

Second victim og patientsikkerhed

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

Marts 2025

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 nogle 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 og 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 (1), 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. Organisationen 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 (1).

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

I projektet Mental sundhed for sundhedsprofessionelle er der fx udviklet en række metoder og værktøjer, som i det daglige arbejde er særdeles virksomme i daglig praksis (2). Også projektet "The Buddy Project" (3), 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 ovenfor) og forløbsbeskrivelserne vedr. Mental sundhed for sundhedsprofessionelle det tætteste, man kommer på nationale anbefalinger (1,2).

Dette notat indeholder viden, som er opsamlet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed i initiativer vedr. second victim, herunder anbefalinger fra arbejdsgruppen 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 m.v. 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 negative konsekvenser (4), 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 (5).

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 (4) 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" (6).

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 (6–8). De psykologiske reaktioner består bl.a. af "flashbacks", nervøsitet, søvnbesvær, koncentrationsbesvær, angst, vrede, selvbefredelse og tab af faglig selvtilid (9,10); 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 (6). 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 (11). De emotionelle reaktioner kan være langvarige (måneder til år) og i nogle tilfælde permanente (11,12).

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 second victim-problestillinger er en cirkulær og selvforstærkende effekt: Dårligt arbejdsmiljø kan lede til fejl, som via second victim-reaktioner kan øge de sundhedsprofessionelles tilbøjelighed til at blive involveret 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 (13). En hyppig årsag til oplevelse af dårligt arbejdsmiljø er tidspres, og dette kan indirekte lede til fejl (14). 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 (15), der alle enkeltvist eller i kombination er kendte for at kunne udgøre årsagsmekanismer til UTH.

Data vedr. second victim-problematikker i relation til patientsikkerhedskultur

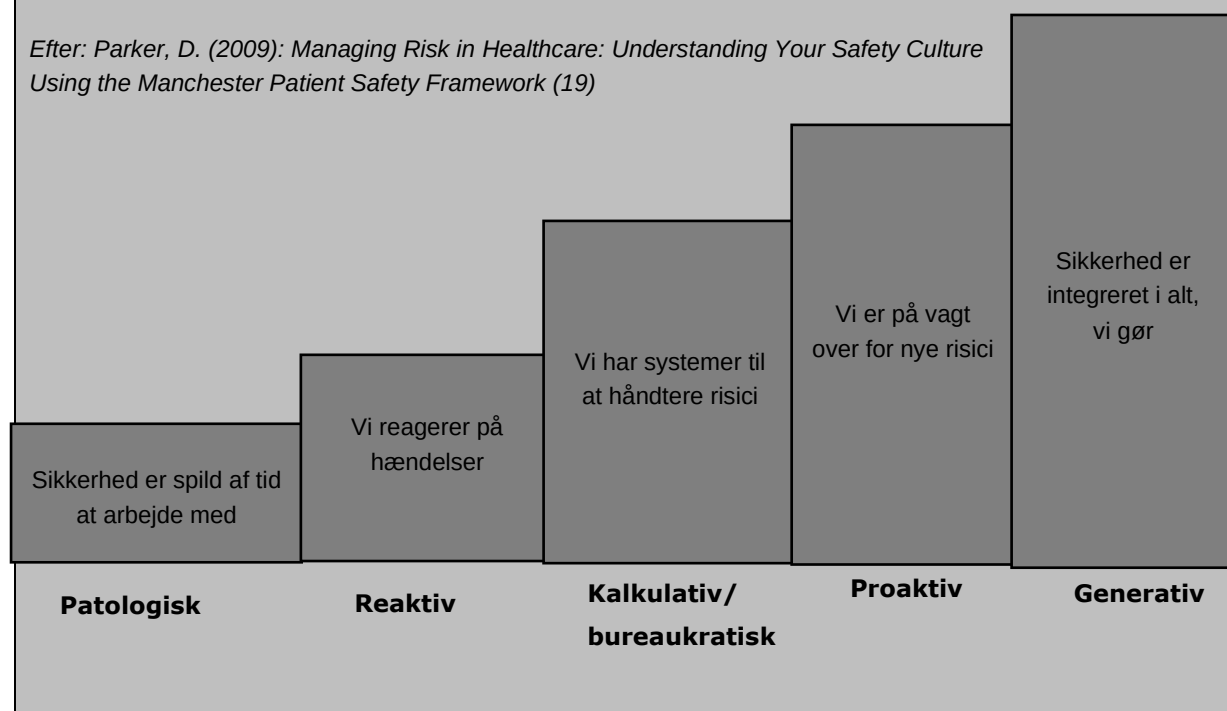
Patientsikkerhedskulturen har selvstændig indflydelse på forekomsten af UTH og dermed til second victim. Begrebet patientsikkerhedskultur er defineret i faktaboks 2 nedenfor. Litteraturen peger på en omvendt sammenhæng mellem UTH og patientsikkerhedskulturen over tid. Det betyder, at forekomsten af specifikke typer af UTH kan reduceres, samtidig med at aspekter af patientsikkerhedskulturen udvikler sig positivt (16). En positiv udvikling i samarbejdet personalet imellem, klinisk risikostyring hhv. en såkaldt retfærdighedskultur ("just culture") har vist sig særligt understøttende for reduktion af UTH over tid (16,17).

