



**Arbejdsgruppen vedrørende omsorg
for “second victim”**

**Anbefalinger til bestyrelsen
for Dansk Selskab for
Patientsikkerhed**

Udgivet af
Dansk Selskab for Patientsikkerhed
September 2014

Hvidovre Hospital
Afsnit P610
Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Tel. +45 3862 2171

info@patientsikkerhed.dk
www.patientsikkerhed.dk



Dansk Selskab for
Patientsikkerhed

Indledning

Siden årtusindskiftet har Danmark været et af de lande i verden, der har arbejdet mest målrettet og ambitiøst med at forbedre patientsikkerheden og øge kvaliteten af behandlingen i sundhedsvæsenet. De sundhedsprofessionelles viden om, indsigt i og holdninger til forebyggelse af utilsigtede hændelser har ændret sig dramatisk over de seneste godt ti år. Vi er gået fra en kultur, hvor fejl og utilsigtede hændelser var den enkeltes skyld, til en kultur, der har en forståelse af, at langt de fleste uheld sker på grund af iboende systemfejl.

Trods denne indsats er der stadig mange patienter, der skades i forbindelse med behandling i sundhedsvæsenet. I 2012 modtog Patientombuddet over 155.000 rapporter om utilsigtede hændelser og afsluttede sagsbehandlingen af ca. 105.000 rapporter. Blandt de færdigbehandlede rapporter vedrørte 85 % hændelser, hvor der højst var sket "mild skade" på patienten, det vil sige en skade, der ikke krævede øget behandling eller observation. Men over 3.000 af rapporterne omhandlede patienter, der var blevet alvorligt skadede eller ligefrem var døde som følge af den utilsigtede hændelse. Samtidig modtog Patientombuddet i 2012 ca. 4.300 klager over den sundhedsfaglige behandling, hvoraf størstedelen (70 %) rettede sig mod en ansat i sundhedsvæsenet.

Fra både danske og internationale studier ved vi, at det reelle antal utilsigtede hændelser er meget større. Der er således dagligt et stort antal patienter, der kommer alvorligt til skade eller dør – ikke af deres sygdom, men af sundhedsvæsenets behandling. Patienterne er naturligvis de primære skadelidte ("Det første offer" for hændelsen), og den første indsats efter en alvorlig skadevoldende hændelse handler om at afbøde konsekvenserne samt informere patienten og de pårørende.

Men ikke kun patienten og dennes pårørende rammes, når der sker en skade. De involverede fagpersoner kan også opleve en psykisk belastningsreaktion. I denne rapport fra en arbejdsgruppe nedsat af Dansk Selskab for Patientsikkerhed fremlægges en række anbefalinger til, hvordan man kan mindske risikoen for, at personalet ("second victim") lider skade efter en alvorlig utilsigtet hændelse eller en klagesag og hjælpes til at vende tilbage til arbejdet og tage hånd om patienterne. Anbefalingerne retter sig mod den enkelte, kollegerne og organisationen (det være sig et sygehus, et plejehjem, en region, en praksis, et bosted eller et hjemmeplejedistrikt).

Arbejdsgruppen opfatter indsatsen overfor de fagpersoner¹, der rammes af følgerne af en utilsigtet hændelse eller en klagesag, som en vigtig og integreret del af det samlede patientsikkerhedsarbejde, og det er arbejdsgruppens forventning, at denne indsats kan styrke det samlede patientsikkerhedsarbejde.

Arbejdsgruppens kommissorium og sammensætning fremgår af henholdsvis bilag A og bilag B.

1) Fagpersoner anvendes i denne rapport om ansatte eller selvstændige, der arbejder med sundhedsfaglige opgaver, uanset om disse løses under sundhedslovens eller servicelovens områder. Der kan således være tale om (tand)læger, sygeplejersker, terapeuter, social- og sundhedsassistenter eller -hjælpere, pædagoger, omsorgsmedhjælpere m.v.

Baggrund

Dansk Selskab for Patientsikkerhed opstillede i januar 2006 en række anbefalinger for "håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse" og i november 2006 forslag til redskaber for at tage hånd om personale, der har været involveret i en utilsigtet hændelse. Anbefalingerne og forslagene indgik som en del af læringssættet 'Når skaden er sket'², der primært vedrører omsorg for patienter, som har været udsat for en skadevoldende hændelse. Arbejdsgruppens syv anbefalinger gengives her:

- Hospitalet bør have en politik, som sikrer "hjælp til sundhedspersoner der oplever en psykisk belastning efter at have været involveret i en helt usædvanlig hændelse". Formålet er at hjælpe sundhedspersonalet med at klare den stress/belastning, der opstår ved en utilsigtet hændelse, således de kan tage hånd om patienterne, og sundhedspersonalet kan vende tilbage til arbejdet med normal arbejdsindsats.
- Da sundhedspersonalets behov vil være forskellig, skal støtteprogrammet indeholde forskellige tilbud heriblandt rådgivning af enkelte personer eller gruppe samt korte og længere perioders rådgivning.
- Den administrative politik skal sikre, at sundhedspersonalet får en passende tilpasning af ansvar og frihed, hvis der er brug for det, så de kan komme sig efter oplevelsen.
- Sundhedspersonalet bør have struktureret hjælp til at rapportere den utilsigtede hændelse som et team og bør få instruktion i at dokumentere hændelsen i de medicinske journaler/fortegnelser.
- Træning i at kommunikere med patienten og de pårørende under den følelsesmæssige intense periode, der følger efter en episode, kan være essentiel for at bevare medfølelses- og tillidsforholdet.
- Der skal udvikles uddannelsesprogrammer for sundhedspersonalet, delingsledere og nøglepersoner om, hvordan man yder kolleger støtte, når de er "second victim".
- Endelig vil sundhedspersonalet nyde godt af støtte under "peer review", QA (Quality assurance)/QI (Quality improvement) og kerneårsagsanalyse processer. Dette kan inkludere både procesinstruktioner og direkte støtte under selve hændelserne.

