterman A, McCotter P, Boyle DJ, Gallagher TH. Supporting health care workers after medical error: considerations for health care leaders. *Journal of Clinical Outcomes Management* 2008; 15: 240-7.
- (6) Schwappach DLB. The impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability (in press). *Swiss Med Weekly* 2008.
- (7) Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med* 2006; 81: 86-93.

- (8) Rowin EJ, Lucier D, Pauker SG, Kumar S, Chen J, Salem DN. Does Error and Adverse Event Reporting by Physicians and Nurses Differ? *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34: 537-45.

TABLES:

Table 1: Demographic characteristics of survey responders

Demographic variable	n (%) responders
Age (years)	
25 - 35 years	56 (42%)
36 - 45 years	56 (42%)
46 - 55 years	15 (11%)
> 55 years	6 (5%)
Gender	
Female	93 (70%)
Male	39 (30%)
Function	
Intern	13 (10%)
Senior physician	18 (14%)
Senior consultant	13 (10%)
Head of department	9 (7%)
Qualified nurse	27 (20%)
Senior nurse	43 (33%)
Other staff	9 (7%)
Speciality	
Surgery	17 (13%)
Internal Medicine	15 (11%)
Pediatrics / Neonatology	14 (11%)
Obstetrics / gynecology	10 (8%)
Anesthesiology	10 (8%)
Other (Summarized)	67 (51%)

Table 2: Self-reported experiences of errors

Self-reports of errors	n (%) responders
Experience of error ¹	
Yes, with patient harm	31 (25%)
Yes, without patient harm	75 (60%)
Yes, patient harm not known	5 (4%)
No, never	13 (10%)
Support by colleagues and supervisors after error ²	
Yes, absolutely	42 (34%)
Rather yes	36 (29%)
Yes, but not meeting needs	14 (11%)
Rather not	17 (14%)
Absolutely not	2 (2%)
Not applicable	12 (10%)
Expected future support by current colleagues and supervisors in case of error ³	
Yes, absolutely	46 (38%)
Rather yes	57 (47%)
Rather not	15 (12%)
Absolutely not	3 (2%)

Survey questions translated from German original:

¹ Have you ever made an error in patient care in hospital?

² Did you get support by your colleagues or your supervisors in hospital in coping with the situation?

³ Do you feel confident that your current colleagues and supervisors in hospital would provide sufficient support if you were involved in an error?

FIGURES:

Figure 1: Presentation of study recruitment and successive drop-outs

