

Second victim og patientsikkerhed

Et vidensnotat om hjælp til personale efter involvering i utilsigtede hændelser og langvarig følelsesmæssig belastning.

Marts 2025

PS!

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

c/o Frederiksberg Hospital

Vej 8, indgang 1, 1 sal

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

Indhold

1. Indhold	2
2. Vidensnotat: Second Victim og patientsikkerhed	3
Resumé.....	3
3. Introduktion	4
4. “Second victim” begrebet og patientsikkerhed.....	5
Data vedr. second victim problematikker i relation til psykologiske reaktioner.....	5
Data vedr. second victim problematikker i relation til arbejdsmiljø	5
Data vedr. second victim problematikker i relation til patientsikkerhedskultur.....	5
Omfang af utilsigtede hændelser og sammenhæng med second victim reaktioner	6
Sammenhæng mellem mental belastning og patientsikkerhed	7
Utilsigtede hændelser og økonomiske hhv. organisatoriske konsekvenser	7
5. Forløb og coping efter second victim reaktioner	8
Handlinger for at forebygge og afhjælpe second victim reaktioner	8
Konkrete eksempler på tiltag.....	9
6. Referencer.....	12

Vidensnotat: Second Victim og patientsikkerhed

Resumé

At arbejde i sundhedsvæsenet og plejesektoren indebærer tæt kontakt til medmennesker, der er i forskellige krisereaktioner som følge af deres tilstand, sygdomme – og evt. de konsekvenser, som forekommer efter utilsigtede hændelser og andre uforudsete kritiske situationer. Involvering i patienters kriser og i utilsigtede hændelser, som skadede eller kunne have skadet en patient, kan medføre intens følelsesmæssig belastning, også for de sundhedsprofessionelle, og kan lede til belastende følelsesmæssige reaktioner. De psykologiske følger kan være langvarige (måneder til år) og i nogen tilfælde permanente.

Utilsigtede hændelser forekommer i op mod en femtedel af alle indlæggelsesforløb, og antallet af dødsfald, hhv. alvorlige, permanente skader på patienter som følge af utilsigtede hændelser, kan i Danmark antageligt måles i mange tusinder hvert år. Blandt de medvirkende årsagsfaktorer til utilsigtede hændelser er forhold i arbejdsmiljø og patientsikkerhedskultur. Samlet viser data, at sundhedsprofessionelle hyppigt bliver involveret i alvorlige utilsigtede hændelser, som rammer de patienter, de behandler og plejer, og op mod tre fjerdedele af adspurgte sundhedsprofessionelle oplyser, at de personligt har oplevet alvorlig følelsesmæssig belastning efter utilsigtede hændelser på et tidspunkt i deres karriere. Følelsesmæssige belastninger har en række negative konsekvenser både for dem, som rammes direkte, men også for organisationen og den overordnede kvalitet og patientsikkerhed.

Den måde som ledelsen, organisationen og de nærmeste kolleger responderer i forhold til kolleger med følelsesmæssig belastning efter utilsigtede hændelser, påvirker graden og varigheden af reaktionerne, hvor støtte reducerer reaktionerne, og manglende støtte forværrer disse. Kun få sundhedsprofessionelle oplyser, at de efter en episode med alvorlig utilsigtet hændelse blev tilbudt hjælp på en tilstrækkelig eller systematisk facon. Der findes en række systemer og planer for at hjælpe sundhedsprofessionelle, som berøres af alvorlig følelsesmæssig belastning. Selvom de eksisterende tiltag og redskaber er beskrevet og anvendt rundt om i den vestlige verden, er der tale om, at handlingerne nøje skal afstemmes med den eksisterende, lokale kultur, da samspillet hermed efter al sandsynlighed er afgørende for effekten.

Second victim-problemstillinger er stærkt sammenhængende med problemstillinger som forråelse, omsorgstræthed, udbrændthed, og såvel udfordringer som løsninger kan dække flere af disse problemstillinger.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har gennem en årrække arbejdet med området, og i 2014 udgav selskabet en rapport (39), som indeholdt en række anbefalinger til arbejdet med second victim. Disse anbefalinger er opdateret i forbindelse med udarbejdelsen af dette notat og er gengivet nedenfor.

Faktaboks 1: Anbefalinger til arbejdet med second victim-problematikker.

1. Organisationens bør have en politik, som sikrer hjælp til personale, der oplever en psykisk belastning efter at have været involveret i en usædvanlig hændelse, eller som har været udsat for mental belastning over en periode.
2. Da personalets behov vil være forskellige, skal støtteprogrammet indeholde forskellige tilbud, heriblandt rådgivning af enkelte personer eller grupper samt korte og længere perioders rådgivning.
3. Den administrative politik skal sikre, at personalet får en passende tilpasning af ansvar og frihed, hvis der er brug for det, så de kan komme sig efter oplevelsen.

4. Personalet bør have struktureret hjælp til at rapportere evt. utilsigtede hændelse/r som et team og bør få instruktion i at dokumentere hændelsen i journaler/fortegnelser.
5. 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.
6. Der skal udvikles uddannelsesprogrammer som støttende kollegiale samtaler og defusing for personalet, ledere og nøglepersoner om, hvordan man yder kolleger støtte, når de er "second victim".
7. Endelig vil sundhedspersonalet nyde godt af støtte under "peer review", tilsyn, QA (Quality assurance)/QI (Quality Improvement) og kerneårsagsanalyseprocesser. Dette kan inkludere både procesinstruktioner og direkte støtte.

Reference: Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Arbejdsgruppen vedrørende omsorg for "second victim" Anbefalinger til bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014.(39)

Anbefalingerne kan tjene som en overordnet ramme for arbejdet med Second Victim. En række andre indsatser, som er beskrevet neden for, kan tjene til at give yderligere indhold til denne ramme.

I projektet om Mental Sundhed for Sundhedsprofessionelle (MeSu), er der f.eks. udviklet en række metoder og værktøjer, som i det daglige arbejde er særdeles virksomme i daglig praksis. Også projektet "The Buddy Project", etablering af psykosocialt beredskab og andre indsatser håndterer forskellige dele af udfordringen.