Som det fremgår, er anbefalingerne formuleret, så målgruppen primært er hospitaler og andre større organisationer med forskellige ledelsesniveauer. Der er således ikke fokuseret særligt på forholdene i kommunerne og på situationer, hvor det involverede personale arbejder i meget små organisationer eller helt alene (fx praksissektoren). Dertil kommer omstændigheder, hvor sundhedspersonen ikke indgår formelt i den organisation, hvor hændelsen har fundet sted (vikar fra vikarbureauer, eksterne honorarlønnede konsulenter etc.).

Bestyrelsen besluttede på sit møde i november 2012 at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at vurdere behovet for at revidere eller supplere anbefalingerne. Dette skete med baggrund i en oplevelse af, at der er store lokale

2) <http://www.sikkerpatient.dk/fagfolk/naar-skaden-er-sket.aspx>

forskelle i opfølgningen og omsorgen for second victims, og at der siden anbefalingerne fra 2006 er sket betydelige ændringer på området, herunder udvidelse af patientsikkerhedslovgivningen til primærsektoren og ændrede regler og institutioner på patientklageområdet.

Ændringer med særlig betydning for second victim siden 2006

I de følgende afsnit redegøres der kortfattet for disse ændringer.

Udvidelse af patientsikkerhedsordningen

Da lov om patientsikkerhed trådte i kraft 1. januar 2004 gjaldt den kun hospitalssektoren (såvel offentlige som private). Her havde man på dette tidspunkt allerede mange års erfaring med at arbejde med kvalitet og siden årtusindskiftet også med patientsikkerhed. Det var fra patientsikkerhedsordningens begyndelse hensigten, at den skulle udvides til hele sundhedssektoren, når man havde gjort sig nogle erfaringer på hospitalerne.

Den første udvidelse kom pr. 1. september 2010, hvor de øvrige dele af sundhedsvæsenet kom med i ordningen, dvs. den kommunale sundhedssektor, praksissektoren, apotekssektoren og den præhospitale sektor (ambulancer m.v.), mens den anden udvidelse trådte i kraft 1. september 2011, hvor det blev muligt for patienter og pårørende at rapportere utilsigtede hændelser.

Hospitalssektoren adskiller sig på flere måder afgørende fra de øvrige sundhedssektorer. Dels havde fokus for patientsikkerhedsarbejdet netop været hospitalerne, hvor man således allerede inden rapporteringssystemets etablering havde erfaring med at arbejde for sikkerheden og ændre kulturen, dels er arbejdsformen ganske anderledes. Hospitaler er store organisationer med komplekse faglige og kollegiale netværk, hvor man aldrig er alene på arbejde. I store dele af den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og den præhospitale sektor arbejder mange ansatte i meget små grupper eller helt alene. Dette har betydning for mulighederne for at give medarbejderen plads til at have en umiddelbar reaktion på den skadevoldende hændelse, som det fremgår af arbejdsgruppens anbefalinger til organisationen.

Udvidelsen af rapporteringssystemet til også at omfatte patienter og pårørende vurderes ikke at give anledning til en ændret tilrettelæggelse af omsorgen for personale, der er involveret i en alvorlig skadevoldende hændelse.

Etablering af Patientombuddet

Efter mange års diskussioner og debat omkring blandt andet håndtering af patientklager blev Patientombuddet oprettet den 1. januar 2011. Patientombuddet er en uafhængig, statslig institution, der hører under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, og som overtog opgaver fra Sundhedsstyrelsen og Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Ombuddet fungerer desuden som sekretariat for Patientskadeankenævnet.

Etableringen af Patientombuddet medførte to markante ændringer af patientklagesystemet: Det blev muligt dels at afholde dialogsamtaler, dels at klage over behandlingsstedet og ikke kun overkonkrete sundhedspersoner. Det er fortsat muligt at klage over enkeltpersoner, og klager af denne type afgøres af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn efter samme principper og regler som det daværende patientklagenævn.

Hvis man ønsker at klage over behandlingsstedet og ikke over en konkret sundhedsperson, kan man indsende sin klage til regionen eller Patientombuddet, hvorefter man vil blive tilbudt en dialogsamtale. Hensigten med samtalen er at give patienten mulighed for at få svar på eventuelle spørgsmål og at tale med den eller de sundhedspersoner, der var involveret i forløbet. Der bliver dermed også skabt bedre mulighed for, at behandlingsstedet kan lære af det passerede. Efter dialogsamtalet kan patienten vælge at frafalde klagen, at fastholde klagen som en klage over behandlingsstedet, eller at klage over en eller flere konkrete sundhedspersoner.

I 2012 holdt regionerne 878 dialogsamtaler. Lidt under halvdelen, ca. 41 %, af de patienter, der modtog tilbud om dialogsamtale i 2012, frafaldt eller afsluttede deres klage kort efter en dialogsamtale. Tallene skal se i lyset af, at der i 2012 blev oprettet 5.400 klagesager i Patientombuddet.

En undersøgelse foretaget af Region Hovedstadens Enhed for Brugerundersøgelser viser, at både klagere og personale giver udtryk for, at det generelt er en positiv oplevelse at deltage i en dialogsamtale. Klagerne får mulighed for at blive hørt, mens hovedparten af personalet mener, at der er læringspotentiale i dialogen. Der er dog også erfaringer, der tyder på, at det ikke entydigt er en positiv oplevelse for patient eller personale at deltage i dialogsamtaler, hvis den sundhedsperson, som deltager, har været direkte involveret i den behandling, der klages over.

Der er så vidt vides ikke i Danmark foretaget nogen systematiske undersøgelser af, hvor ofte det personale, der er personligt involveret i hændelserne i forbindelse med klagesagerne, deltager i dialogsamtalerne, og hvilken effekt deltagelse har haft på evt. psykiske belastningsreaktioner mv.

Den Danske Kvalitetsmodel

Sygehuse

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er de senere år udvidet til også at omfatte primærsektoren, selvom DDKM ikke er obligatorisk i kommunerne, som den er på sygehusene. På nogle områder er akkrediteringsstandarderne stadig under udvikling og er ikke i alle tilfælde obligatoriske for alle enheder inden for den pågældende sektor.

Omsorg for personale efter en utilsigtet hændelse er omfattet af akkrediteringsstandard 1.2.9 i Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse. Standarden lyder: "Der drages omsorg for patienter, pårørende og personale, der har været involveret i en utilsigtet hændelse."

Indholdet af standard 1.2.9, hvad angår omsorg for personalet, er: "Omsorg for personale, som har været involveret i en utilsigtet hændelse, kan bl.a. ske ved gennemgang af hændelsesforløbet og det videre forløb for patienten samt information om eventuel videre sagsgang." De tilhørende indikatorer er:

1. Der foreligger retningslinjer for omsorg og eventuel behandling til patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse.
2. Ledere og medarbejdere kender relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.

Standarderne for sygehuse er også gældende for private hospitaler og større private klinikker med flere ansatte og eventuelt flere ledelseslag.

Apoteker

I akkrediteringsstandarderne for apoteker fremgår (1.2.7), at der bl.a. skal foreligge retningslinjer for håndtering af utilsigtede hændelser opstået på apoteket, der beskriver, hvornår og hvordan der følges op i forhold til implicerede. Det er i standarden uddybet, at "implicerede" også dækker personale på apoteket.

Almen praksis

Pilotversionen af akkrediteringsstandarder for almen praksis omfatter i standard 3.1 (Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser) også omsorg for personalet. Standardens formål er bl.a. "At tilbyde patienter, pårørende og personale relevant omsorg og eventuel behandling efter en utilsigtet hændelse".

Kommuner

I de fem standardpakker for kommunerne hedder det under standard 1.2.4 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser, at "Der rapporteres, analyseres og følges op på utilsigtede hændelser i forbindelse med leverede sundhedsydelse." Indikator 1 vedrørende krav om retningsgivende dokumenter omfatter bl.a. punktet: "Hvilke tiltag, der iværksættes overfor borgere, medarbejdere, ledere og øvrige samarbejdspartnere, der har været direkte eller indirekte involveret i en utilsigtet hændelse, herunder håndtering af alvorlige hændelser". Det fremgår dog ikke eksplicit, om tiltagene omfatter omsorg over for medarbejderne.

Det præhospitalt område

Standard 1.2.6 for det præhospitalt område: Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser" har som delformål "... at tilbyde patienter, pårørende og personale relevant omsorg og eventuel behandling efter en utilsigtet hændelse". Der skal herunder foreligge dokumentation for, hvordan der drages omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse.

Øvrige områder

Der findes ikke tilsvarende standarder om omsorg for personale i de særligt tilpassede akkrediteringsstandarder for mindre, private speciallægeklinikker eller -praksis med højst et ledelseslag og ingen eller kun ganske få medarbejdere. Standarderne for praktiserende speciallæger er i høringsfase og ikke tilgængelig på hjemmesiden www.ikas.dk.

Sig Undskyld

I 2008 udgav Dansk Selskab for Patientsikkerhed med støtte fra TrygFonden et lærings sæt ("Sig Undskyld"³⁾) med fokus på gennemførelse af de vanskelige samtaler med patienter og pårørende efter utilsigtede hændelser. Materialet henvender sig til såvel direkte behandlingsansvarlige sundhedspersoner og ledere. Lærings sættet indeholder også ti gode råd til sundhedspersoner med patientkontakt om egenomsorg efter hændelsen.

Opsummering af ændringer med særlig betydning for second victim siden 2006

De senere års udvidelser af rapporteringssystemet og etablering af Patientombuddet samt Den Danske Kvalitetsmodel har på mange måder haft en positiv indflydelse på mulighederne for at drage omsorg for fagpersoner, der involveres i en utilsigtet hændelse eller klagesag.

Udvidelsen af rapporteringssystemet har betydet, at alle sundhedsvæsenets sektorer nu er forpligtede til at arbejde for at forbedre patientsikkerheden. Dermed er second victim-problemstillingen blevet langt tydeligere end tidligere blandt de fagpersoner, der nu også er omfattet af rapporteringssystemet.

Med Den Danske Kvalitetsmodel er der desuden kommet krav om, at driftsorganisationerne kan dokumentere at have etableret systemer for at drage omsorg for berørte fagpersoner.

Med indførelse af tilbuddet om dialog samtaler har de involverede sundhedspersoner både fået nye muligheder men også nye udfordringer for de involverede sundhedsprofessionelle. Forventningen er, at dialog samtalerne kan hjælpe både patient og sundhedsperson med at komme videre men stiller også krav om, at man tør se hinanden i øjnene.