I Danmark er Dansk Selskab for Patientsikkerheds rapport fra 2014 med anbefalinger (gengivet i begyndelsen af dette notat) og forløbsbeskrivelserne vedr. Mental sundhed for sundhedsprofessionelle det tætteste man kommer på nationale anbefalinger. (39,45)

Dette notat indeholder viden, som er opsamlet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed i initiativer vedr. Second Victim, herunder anbefalinger fra en arbejdsgruppe i 2014, litteraturgennemgang fra 2020, udarbejdelse af anbefalinger til "*Den gode samtale, når noget er gået galt*" og erfaringer fra projektet *Mental sundhed for sundhedsprofessionelle*, afsluttet i 2023 mv. I slutningen af dokumentet er en omfattende referenceliste, der dog ikke er udtømmende.

Introduktion

At arbejde i sundhedsvæsenet, plejesektoren og på det sociale område indebærer tæt kontakt til medmennesker som er i forskellige krisereaktioner som følge af deres tilstand og sygdomme – og evt. de konsekvenser som forekommer efter utilsigtede hændelser. Følelsesmæssig belastning kan opleves af sundhedsprofessionelle i situationer hvor en patient er i en alvorlig situation alene som følge af sin sygdom, men i særlig høj grad når et behandlingsforløb ikke følger planen, og en patient udsættes for risiko eller skades.

Alvorlig følelsesmæssig belastning har en række (2) negative konsekvenser både for dem som rammes direkte, men også for organisationen og den overordnede kvalitet og patientsikkerhed, og ses også i situationer, hvor der opstår omsorgstræthed og forråelse. Omkostningerne kan måles i sygefravær, personaleomsætning, dårlig patientsikkerhedskultur og arbejdsmiljø, og i forringelse af kvalitet og patientsikkerhed. Den ønskværdige organisation er den, hvor ledelse

og ansatte yder hinanden gensidig støtte før, under og efter situationer hvor der forekommer emotionel stress (1).

“Second victim” begrebet og patientsikkerhed

Gennem en årrække har der været et vist fokus på de emotionelle reaktioner som forekommer hos sundhedsprofessionelle efter alvorlige utilsigtede hændelser (UTH). Patienten og de pårørende betragtes i denne optik som “first victims”. Begrebet “second victim” (SV) blev første gang i år 2000 defineret af Wu (2) og senere konkretiseret som “sundhedsprofessionelle der traumatiseres psykologisk som følge af involvering i uforudsete hændelser under et patientforløb, der skadede eller kunne have skadet en patient” (3).

Data vedr. second victim problematikker i relation til psykologiske reaktioner

Involvering i UTH som skadede eller kunne have skadet en patient eller borger kan medføre alvorlig følelsesmæssig belastning, som kan lede til langvarige og skadelige følger for den sundhedsprofessionelles psyke (3,4,5). De psykologiske reaktioner består bl.a. af “flashbacks”, nervøsitet, søvnbesvær, koncentrationsbesvær, angst, vrede, selvbebrejdelse, og tab af faglig selvtillid (6,7), symptomer som også er associeret med PTSD. De berørte sundhedsprofessionelle – second victims - udvikler ofte en følelse af utilstrækkelighed i relation til deres kliniske arbejde, med tvivl om egne evner og kunnen i forhold til at varetage behandling eller pleje af patienter (3). Der er ikke en entydig sammenhæng mellem alvorligheden af patientskade og graden af følelsesmæssig belastning, idet svære reaktioner kan ses selv hvor der skete begrænset eller ingen patientskade (8). De emotionelle reaktioner kan være langvarige (måneder til år) og i nogen tilfælde permanente (8,9).

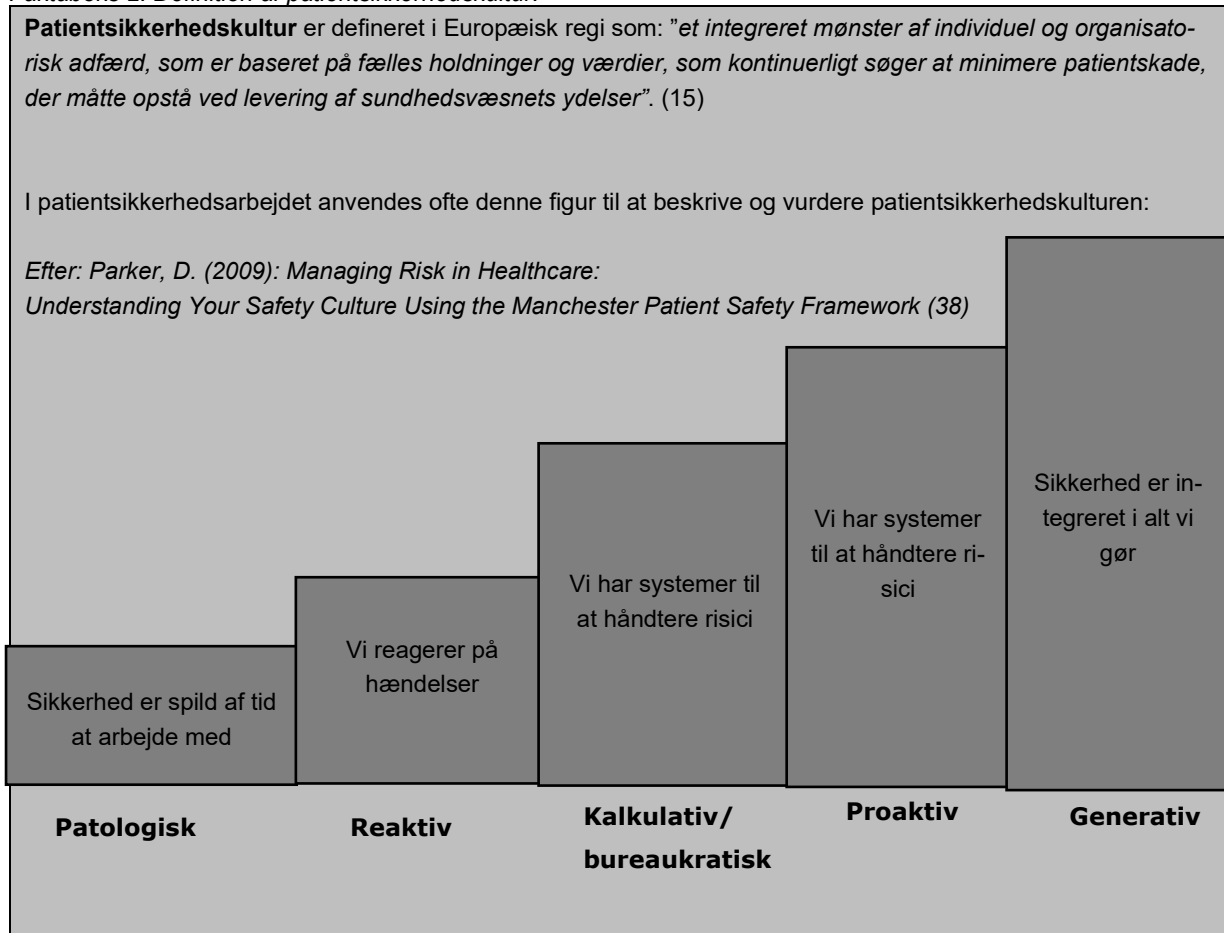
Data vedr. second victim problematikker i relation til arbejdsmiljø

Årsager til UTH er mange og forskelligartede. Blandt de medvirkende årsagsfaktorer er arbejdsmiljø og patientsikkerhedskultur. Arbejdsmiljø og patientsikkerhedskultur nævnes specifikt her, idet der i forhold til SV problemstillinger er en cirkulær og selvforstærkende effekt: Dårligt arbejdsmiljø kan lede til fejl, som via SV reaktioner kan øge de sundhedsprofessionelles tilbøjelighed til at blive involverede i yderligere fejl. I en svensk undersøgelse over 1906 kerneårsagsanalyser af alvorlige UTH har man bl.a. fundet, at dårligt arbejdsmiljø øger risikoen for fejl(10). En hyppig årsag til oplevelse af dårligt arbejdsmiljø er tidspres, og dette kan indirekte lede til fejl (11). Nogle af de human-factor komponenter i arbejdsmiljøet som påvirker den måde som individer og teams arbejder på, er bl.a. forstyrrelser/afbrydelser, stress, træthed, mangel på kommunikation, mangel på ressourcer og mangel på teamwork(12), der alle enkeltvist eller i kombination er kendte for at kunne udgøre årsagsmekanismer til UTH.

Data vedr. second victim problematikker i relation til patientsikkerhedskultur

Patientsikkerhedskulturen har selvstændig indflydelse på forekomsten af UTH og dermed til SV. Begrebet patientsikkerhedskultur er defineret i faktaboks 1. Litteraturen peger på en omvendt sammenhæng mellem UTH og patientsikkerhedskulturen over tid. Det betyder, at forekomsten af specifikke typer af UTH kan reduceres, samtidig med at aspekter af patientsikkerhedskulturen udvikler sig positivt (13). En positiv udvikling i samarbejdet personalet imellem, klinisk risikostyring henholdsvis en såkaldt retfærdighedskultur (“just culture”) har vist sig særligt understøttende for reduktion af UTH over tid (13,14).

Faktaboks 2. Definition af patientsikkerhedskultur.



Patientsikkerhedskultur består således af komplekst relaterede underområder, som enkeltvist eller sammen kan have indflydelse på patienternes sikkerhed f.eks. samarbejds- og kommunikationskultur, klinisk risikostyring, stress-erkendelse, ledelsesopbakning til patientsikkerhedsarbejdet og retfærdighedskultur (15,3).

Omfang af utilsigtede hændelser og sammenhæng med second victim reaktioner

En ældre undersøgelse fra Danmark viste ved journalgennemgang af 1000 patientforløb en forekomst af UTH på 9%, som gennemsnitlig medførte en forlænget indlæggelse på 7 dage (16). Nyere internationale oversigter viser, at UTH på hospitaler berører 4-17% af alle patientforløb (17). I Sverige har man fundet tal på årligt 3000 dødsfald og 10.000 patienter med permanente skader (18) som følge af UTH på hospitalerne. På baggrund af international litteratur har Dansk Selskab for Patientsikkerhed anslået, at der på danske hospitaler sker mellem 600 og 1.500 dødsfald om året, som kan tilskrives utilsigtede hændelser (19). En OECD-rapport fra 2017 anslår, at omkring hver tiende sygehuspatient udsættes for unødigt skade under indlæggelse, og at omkring 15 procent af sygehusomkostninger og -aktivitet kan henføres til efterbehandling af problemer med patientsikkerheden (20).

I Holland viste undersøgelse af 6500 læger og sygeplejersker på 32 hospitaler, at 45% af de sundheds professionelle havde været involveret i en utilsigtet hændelse som for patienten medførte permanent skade eller død (21), mens kun 4% oplyste at de aldrig havde oplevet følelsesmæssig belastning i disse situationer. En nylig dansk undersøgelse på en stor akutmodtagelse viste, at de ansatte sygeplejersker per måned i gennemsnit var involveret i 9 UTH, mens de ansatte læger i gennemsnit, var involveret i 5 UTH (22). Prævalens undersøgelser af SV reaktioner blandt alle grupper af sundheds professionelle finder tal på op til 72,6% (1). Mellem halvdele og op mod tre fjerdedele af udspurgte sundhedsprofessionelle oplyser, at de personligt har oplevet SV reaktioner på et tidspunkt i deres karriere (23,24).

Samlet viser data, at sundhedsprofessionelle hyppigt bliver involveret i alvorlige UTH som rammer de patienter de behandler og plejer, og at de sundhedsprofessionelle meget ofte personligt oplever SV reaktioner.