Litteratur

Arbejdsgruppen har ikke foretaget et egentligt litteraturstudie, men litteraturen er blevet skannet med et særligt fokus på (evidensbaserede) anbefalinger til omsorg for second victims. Der er desuden kun søgt på litteratur fra de senere år.

I 2012 publicerede Deborah Seys og medarbejdere to oversigtsartikler med gennemgang af eksisterende engelsksproget litteratur om dels forekomsten og følgerne af emotionelt stress efter utilsigtede hændelser, dels hvordan sundhedspersoner kan støttes, når de involveres i utilsigtede hændelser.

Forekomsten af second victims blev vurderet i tre studier. Et studie (Lander et al. 2006) fandt reaktioner op til seks måneder efter en hændelse hos 10 % af de medlemmer af en forening for speciallæger i øre-næse-halssygdomme, der havde besvaret et udsendt spørgeskema. I et andet studie (Scott 2010) fandtes 30 % af hospitalsansatte tilhørende forskellige faggrupper at have personlige problemer op til 12 måneder efter, at de havde været involveret i fejlbe-

3) http://www.sikkerpatient.dk/media/10226/sig_undskyld.pdf

handling. Endelig var der i en undersøgelse af autoriserede sundhedspersoner fra Pennsylvania, 41 %, der oplyste at have været moderat påvirket og 2,5 % svært påvirket af en medicineringsfejl (i hele deres karriere) (Wolf et al. 2000).

Med hensyn til vurdering af tiltag identificerede Seys et al. 21 artikler, hvoraf kun én havde vurderet effekten af intervention. I diskussionsafsnittet lægger forfatterne vægt på, at problemstillingerne omkring second victim ses i sammenhæng med et generel fokus i organisationen på forståelse af mekanismerne bag af utilsigtede hændelser, og hvordan der drages læring af dem.

Udvikling af en moden patientsikkerhedskultur er både en forudsætning for og en konsekvens af, at organisationen tager hånd om det involverede personale, der ellers vil miste tilliden til og respekten for arbejdsstedet. Ifølge den gennemgåede litteratur vil ubearbejdet emotionelt stress øge risikoen for, at en sundhedsprofessionel involveres i en ny utilsigtet hændelse. Ved manglende støtte er der risiko for, at sundhedspersonen overvejer og måske beslutter at forlade deres job (Arndt, 1994).

Der synes ikke at findes megen litteratur på området, og den, der findes, viser stort set tilbage til et mindre kvalitativt studie af Scott et al. (2009), hvor man undersøgte 31 sundhedspersoners oplevelser og reaktioner efter at have været involveret i en alvorlig utilsigtet hændelse. På baggrund af undersøgelsen opstilles en model for en seks-faset reaktion, som delvist beskriver en klassisk krisereaktion, men som tillige tager højde for de særlige forhold, der gør sig gældende for en sundhedsperson, som har været involveret i en skadevoldende hændelse.

De seks faser kan beskrives således:

1. I den første fase går det op for fagpersonen, at der er sket en alvorlig hændelse. Der råder kaos, og man har fokus på at afbøde konsekvenserne af hændelsen, fx ved akut behandling af patienten.
2. I den anden fase vil fagpersonen ofte have påtrængende og vedholdende tanker om egen utilstrækkelighed og inkompetence. Eventuelt isolerer personen sig.
3. Genetableringen af personlig integritet begynder. Nogle vælger at søge støtte fra en person, man stoler på, men ofte oplever second victimet, at andre ikke kan forstå og relatere til det hændte. Dette kan være særligt udtalet, hvis hændelsen ikke diskuteres åbent i det kollegiale fællesskab, men alle alligevel langsomt hører om den på rygtebasis.
4. Fjerde fase er præget af frygten for sanktioner, hvor man frygter at miste sit job, at blive klaget over eller at komme under tilsyn.
5. I den femte fase opsøges hjælp, der enten kan være personlig i form af nære pårørende eller kolleger, man er fortrolig med, eller som kan være professionel hjælp.
6. Den sidste fase beskriver, hvordan man kommer videre i en af tre retninger:
 - forlader afdelingen eller professionen;
 - overlevelse (fungerer i jobbet, men er stadig plaget af hændelsen);
 - man vokser med hændelsen, lærer af den og ændrer sin praksis. Nogle havde glæde af at gå ind i kvalitets- og sikkerhedsarbejde.

Som det fremgår, er der ikke tale om en model, der nødvendigvis forløber i rækkefølge fra fase til fase, eller hvor enhver person nødvendigvis gennemløber alle faser.

Blandt andet på baggrund af dette studie er der fremsat flere forslag til en tredelt indsats, der af Scott et al. beskrives således:

- Alle klinikere har modtaget helt basal undervisning i/orientering om second victim-problemet, så man kan genkende situationerne. Eventuelt har man anbefalet særlig ord eller formuleringer, som kan anvendes. Formålet med omsorgen på dette niveau er, at alle er i stand til og er opmærksomme på at sikre sig, at alle involverede i hændelsen er ok.
- På andet niveau findes et antal klinikere, særligt på højrisikoområder (fx operationsgange, intensivafdelinger, skadestuer, onkologiske afdelinger), som har modtaget en kort uddannelse, der gør dem i stand til at identificere kolleger, der udviser second victim-adfærd. Disse kan de enten tilbyde en personlig samtale eller henvise til professionel hjælp om nødvendigt.
- Det tredje niveau udgøres enten af personer med særlige kompetencer i krisereaktioner (enten organisationens egne eller personer, man indhyrer til formålet).