Der er ikke undersøgelser af SV i plejesektoren, men der findes en række analyser af omsorgstræthed, forråelse, som er parallelle til SV og reaktioner på dette. Fx har VIVE i en rapport fra 2023 analyseret omsorgstræthed og har beskrevet og defineret begrebet med begreber, der er helt genkendelige i SV sammenhæng (40). Robusthedskommissionen skrev i sin rapport i 2023, at "høje følelsesmæssige krav kan altså være et vigtigt element i at forstå forekomsten af sygefravær og arbejdsmarkedstilknytning blandt medarbejderne i sundhedsvæsenet og på ældreområdet". (41)

Sammenhæng mellem mental belastning og patientsikkerhed

De følelsesmæssige reaktioner som er velbeskrevet efter involvering i alvorlige UTH, har potentielle konsekvenser for patientsikkerheden. For de direkte involverede borgere/patienter/pårørende kan der være tale om manglende støtte idet personalet i nogle tilfælde "går uden om" vedkommende. De berørte sundhedsprofessionelle kan i en periode have påvirkede kognitive funktioner¹, og det samlede billede af reaktioner kan lede til nedsat klinisk dømmekraft og dermed til UTH⁷. Konsekvenserne heraf er mange, lige fra øget tilbøjelighed til at praktisere defensiv medicin og tendens til at være involveret i flere UTH¹, til sygefravær, skift til andet speciale eller helt at forlade faget^{1,17,18,19}. Sammenhæng mellem længere varende høj følelsesmæssig belastning ("burnout") og dårlig kvalitet/patientsikkerhed har været påvist i en lang række studier. En nylig oversigt fandt, at "burnout" og nedsat trivsel (poor wellbeing) (28) i et flertal af studierne var korreleret til ringere patientsikkerhedⁱⁱ (29), mens en anden oversigt fandt, at denne sammenhæng måske reelt er mindre en hidtil rapporteretⁱⁱⁱ.

Utilsigtede hændelser og økonomiske hhv. organisatoriske konsekvenser

OECD-rapporten "The economics of patient safety"^{iv} konkluderer bl.a. at 15 % af sundhedsvæsenet aktivitet og budget kan tilskrives håndtering af fejl og følger af patientskader. Utilsigtede hændelser medfører altså en betydelig direkte meromkostning som dækkes af de i forvejen pressede sundhedsbudgetter. Der er også væsentlige indirekte omkostninger forbundet med effekter af UTH'er gennem øget stressrelateret sygdom og personaleomsætning, hvilket yderligere modarbejder kontinuiteten i behandlingsflow og kompetenceoverlevering i det enkelte arbejdsteam^v. Det anslås, at arbejdsrelateret stress koster Danmark 14,6 mia. kr. årligt, hvoraf 70-90 % udgør tabt produktion^{vi}. Desuden konkluderer en amerikansk undersøgelse, at minimumsudgifter til personaleomsætning repræsenterer et tab på mindst 5 % af driftsbudgettet indenfor sundhedsvæsenet^{vii}. Således må en reduktion af UTH'er formodes også at være forbundet med en betragtelig økonomisk gevinst.

Forløb og coping efter second victim reaktioner

Involvering i skadevoldende UTH kan medføre varige intense psykologiske traumer. I litteraturen beskrives seks stadier for recovery fra SV problemstillinger (25), de er kendetegnet af:

- 1) kaos og reaktioner på situationen,
- 2) påtrængende refleksioner om egen utilstrækkelighed og inkompetence,
- 3) genetablering af personlig integritet,
- 4) frygt for anklager, overvågning og sanktioner,
- 5) opsøge hjælp,
- 6) at komme videre efter SV.

Der er tre overordnede måder at komme videre på efter SV, ved at:

- 1) forlade arbejdsstedet,
- 2) blive i jobbet og leve med at hændelsen stadig belaster og
- 3) komme sig fuldt og anvende sin viden om SV-problemstillinger i jobbet (25).

De coping-strategier, som anvendes af SV, har vist sig at have indflydelse på borgere/patienter, kollegaer og ikke mindst på dem selv (14,25). Personale som har været involveret i skadevoldende hændelser, peger på behov for individuel følelsesmæssig og informativ støtte (26). Personale som har været involveret i skadevoldende hændelser, peger på behov for individuel følelsesmæssig og informativ støtte^{viii}, svarende til behov i stadie 1-4 henholdsvis stadie 5-6.

Coping-strategier efter SV reaktioner vil initialt være problem og/eller emotionelt fokuserede, og begge disse dimensioner kan have positive konsekvenser som ønske om læring af det hændte, eller negative konsekvenser som f.eks. defensiv medicinsk adfærd¹. Der vil dernæst være et behov for at tale om hændelsen, enten med kollegaer eller familie og venner¹⁰. En anden coping-strategi kan være at ændre adfærd i kliniske situationer, og også disse ændringer kan være enten defensive eller konstruktive.

Handlinger for at forebygge og afhjælpe second victim reaktioner

Den måde som ledelsen, organisationen og de nærmeste kolleger responderer i forhold til kollega med følelsesmæssig belastning efter UTH, synes at påvirke graden og varigheden af reaktionerne, hvor støtte reducerer reaktionerne, og hvor manglende støtte forværrer disse (30). Kun få sundhedsprofessionelle oplyser, at de efter en episode med alvorlig UTH blev tilbudt hjælp på en tilstrækkelig eller systematisk facon (8,31). Graden af hjælp og støtte har vist sig at være korreleret med den recovery proces, som SV gennemgår (32). Det betyder, at håndtering af SV problemstillinger i 4 hændelsens efterforløb skal implementeres tids- og indholdsmæssigt i forhold til recovery processen, og understøttelse heraf skal starte straks efter hændelsen¹⁴. Der er ikke tale om et enkelt tiltag, men et multifacetteret forløb med brug af flere metoder, implementeret på såvel individ som på organisatorisk niveau (6).

Kun få sundhedsprofessionelle oplyser, at de efter en episode med alvorlig UTH blev tilbudt hjælp på en tilstrækkelig eller systematisk facon^{10,ix}.

Graden af hjælp og støtte har vist sig at være korreleret med den recovery proces, som de sundhedsfaglige gennemgår^x. Det betyder, at håndtering af mentale belastninger i hændelsens efterforløb skal implementeres tids- og indholdsmæssigt i forhold til recovery processen, og understøttelse heraf skal starte straks efter hændelsen²⁵. Der er ikke tale om et enkelt tiltag, men

et multifacetteret forløb med brug af flere metoder, implementeret på såvel individ som på organisatorisk niveau⁸.

På individniveau understøttes mentalt belastede især af samtaler: En-til-en f.eks. mellem kollegaer, mellem leder og belastede, mellem belastede og nærtstående fx familie eller venner, eller af en terapeut. På gruppeniveau kan mentalt belastede understøttes på team, personalegruppe-, enheds- eller organisationsniveau med henblik på at bearbejde og analysere hændelsen, og uddrage organisatorisk læring^{38, xi}.

I den modne organisation med veludviklet sikkerhedskultur og høj grad af psykologisk sikkerhed, peger man på fem grundlæggende forudsætninger (TRUST) som den sundhedsprofessionelle skal opleve efter alvorlig mental belastning^{xii}:

- At opleve retfærdig behandling
- At blive respekteret
- At møde forståelse og medfølelse
- At blive tilbudt hjælpende foranstaltninger
- At opleve transparens og at blive inddraget i læringsprocessen efterfølgende

Konkrete eksempler på tiltag

En af de vigtigste ressourcer i moderne sundhedsvirksomheder er de ansatte og dermed deres velbefindende. Flere undersøgelser viser, at sundheds professionelle ønsker støtte umiddelbart og direkte i deres hverdag og deres organisation^{25,55}. En empatisk, ikke-bedømmende og pålidelig kollega som kender de lokale arbejdsforhold, er den hjælp som især ønskes.

Der er i litteraturen beskrevet en række støtte programmer, med det mål at hjælpe sundhedsprofessionelle som oplever mental belastning som følge af deres arbejde med patienter og pårørende^{xiii, xiv, xv, xvi, xvii, xviii, xix, xx}. Et fællestæk for de beskrevne støtte programmerne er, at de har vanskeligt ved at vinde fodfæste i den aktuelle, kliniske hverdag, og at de derfor benyttes relativt sjældent. En stærk patientsikkerhedskultur er en afgørende forudsætning for et fungerende støtteprogram og disse to elementer supplerer og forstærker hinanden⁵⁴. Et fælles træk for de systemer som fungerer bedst er, at de indeholder ledelsesinvolvering, kulturforankring, undervisningsprogrammer, og et niveau inddelt støtte tilbud: Let og umiddelbart tilgængelig kollega support (samtale), mulighed for udvidet samtale forløb med særligt uddannede kolleger, og mulighed for henvisning til ekspert hjælp.

Et studie har undersøgt omkostnings-effektiviteten af et støtteprogram (RISE), og fandt at institutionen opnåede en betydelig besparelse gennem reduceret sygefravær og jobskifte^{xxi}.

En afgørende forudsætning for at kunne arbejde med at forebygge og reducere de mentale belastninger, er at kunne måle omfanget heraf. En forskergruppe har udviklet et spørgeskema til måling af erfaringer med mentale belastninger og støtte ressourcerne, Second Victim Experience and Support Tool (SVEST)^{xxii}, og dette skema har været valideret af andre^{57, xxiii}.

På individniveau understøttes SV problemstillinger især af samtaler: En-til-en fx mellem kollegaer, mellem leder og SV, mellem SV og nærtstående fx familie eller venner, eller af en terapeut. På gruppeniveau kan SV problemstillinger understøttes på team, personalegruppe-, enheds- eller organisationsniveau med henblik på at bearbejde hændelsen og etablere effektive personlige og faglige mestringsstrategier (26,33).

Der findes en række systemer og planer for at hjælpe sundhedsprofessionelle som berøres af SV reaktioner (12,34,35). I en nylig oversigt beskrives flere tiltag med peer support, etablering af systemer samt opfølgning af disse (36). Karakteristisk for mange af de beskrevne organisatoriske tiltag er, at de støttende tiltag sjældent er til stede 24-7 og helt tæt på det kliniske arbejde, men i højere grad er back-up systemer som kræver en aktiv handling fra de direkte involverede. I Danmark har flere organisationer vejledninger med planer for generelle handlinger og støtte og i forhold til SV (37), men der er ganske få data vedr. anvendelsen af disse redskaber.

"The Buddy Study" (46) fra Odense Universitetshospital viste, at der er stor værdi i kollegial støtte og sparring, og denne intervention er nu udbredt på hospitalet.

Når en stor hændelse eller langvarig krise er indtrådt, kan der være behov for et større psykosocialt beredskab. Det sås bl.a. i forbindelse med Covid (44), fx i region Nordjylland.

I kommunal sammenhæng har der været gode effekter af psykosocialt beredskab, fx i Mariagerfjord Kommune.

Faktaboks: beskrivelse af psykosocial indsats i forbindelse med Covid19 i Mariagerfjord kommune

Arbejdspladsindsats – forberedende og forebyggende indsatser

Indsatserne er almene og indbefatter alle ansatte. Der er først og fremmest fokus på de medarbejdere, der udfører kritiske funktioner, og som møder ind på arbejdspladsen til hverdag.