Det nævnes ikke direkte i anbefalingerne, men indsatsen på niveau 1 indeholder elementer af det, man normalt ville kalde defusing (kort møde mellem involverede fagpersoner og nærmeste leder med udveksling af fakta og umiddelbare oplevelser i forbindelse med hændelsen med henblik på aflastning og afdramatisering). Niveau 2 indeholder elementer af debriefing (længerevarende møde, hvor én eller flere involverede fagpersoner taler deres tanker, reaktioner og følelser grundigt igennem med henblik på genopretning af tro på egne kompetencer og arbejdsevne).

Den amerikanske organisation Institute for Healthcare Improvement (IHI) kommer i en hvidbog om håndtering af utilsigtede hændelser fra 2011 med en række anbefalinger til omsorg for frontlinjepersonale. De handler dels om at integrere omsorgen i arbejdet omkring åbenhed om og generel læring af hændelserne. IHI lægger stor vægt på, at involveret personale får mulighed for aktivt at deltage i udredning og forebyggelse af hændelserne. Konkret opstiller hvidbogen fem tjeklistepunkter vedrørende frontlinjepersonalet efter alvorlige utilsigtede hændelser:

- Der skal være en døgndækkende tilgængelig kontaktperson til at tage sig af dem.
- Vurdering af frontlinjepersonalets egen sikkerhed skal indgå.
- Frontlinjepersonalet synspunkter skal indgå.
- Organisationen skal udtrykke empati og være synlig.
- Frontlinjepersonalet skal inviteres til at være med i udredning og kerneårsagsanalyser.

De fire artikler, som arbejdsgruppen har gennemgået, findes resumeret i bilag C. Det er ikke lykkedes at identificere dansk litteratur, der har undersøgt forekomsten af psykiske reaktioner og effekten af intervention på forskellige

niveauer. Et igangværende dansk ph.d. projekt undersøger jordemødres og fødselslægers reaktioner på involvering i traumatiske fødselsforløb ved spørgeskemabesvarelse og interviews.

Eksisterende vejledninger

Arbejdsgruppen har fra Danske Regioner og Kommunernes Landsforening modtaget eksempler på vejledninger for omsorg for second victims. De indhentede eksempler er sprogligt målrettet hospitalssektoren også en af vejledningerne, der som målgruppe anfører alle personalegrupper i regionen med patientkontakt. Vejledningerne varierer betydelig i detaljeringsgrad. Enkelte vejledninger samler omsorgen for patient og personale i én og samme vejledning. Der indgår særskilte vejledninger om professionel krisehjælp i form af henvisning til psykologbistand betalt af arbejdsstedet.

De mest detaljerede af disse vejledninger beskriver alle en omsorg, der er i overensstemmelse med anbefalingerne i litteraturen. Flere af vejledningerne opdeler således indsatsen nogenlunde efter Scotts model, hvor støtten umiddelbart efter hændelser skal ydes på tre niveauer: Kollegerne, ledelsen (ansvar for debriefing mv.) og individuel krisehjælp ved specialuddannet person (psykolog). Hertil kommer anbefalinger til den involverede fagperson om egenomsorg.

Synspunkter fra organisationer, der ikke er repræsenteret i arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen har ved mail kontaktet en række organisationer, herunder fagforeninger med medlemmer tilhørende praksissektoren, med henblik på at få input om deres politik og eventuelle foreliggende vejledninger på området samt særlige problemstillinger og synspunkter, som bør indgå i overvejelserne, herunder forhold vedrørende selvstændige praksis. Det drejer sig om Tandlægeforeningen, De Offentlige Tandlæger, Jordemoderforeningen, PharmaDanmark, Apotekerforeningen, Dansk Kiropraktorforening og Danske Fysioterapeuter.

Af svarene på forespørgslen fremgår, at nogle af organisationerne ikke oplever, at psykiske belastningsreaktioner i forbindelse med klager eller utilsigtede hændelser spiller en kvantitativ stor rolle, formentlig fordi medlemmerne kun sjældent involveres i klagesager eller alvorlige utilsigtede hændelser. Organisationernes tilbud handler primært om juridisk bistand, fx til udarbejdelse af udtalelse i klagesag, men organisationerne kan dog tilbyde ydelser som psykologhjælp, bl.a. via forsikringsordninger.

Tandlægeforeningen har organiseret et kollegialt netværk, der på samme måde som Lægeforeningens kollegiale netværk kan yde støtte, visitere henvendelser til rette instans mv. til medlemmer, der henvender sig med personlige problemer og kriser uanset årsag (klagesag, sygdom, misbrug, praksisøkonomi etc.). Disse kollegiale krisehjælpere har været på kortere kurser men har ikke nogen formel uddannelse og rapporterer ikke henvendelserne til den faglige organisation.

Drøftelserne i arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen har om formålet med arbejdet konkluderet, at det handler om at tage hånd om de ansatte og tage ansvar for, at fagpersoner i risiko for alvorligere psykiske belastningsreaktioner har adgang til relevante værktøjer og får de nødvendige tilbud om hjælp. Ved at personen får personlig støtte og omsorg styrkes vedkommendes arbejdsevne og faglige selvtillid og evne til at håndtere belastningen og komme videre.

Det er vigtigt, at det involverede personale ikke oplever sig selv som alene og forladt. Det er derfor vigtigt at tage udgangspunkt i fagpersonens egen oplevelse. Det kan for eksempel sagtens tænkes, at én person oplever en lige så kraftig reaktion på en nærhændelse, som en anden person oplever efter en alvorlig skadevoldende hændelse eller i forbindelse med en klagesag.