Den forebyggende indsats vedrører generelle regler og bestemmelser for tilrettelæggelse af arbejdsmiljø i Mariagerfjord Kommune. Det anbefales, at der er særligt fokus på at:

- Sikre at personale føler sig klædt på til og har modtaget relevant oplæring/genopfriskning ift. de typer opgaver den enkelte skal varetage.
- Sikre tilstrækkeligt materiale (masker, handsker, hånd desinfektion o. Lign.).
- Personalet jævnlige briefes om ny viden/forholdsregler ift. COVID-19 (pandemiologi, triage, testning behandling mv.).
- Man skaber et miljø, hvor man inviterer til indrapportering af fejl, så vi sammen kan gøre arbejdspladsen bedre og mere sikker i denne periode.
- Man skaber et miljø hvor man jævnlige vurderer psykisk og fysisk tilstand og ikke møder syge på arbejde.
- Sikre muligheder for reel dialog og samarbejde mellem ansatte og ledelse
- Sikre ansatte tilstrækkeligt med muligheder for søvn, hvile og mulighed for kollegial støtte/sparring såvel som kontakt (f.eks. telefonisk) med familie. Afhængigt af de funktioner, der løses samt de vilkår, der arbejdes under, kan der være behov for, at dette afklares i en dialog med ledelsen.
- Fokus på rotation fra belastende til mindre belastende funktioner/afdelinger
- Sikre mulighed for at få fri – tid væk fra arbejdspladsen.
- Ledere kender principperne for psykisk førstehjælp
- Ledere beskyttes og understøttes ift. mental og fysisk trivsel på samme måde som øvrige ansatte.
- Vær opdateret på de udmeldinger, der kommer fra Sundhedsberedskabet
- Kende til muligheder for support, støtte og sparring.
- Personalet tager ansvar for at tale med hinanden om, hvad der rører sig, hvordan situationen påvirker kolleger, og hvad I i fællesskab kan gøre for at støtte hinanden; herunder også, at personalet gør brug af AMR og TR til at viderebringe relevant information om trivslen.

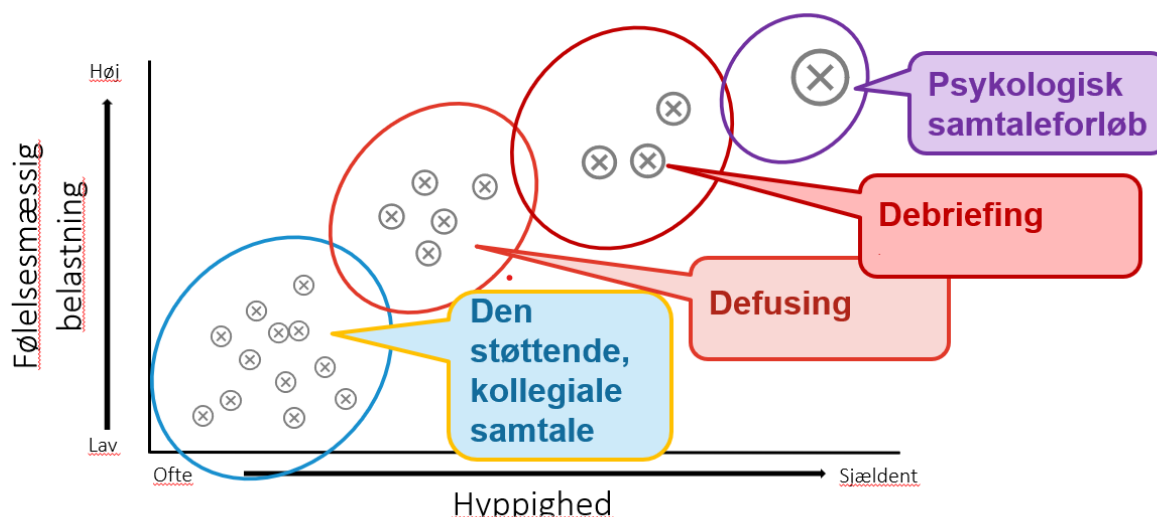
Fra sagsfremstilling vedr. psykosocialt beredskab i Mariagerfjord kommune 2. april 2020

At det kan lade sig gøre at samle viden og skabe en "redskabspakke" er vist i projektet "Mental sundhed for sundhedsprofessionelle" (MeSu) (45). Der blev på baggrund af viden om second victim skabt et fleksibelt koncept, som fokuserer på både inddragelse af ledelse og konkrete handlinger mellem kolleger i frontlinjen – den støttende, kollegiale samtale og defusing. Konceptet blev implementeret i en klinisk afdeling med 325 ansatte i 2021-22. Her tilkendegav 78 % af medarbejderne efterfølgende, at den støttende, kollegiale samtale har haft stor eller meget

stor betydning for dem. En tredjedel oplyste, at projektet har medført øget kollegaskab i afdelingen. Interviews viser ligeledes, at projektet har øget lederes og ansattes opmærksomhed på at spørge ind til hinanden, at lytte og dermed give den støtte, som et flertal fremhævede som yderst positivt. På trods af at resultaterne nu er udgivet i internationale tidsskrifter, og er grundigt beskrevet, er der så godt som ingen interesse for at udbrede erfaringerne uden for det hospital, som gennemførte interventionen.

Interventionen kan beskrives med denne illustration:

Belastninger & interventioner



En udførlig beskrivelse af koncept og resultater findes på <https://patientsikkerhed.dk/projekter/mental-sundhed-for-sundhedsprofessionelle/>

Der findes også meget konkrete, lokale tiltag og instrukser, der underbygger, hvordan og hvornår man skal anvende defuserende samtaler:

Faktaboks 3: Eksempel på model for, hvornår en defuserende samtale skal afholdes

I Danmark har flere organisationer vejledninger med planer for generelle handlinger og støtte og i forhold til SV^{xxiv, xxv}, men der er ganske få data vedr. anvendelsen af disse redskaber^{xxvi}. På Center for Kræft og Organsygdomme (CKO) på Rigshospitalet har man beskrevet en model for hvornår en defuserende samtale skal afholdes. Det bliver gjort som udgangspunkt i nedenstående situationer:

- Rumperet Abdominalt Aorta Anuerisme hvor patienten dør på lejet
- Ved donor operationer hvor donor er et barn
- Efter traumekald – alvorlige ulykker, knivstik, skudulykker - hvor operationspersonalet har deltaget og der ikke har været afholdt defusing i Traumecentret eller der fortsat er behov.
- Ved alvorlige utilsigtede hændelser eventuelt efterfulgt af en senere kerneårsagsanalyse.

- Ved alle alvorlige begivenheder hvor blot én af medarbejderne udtrykker behov for det – uanset tidspunkt og sted. For eksempel uventede begivenheder, voldelige patienter eller pårørende eller konfliktsituationer opstået blandt personalet.

På det overordnede niveau har man i Norge, i Sundhedsstyrelsens søsterorganisation, Helse- direktoratet udgivet en guide om at arbejde med Second Victim. [https://www.helsedirekto- ratet.no/rapporter/ivaretakelse-etter-uonskede-hendelser](https://www.helsedirektora- tet.no/rapporter/ivaretakelse-etter-uonskede-hendelser) (42).

I Danmark er Dansk Selskab for Patientsikkerheds rapport fra 2014 med anbefalinger (gengivet i begyndelsen af dette notat) og forløbsbeskrivelserne vedr. Mental sundhed for sundhedspro- fessionelle det tætteste man kommer på nationale anbefalinger. (39,45)

Referencer

- 1 Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: A Review. Eur J Obst Gyn Reprod Biol 2017; 213: 11-16
- 2 Wu, A.W. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. British Medical Journal 2000; 320: 726
- 3 Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR et al. Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2010; 36(5): 233-40.
- 4 Chan, S.T. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare profession- als as second victims. International Council of Nurses, 2016; 64: 242-262.
- 5 Engel, K.G., Rosenthal, M. & Sutcliffe, K.M. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. Academic Medicine 2006; 81: 86-93.
- 6 Busch IM, Morettei F, Purgato M et al. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Sec- ond Victims of Adverse Events: E Systematic Review and Meta-Analysis. J Patient Saf 2019; marts: 00-00.
- 7 Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P. & Armitage, G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare profes- sionals' psychological well-being. Quality and Safety in Health Care 2010; 19, e43
- 8 Ullström S, Sachs MA, Hansson J, et al. Suffering in silence: a qualitative study of second vic- tims of adverse events. BMJ Qual Saf 2014; 23: 325-331
- 9 Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. BMJ Open 2019; 9: e029923
- 10 Sveriges Kommuner och Landsting, Diagnostiska fel, Lärdomar av händelseanalyser, juni 2019 <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/diagnostiska-fel.html>
- 11 Danielle Ofri, Perchance to Think, New England Journal of Medicine, 28. marts 2019 <https://danielleofri.com/wp-content/uploads/2019/03/Ofri-NEJM-Perchance-to-Think.pdf>
- 12 https://www.skybrary.aero/index.php/The_Human_Factors_%22Dirty_Dozen%22
- 13 Kristensen S. Patient Safety Culture: Measurement - Leadership - Improvement [PhD]. Aal- borg: Aalborg University Press, Aalborg, Denmark; 2016.

- 14 Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50(5):9.
- 15 Kristensen S, Bartels PD, Sabroe S, Mainz J. Patientsikkerhedskultur kan facilitere høj klinisk kvalitet. *UgeskrLaeger*. 2014;16(176):1483-6.
- 16 Schiøler T, Lipzak H, Pedersen BL, et al. Incidence of adverse events in hospitalized patients: The Danish Adverse Event Study. *Ugeskr Læger* 2001; 162: 5370-8
- 17 Rafter, N., et al. Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *Quarterly Journal of Medicine* 2015; 108: 273–277.
- 18 Soop M, Fryksmark U, Köster M, et al. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 285-291
- 19 Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2015, Forebyggelige dødsfald under hospitalsindlæggelse. <https://patientsikkerhed.dk/materialer/forebyggelige-doedsfald-under-hospitalsindlaeg-gelse/>
- 20 Slawomirski L, Aaraeen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety - strengthening a value-based approach to reducing patient harm at a national level. OECD; 2017.
- 21 Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open* 2019; 9: e029923
- 22 Rasmussen K, Pedersen AHM, Pape L, et al. Work environment influences adverse events in an emergency department. *Dan Med J* 2014; 61(5): A412
- 23 Edrees, H.H., Paine, L.A., Feroli, E.R. & Wu, A.W. Health care workers as second victims of medical errors. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej* 2011; 121: 101–108.
- 24 Mira JJ, Carillo I, Lorenzo S et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Services Research* 2015; 15: 151-60
- 25 Daniels RG. Design of an Evidence-Based "Second Victim Curriculum for Nurse Anesthetists. *AANA Journal*. 2016;84(2):6.
- 26 Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *International Nursing Review* 2017;64(2):20
- 27 Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, et al. Patient Safety Culture and the second Victim phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2016; 42 :377-386
- 28 Hall HL, Johnson J, Watt I, et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS ONE* (2016) 11(7): e0159015, DOI:10.1371
- 29 Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2019 Oct 8. doi: 10.7326/M19-1152
- 30 Scott SD, Hirschinger LE, McCoig M, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider second victim after adverse events. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 325-30
- 31 Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, et al. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch Gynecologists. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 73
- 32 Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scandinavian journal of public health*. 2019; August.
- 33 Chung AS, Smart J, Zdradzinski M, Roth S, Gende A, Conroy K, et al. Educator Toolkits on Second Victim Syndrome, Mindfulness and Meditation, and Positive Psychology. The 2017 Resident Wellness Consensus Summit. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*. 2018;19(2):4.
- 34 van Pelt F, Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 249-52
- 35 ASSIST-ME model Supporting staff following an adverse event. 2017 <http://www.hse.ie/eng>
- 36 Vinson AE, Randel G. Peer support in anesthesia: turning war stories into wellness. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2018 Jun;31(3):382-387

37 VIP vejledning fra Region Hovedstaden: Krisehjælp efter oplevelse af belastende situationer i arbejdet

38 Parker, D. (2009): Managing Risk in Healthcare: Understanding Your Safety Culture Using the Manchester Patient Safety Framework