Arbejdsgruppen finder, at indsatsen skal ses i sammenhæng med det generelle arbejde for at skabe gennemsigtighed om og drage læring af utilsigtede hændelser og udvikle patientsikkerhedskulturen. Blandt andet derfor men også begrundet i at den foreliggende forskning på området peger på, at der er tale om en særlig type belastningsreaktion, er der behov for en selvstændig politik på området.

Tiltagene skal kunne udløses både ved utilsigtede hændelser, som medfører patientskade og ved hændelser uden skade. Det er ikke afgørende, om patienten søger om erstatning eller klager over forløbet til Patientombuddet. Selv om omsorg for involveret frontlinjepersonale ofte ydes parallelt med omsorg for patient og pårørende, er det vigtigt, at der udarbejdes særskilte vejledninger for håndtering af disse grupper.

Arbejdsgruppen har konstateret, at der for hospitalssektoren allerede eksisterer en lang række vejledninger, der bygger på det anerkendte respons på tre niveauer (henholdsvis kolleger i almindelighed, særligt kvalificerede kolleger eller ledere samt professionelle behandlere, jf. Scott), og hvoraf nogle også inddrager fagpersonernes egne ressourcer i form af egenomsorg.

Det er vigtigt, at der også findes anbefalinger for de mange fagpersoner, der arbejder i mindre organisationer uden hierarkisk ledelsesstruktur som for eksempel praksissektoren. Desuden er det væsentligt at inddrage grupper, der har en begrænset organisatorisk tilknytning til deres arbejdsgiver, for eksempel

vikarer fra vikarbureau. Endelig må der tages højde for de særlige situationer, der foreligger, når fagpersonen er alene med patienten i forbindelse med utilsigtede hændelser, for eksempel vagtlæger, hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, jordemødre ved hjemmefødsler og solopraktiserende fysioterapeuter.

Omsorgen bør i princippet kunne ydes døgnet rundt eller i hvert fald med en vis minimal dækning også uden for normal dagarbejdstid. Dette krav vil de større institutioner kunne honorere. Mindre institutioner og fagpersoner, der arbejder alene, vil ikke nødvendigvis kunne have en sådan adgang døgnet rundt.

Etablering af et system for omsorg må derfor også tænkes sammen med det system for bistand, som en række faglige organisationer allerede skønnes at have etableret. Fx har såvel Lægeforeningen som Tandlægeforeningen et kollegialt netværk. Sådanne netværk dækker muligvis en del af behovet for kollegial omsorg for fagpersoner, der arbejder i praksissektoren, som kommer alene i borgerens eget hjem eller er uden tilknytning til en organisation. Netværkspersonerne arbejder ulønnet og har formentlig et meget varierende fagligt og personligt grundlag for at yde hjælpen. Deres arbejde afrapporteres ikke i detaljer og kan derfor ikke beskrives nærmere i forhold til, hvilke af Scotts trin de dækker, og hvilken effekt hjælpen har.

Mulighederne for at afbøde uhensigtsmæssige reaktioner ved at invitere involveret frontlinjepersonale til at indtage aktive roller i forbindelse med dialogsamtaler ved klagesager eller ved deltagelse i kerneårsagsanalyser og andre analyser efter utilsigtede hændelser bør overvejes. Det er dog vigtigt, at personalet selv kan afgøre, hvorvidt de ønsker at deltage.

Med hensyn til den foreliggende litteratur har arbejdsgruppen konstateret, at der kun foreligger sparsom evidens for, hvilken indsats der har den bedste forebyggende effekt på alvorlige psykiske belastningsreaktioner hos personalet. Arbejdsgruppen vurderer dog, at en gradueret indsats efter Scotts tre trin stemmer godt overens med, hvad vi ved om udviklingen af psykiske belastningsreaktioner, ligesom mulighederne for at opbygge et sådant respons i forskellige organisatoriske rammer skønnes realistiske, idet modellen naturligvis må tilpasses efter forholdene i de respektive organisationer. Arbejdsgruppen har ikke foretaget et egentligt litteraturstudie, men baseret på en nyligt publiceret oversigtsartikel synes der ikke at være tilkommet nyere undersøgelser, som begrundet en afvigelse fra dette anerkendte princip. Selv om det evidensmæssige grundlag for effekten af intervention efter denne model ikke er meget solidt, finder arbejdsgruppen fortsat at kunne støtte denne model.

I den foreliggende litteratur har der været anvendt varierende og ikke altid meget stringente definitioner på, hvad et second victim er. Desuden mangler der danske undersøgelser af forekomsten. Derfor har arbejdsgruppen diskuteret, om det bør anbefales at gennemføre en sådan dansk undersøgelse. Det bør i så fald ske med inddragelse af de organisationer, i hvis rækker forekomsten af alvorlige psykiske belastningsreaktioner erfaringsmæssigt er substantiel. Der bør også inddrages en række af de ovenfor nævnte aspekter vedrørende praksissektoren mv.

Anbefalinger til bestyrelsen

Formålet med at have anbefalinger vedrørende omsorgen for second victim skal ses som en del af det overordnede formål med det samlede patientsikkerhedsarbejde, nemlig at fremme patienternes sikkerhed gennem åbenhed og læring i og på tværs af de forskellige institutioner. Omsorgen er således ikke kun en hjælp til den berørte fagperson til at kunne komme videre, men nok så meget en vigtig byggesten i patientsikkerhedskulturen. Indsatsen overfor 2nd victims bidrager til opgaven med at skabe et sundhedsvæsen, der forpligter sig til vedvarende at lære og forbedre patientsikkerheden – fra den øverste ledelse og ned til hver enkelt fagperson og ud i alle dele af sundhedsvæsenet. Derudover kan indsatsen være med til at fastholde personalet og sikre et godt og sundt arbejdsmiljø. Indsatsen har bl.a. til formål at:

- Hjælpe involverede fagpersoner med at håndtere den psykiske belastning hændelsen har medført.
- Hjælpe fagpersoner til hurtigst muligt at komme tilbage på arbejdet/genvinde arbejdsevnen, herunder genoprette tro på egne kompetencer.
- Understøtte fagpersoners kommunikation med de pårørende i tiden efter hændelsen.
- Om muligt aflaste fagpersonen og give plads til en umiddelbar reaktion.

Arbejdsgruppen har ikke fundet behov for at revidere de syv anbefalinger. Nedenstående anbefalinger kan således ses som et supplement, der også tager hånd om de organisatoriske og lovgivningsmæssige ændringer på området (beskrevet ovenfor), som har fundet sted i den mellemliggende periode. Anbefalingerne er opdelt i fire områder:

- Organisering af arbejdet
- Formidling af anbefalingerne
- Uddannelse af sundhedsprofessionelle
- Samfundsrettede / strukturelle tiltag

Det anbefales, at bestyrelsen i Dansk Selskab for Patientsikkerhed arbejder for:

Organisering af arbejdet

- Der arbejdes henimod, at omsorg for fagpersoner efter utilsigtede hændelser og klagesager indgår som en integreret del af den samlede indsats for at opbygge en moden patientsikkerhedskultur overalt i sundhedsvæsenet.
- Håndtering af psykiske belastningsreaktioner efter utilsigtede hændelser og klagesager, indledte undersøgelser fra Sundhedsstyrelsen mv., indgår i det generelle patientsikkerhedsarbejde i alle sundhedsvæsenets driftsorganisationer uanset størrelse og sektortilknytning.
- Alle driftsorganisationer bør drage omsorg for de involverede fagpersoner efter utilsigtede hændelser og klagesager. De driftsansvarlige arbejder løbende med at øge opmærksomheden på behovet for omsorg overfor second victims og herunder for bedre kendskab til de muligheder for omsorg, som organisationen tilbyder.

Formidling af anbefalingerne

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed formidler af anbefalingerne til relevante aktører i sundhedsvæsenet og udarbejder inspirationsmateriale til håndtering af second victim problematikken, som arbejdspladserne kan finde inspiration i. Driftsorganisationerne er bekendte med følgende principper for omsorgen:
 - o Omsorgen ydes med fordel efter en tredelt model: 1) Kollegial støtte straks: Alle fagpersoner har modtaget helt basal undervisning i og orientering om second victim-problemet, så man kan genkende situationerne. 2) Indsats på kort sigt ved ledelse og evt. særligt kvalificerede kolleger, herunder debriefing, identifikation af involverede fagpersoner med særlig risiko for eller manifesterede tegn på en psykisk belastningsreaktion, der kræver særlig indsats. 3) Mulighed for efter den akutte fase at yde støtte eller behandling ved personer med særlige kompetencer i krisereaktioner (enten organisationens egne eller personer, man indhyrer til formålet).
 - o Omsorgen kan i princippet ydes døgnet rundt eller i hvert fald med en vis minimal dækning også uden for normal dagarbejdstid.

Uddannelse af sundhedsprofessionelle

- Alle grund- og prægraduate uddannelser på sundhedsområdet bør indeholde viden om second victim-problematikken, herunder viden om formålet med omsorg for second victim samt hvordan psykiske belastningsreaktioner håndteres og forebygges.
- Lederuddannelser bør på tilsvarende vis indeholde denne viden. Formålet med indsatsen er at klæde lederne på til at kunne igangsætte og understøtte en patientsikkerhedskultur, hvor omsorg for second victims indgår.

Samfundsrettede/strukturelle

- Dialogsamtalerne i regi af Patientombuddet evalueres. I evalueringen lægges der bl.a. vægt på, om dialogsamtalerne lever op til det oprindelige formål om læring og forebyggelse af lignende sager, samt hvordan patienter og sundhedsprofessionelle oplever dialogsamtalerne, herunder en eventuel betydning af dialogsamtalet for oplevelse og håndtering af hændelsen.
- Det indgår i driftsorganisationernes obligatoriske arbejde med opfølgning på de utilsigtede hændelser, at organisationerne også overvejer, hvordan man har fulgt op overfor de fagpersoner, der har været involveret i hændelsen.
- De faglige organisationer og driftsorganisationer, der beskæftiger eller har medlemmer, der i vidt omfang arbejder alene, opfordres til at etablere systemer for omsorg for denne gruppe fagpersoner.
- Der gennemføres undersøgelser, der belyser forekomst og sværhedsgrad af betydende psykiske belastningsreaktioner efter utilsigtede hændelser og klagesager forskellige steder i sundhedsvæsenet, herunder sværhedsgrad, behov for bistand, tilstedeværelse af retningslinjer for omsorg samt fagpersoners kendskab til retningslinjerne. Undersøgelserne bør også have fokus på i hvilken udstrækning ledere oplever at være second victim, og om det i så fald er de samme tiltag, der skal benyttes overfor ledere.

Perspektivering

Arbejdsgruppen har i forbindelse med sit arbejde konstateret, at der kan være behov for en indsats på følgende områder, som ikke direkte er omfattet af arbejdsgruppens kommissorium:

Patienter og i mindre grad pårørende har i dag en række rettigheder og muligheder i forbindelse med en utilsigtede hændelse eller en hændelse, der resulterer i en klage. Der er mulighed for selv at rapportere hændelsen og/eller klage til Patientombuddet samt søge om erstatning, men der er i mindre grad fokus på håndtering af den psykiske belastningsreaktion, som patienter og pårørende kan opleve. Patientombuddets tilbud om dialogsamtaler er et skridt i den retning, men arbejdsgruppen har drøftet, at der kan være et behov for en yderligere indsats på dette område.