39 Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Arbejdsgruppen vedrørende omsorg for "second victim" Anbefalinger til bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. <https://patientsikkerhed.dk/viden/patientsikkerhedsvaerktoejskasse/second-victim/>

40 VIVE <https://www.sst.dk/-/media/Videnscenter-for-vaerdig-aeldrepleje-subsite/Udgivelser-2023/Analyse-omsorgstraethed.ashx>

41 Indenrigs- og sundhedsministeriet, Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, 2023. <https://www.ism.dk/temaer/robusthedskommissionen>

42 HelseDirektoratet, Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser, 2024. <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/ivaretagelse-etter-uonskede-hendelser>

43 Region Nordjylland. Psykosocialt beredskab. <https://psykiatri.rm.dk/For-sundhedsfaglige/Raadgivning-for-fagfolk/Krise-og-katastrofeberedskab#:~:text=Psykiatrien%20i%20Region%20Nordjylland%20leder,d%C3%B8den%20til%20f%C3%B8lge%20eller%20terror.>

44 Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Kvalitet og patientsikkerhed under Covid19. Håb er ikke en strategi, 2022.

45 Dansk Selskab for patientsikkerhed,. Mental sundhed for sundhedsprofessionelle. Et forbedringsforløb, 2022 <https://patientsikkerhed.dk/projekter/mental-sundhed-for-sundhedsprofessionelle/>

46 Schrøder K, Bovil T, Jørgensen JS, Abrahamsen C. Evaluation of the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. BMC Health Serv Res. 2022 Apr 27;22(1):566. doi: 10.1186/s12913-022-07973-9. PMID: 35477365; PMCID: PMC9043887.

47 Sagsfremstilling vedr. psykosocialt beredskab i Mariagerfjord kommune 2. april 2020

ⁱ Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, et al. Patient Safety Culture and the second Victim phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. Jt Comm J Qual Patient Saf 2016; 42 :377-386

ⁱⁱ Hall HL, Johnson J, Watt I, et al. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. PLoS ONE (2016) 11(7): e0159015, DOI:10.1371

ⁱⁱⁱ Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2019 Oct 8. doi: 10.7326/M19-1152

^{iv} The economics of patient safety. OECD, marts 2017, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/file-admin/Dateien/3_Downloads/P/Patientsicherheit/The_Economics_of_patient_safety_Web.pdf

^v Heyes JL et al. Nurse turnover: A literature review – An update. International Journal of Nursing Studies 2012; 49: 887-905

^{vi} Hassard J et al. The cost of work-related stress to society: A systematic review. J Occup Health Psychol 2018;23(1):1-17

^{vii} Waldman, JD et al. The Shocking Cost of Turnover in Health Care. Health Care Management Review 2004; 29: 2-7

-
- viii Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *International Nursing Review* 2017;64(2):20
- ix Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, et al. Work-related adverse events leaving their mark: a cross-sectional study among Dutch Gynecologists. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 73
- x Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scandinavian journal of public health*. 2019; August.
- xi Chung AS, Smart J, Zdradzinski M, Roth S, Gende A, Conroy K, et al. Educator Toolkits on Second Victim Syndrome, Mindfulness and Meditation, and Positive Psychology. The 2017 Resident Wellness Consensus Summit. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*. 2018;19(2):4.
- xii Denham CR. TRUST: The 5 rights of the second victim. *J Pat Safety* 2007; 3(2): 107-9
- xiii van Pelt F, Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 249-52
- xiv ASSIST-ME model Supporting staff following an adverse event. 2017 <http://www.hse.ie/eng>
- xv [Vinson AE](#), [Randel G](#). Peer support in anesthesia: turning war stories into wellness. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2018 Jun;31(3):382-387
- xvi Scott SD, Wu A et al. How to develop a second victim support program: A toolkit. *JCI Journal Qual Saf*; 2012: 38; 235-240
- xvii Hirschinger L, Scott SD. Clinician support: Five years of lessons learned. *PSQH* 2015 <https://www.psqh.com/analysis/clinician-support-five-years-of-lessons-learned/>
- xviii Edrees H, Wu A et al. Implementing the RISE second victim support program at Johns Hopkins Hospital. *BMJ Open* 2016;6:e011708
- xix Scott, Hirsinger et al. Caring for our own: Deploying a sec vic rapid response team. *JCI J Qual Pat Saf* 2010;36;233-240
- xx The Buddy Study, Odense Universitets Hospital, Katja Schrøder, personlig meddelelse
- xxi Moran D, Wu A et al. Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff. *J Patient Saf* 2017
- xxii Burlison JD et al. The second victim experience and support tool (SVEST) *J Pat Saf* 2017;13;93-102
- xxiii The secvic phenomenon among clinicians (SVEST) *Int J Sci Res* 2019: 6:
- xxiv Vejledninger fra Region Hovedstaden: [Krisehjælp efter oplevelse af belastende situationer i arbejdet](#)
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XFFB04B577DE3A1AEC12578AA002C76EF&level=1301X9&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X3A2747D629025108C12583FA00327EF0&dbpath=/VIP/Redaktoer/130128.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XC1257EEA0041BE33C1257D58007D4B22&level=1501X5&dbpath=/VIP/Redaktoer/1501X5.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

[Utilsigtede hændelser \(UTH\) og nærhændelser - identifikation, rapportering, sagsbehandling, analyse, formidling samt omsorg for patient og personale](#)

^{xxv} Region Sjælland, interne dokumenter: "Systematisk hjælp til medarbejdere, der har været involveret i en utilsigtet hændelse og som har eller - udvikler symptomer på second victim", "Omsorg til medarbejdere der har været involveret i en utilsigtet hændelse - "second victim", " Voldsom hændelse - Debriefing af personale på Børne- og Ungeafdelingen, Slagelse Sygehus", " Voldsom hændelse - Defusing af personale på Børne- og Unge Afdelingen, Slagelse Sygehus".

^{xxvi} Data fra Center for Kræft og Organsygdomme (CKO) på Rigshospitalet, Pernille Cedergreen, personlig meddelelse