Forskning i second victim

Arbejdsgruppen har i forbindelse med litteraturgennemgangen på området og drøftelser af anbefalingerne konstateret, at der i høj grad mangler forskning i forhold til second victim. Det gælder bl.a. i forhold til håndtering af psykiske belastningsreaktioner hos second victim, sammenhængen mellem second victim og det øvrige patientsikkerhedsarbejde og ikke mindst i forhold til de nye målgrupper i bl.a. primærsektoren, hvor der er andre forudsætninger for indsatsen, fx at fagpersonerne ofte er alene i borgernes hjem. Derudover viser litteraturgennemgangen af den forskning, der findes på området, stammer fra udlandet. Derfor har arbejdsgruppen drøftet, at der i høj grad er brug for at understøtte og igangsætte forskning på dette område i Danmark.

Bilag A: Kommissorium for arbejdsgruppen vedrørende omsorg for second victim

Formål

Arbejdsgruppen vedrørende omsorg for second victim har til formål at vurdere behovet for at revidere og supplere Selskabets anbefalinger fra 2006 for "håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse" og afgive en indstilling til Selskabets bestyrelse herom.

Baggrund

Dansk Selskab for Patientsikkerhed opstillede i januar 2006 en række anbefalinger for "håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse" og i november 2006 forslag til redskaber for at tage hånd om personale der har været involveret i en utilsigtet hændelse .

Anbefalingerne og forslagene indgik som en del af læringssettet 'Når skaden er sket' (<http://www.sikkerpatient.dk/fagfolk/naar-skaden-er-sket.aspx>), som ellers primært vedrører omsorg for patienter, som har været udsat for en skadevoldende hændelse. Bestyrelsen besluttede på sit møde i november 2012 at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at vurdere behovet for at revidere eller supplere anbefalingerne. Dette skete med baggrund i en oplevelse af, at der er store lokale forskelle i opfølgningen og omsorgen for second victims, og at der siden anbefalingerne fra 2006 er sket betydelige ændringer på området, herunder udvidelse af patientsikkerhedslovgivningen til primærsektoren og ændrede regler og institutioner på patientklageområdet.

Sammensætning

Arbejdsgruppen sammensættes af én repræsentant for hver af følgende organisationer: Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, FOA, Danske Regioner, Kommunernes Landsforeningen, Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer. Formandskabet varetages af Dansk Sygeplejeråd; arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Selskabets sekretariat.

Proces og tidsplan

Arbejdsgruppen forventes at mødes tre gange: to gange før sommer 2013 og én gang efter. På arbejdsgruppens sidste møde godkendes indstillingen til bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Arbejdsgruppen forventes at inddrage de repræsenterede organisationers erfaringer vedrørende omsorg for second victims i sit arbejde samt at inddrage den foreliggende litteratur på området.

Arbejdsgruppen skal have særligt fokus på at vurdere behovet for at gøre anbefalingerne mere handlingsorienterede, herunder vurdere om anbefalingerne kan målrettes: 1. den direkte involverede sundhedspersoner, 2. kolleger, 3. ledelse.

Bilag B: Medlemmer af arbejdsgruppen

Navn	Udpeget af
Ulla Rosenkvist, konsulent	FOA Fag og Arbejde
Dorte Steenberg, næstformand	Dansk Sygeplejeråd
Ole Nørskov, praktiserende læge	Lægeforeningen
Pia Møller (første møde) Laura Thors Calaña (andet og tredje møde)	Danske Regioner
Henriette Lipczak, overlæge	Danske Patienter
Freddy Nielsen	Danske Handicaporganisationer

Dansk Sygeplejeråd har varetaget formandskabet for arbejdsgruppen, der har været sekretariatsbetjent af overlæge Brian Bjørn, Dansk Selskab for Patient-sikkerhed, og politisk konsulent Kirstine Rask Lauridsen, Dansk Sygeplejeråd.

Bilag C: Litteraturoversigt

1. Seys et al. *Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review*. Int J Nurs Stud 2012; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
2. Scott SD et al. *Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team*. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010; 36(5):233-240.
3. Scott SD et al. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events*. Qual Saf Health Care 2009;18:325–330.
4. Scott SD et al. *Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team*. Jt Comm J Qual Patient Saf 2010 ;36(5):233-40.
5. Lander LI et al. *Otolaryngologists' responses to errors and adverse events*. Laryngoscope 2006; 116(7):1114-20.
6. Wolf ZR et al. *Responses and concerns of healthcare providers to medication errors*. Clin Nurs Spec 2000; 14(6):278-87.
7. Macey L, Wu AW. *Medical error: the second victim*. Br J Hosp Med 2012; 73(10):C146-148.
8. Arndt M. *Medication errors. Research in practice: how drug mistakes affect self-esteem*. Nursing times 1994; 90: 27-30.
9. Waterman AD et al. *The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United states and Canada*. Joint Comm J Qual Saf 2006; 33: 467-76.
10. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events* (2nd Edition). Innovatuion Series, IHI 2011.
11. *Erfaringer med dialog samtaler ved klager – en kvalitativ undersøgelse blandt patienter og personale*. Enheden for Brugerundersøgelser, 2013. <http://www.patientoplevelser.dk/log/medie/Rapporter/2012/Dialogsamtaler2012.pdf>
12. Bjørnsson K. *De klager for at sikre den næste patient*. Sygeplejersken, nr. 5/2013, p. 26-28.