Faktaboks 2. Definition af patientsikkerhedskultur

Patientsikkerhedskultur er defineret i europæisk regi som: "et integreret mønster af individuel og organisatorisk adfærd, som er baseret på fælles holdninger og værdier, som kontinuerligt søger at minimere patientskade, der måtte opstå ved levering af sundhedsvæsnets ydelser". (18)

I patientsikkerhedsarbejdet anvendes ofte denne figur til at beskrive og vurdere patientsikkerhedskulturen:

Efter: Parker, D. (2009): *Managing Risk in Healthcare: Understanding Your Safety Culture Using the Manchester Patient Safety Framework* (19)



Patientsikkerhedskultur består således af komplekst relaterede underområder, som enkeltvist eller sammen kan have indflydelse på patienternes sikkerhed, fx samarbejds- og kommunikationskultur, klinisk risikostyring, stress-erkendelse, ledelsesopbakning til patientsikkerhedsarbejdet og retfærdighedskultur (6,18).

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 gennemsnitligt medførte en forlænget indlæggelse på 7 dage (20). Nyere internationale oversigter viser, at UTH på hospitaler berører 4-17 % af alle patientforløb (21). I Sverige har man fundet tal på årligt 3000 dødsfald og 10.000 patienter med permanente skader (22) 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 (23). En OECD-rapport fra 2017 anslår, at omkring hver tiende sygehuspatient udsættes for unødigt skade under indlæggelse, og at omkring 15 % af sygehusomkostninger og -aktivitet kan henføres til efterbehandling af problemer med patientsikkerheden (24).

I Holland viste en undersøgelse af 6500 læger og sygeplejersker på 32 hospitaler, at 45 % af de sundhedsprofessionelle havde været involveret i en utilsigtet hændelse, som for patienten medførte permanent skade eller død (12), 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 (25). Prævalensundersøgelser af second victim-reaktioner blandt alle grupper af sundhedsprofessionelle finder tal på op til 72,6 % (5). Mellem halvdelen og op mod tre fjerdedele af udspurgte sundhedsprofessionelle oplyser, at de personligt har oplevet second victim-reaktioner på et tidspunkt i deres karriere (26,27). 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 second victim-reaktioner.

Der er ikke undersøgelser af second victim i plejesektoren, men der findes en række analyser af omsorgstræthed og forråelse, som er parallelle til second victim 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 second victim-sammenhæng (28). 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" (29).

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 funktioner (5), og det samlede billede af reaktioner kan lede til nedsat klinisk dømmekraft og dermed til UTH (10). Konsekvenserne heraf er mange, lige fra øget tilbøjelighed til at praktisere defensiv medicin og tendens til at være involveret i flere UTH (30), til sygefravær, skift til andet speciale eller helt at forlade faget (5,21–23). Sammenhæng mellem længerevarende 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) (31) i et flertal af studierne var korreleret til ringere patientsikkerhed (31), mens en anden oversigt fandt, at denne sammenhæng måske reelt er mindre end hidtil rapporteret (32).

Utilsigtede hændelser og økonomiske hhv. organisatoriske konsekvenser

OECD-rapporten "The economics of patient safety" (24) konkluderer bl.a., at 15 % af sundhedsvæsenets 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 arbejdssteam (33). Det anslås, at arbejdsrelateret stress koster Danmark 14,6 mia. kr. årligt, hvoraf 70-90 % udgør tabt produktion (34). Desuden konkluderer en amerikansk undersøgelse, at minimumsudgifter til personaleomsætning repræsenterer et tab på mindst 5 % af driftsbudgettet indenfor sundhedsvæsenet (35). Således må en reduktion af utilsigtede hændelser 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 second victim-problemstillinger (36). 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 second victim.

Der er tre overordnede måder at komme videre på efter second victim; at:

- 1) forlade arbejdsstedet
- 2) blive i jobbet og leve med, at hændelsen stadig belaster
- 3) komme sig fuldt og anvende sin viden om second victim-problemstillinger i jobbet (36).

De copingstrategier, som anvendes af second victim, har vist sig at have indflydelse på borgere/patienter, kolleger og ikke mindst på dem selv (17,36). Personale, som har været involveret i skadevoldende hændelser, peger på behov for individuel følelsesmæssig og informativ støtte, svarende til behov i stadie 1-4 henholdsvis stadie 5-6 (37).

Copingstrategier efter second victim-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 fx defensiv medicinsk adfærd (5). Der vil dernæst være et behov for at tale om hændelsen, enten med kolleger eller familie og venner (13). En anden copingstrategi 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 (38). Kun få sundhedsprofessionelle oplyser, at de efter en episode med alvorlig UTH blev tilbudt hjælp på en tilstrækkelig eller systematisk facon (11,39). Graden af hjælp og støtte har vist sig at være korreleret med den recovery proces, som second victim gennemgår (40). Det betyder, at håndtering af second victim-problemstillinger i hændelsens efterforløb skal implementeres tids- og indholdsmæssigt i forhold til recovery processen, og understøttelse heraf skal starte straks efter hændelsen (17). 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 (9).

På individniveau understøttes second victim-problemstillinger især af samtaler: En-til-en; fx mellem kollegaer, mellem leder og second victim, mellem second victim og nærtstående fx familie eller venner, eller af en terapeut. På gruppeniveau kan second victim-problemstillinger understøttes på team-, personalegruppe-, enheds- eller organisationsniveau med henblik på at bearbejde og analysere hændelsen, uddrage organisatorisk læring og etablere effektive personlige og faglige mestringsstrategier (37,41).

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 (42):

- 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 sundhedsprofessionelle ønsker støtte umiddelbart og direkte i deres hverdag og deres organisation (36). 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 støtteprogrammer med det mål at hjælpe sundhedsprofessionelle, som oplever mental belastning som følge af deres arbejde med patienter og pårørende (3,6,43–48). Et studie har undersøgt omkostningseffektiviteten af et støtteprogram (RISE) og fandt, at institutionen opnåede en betydelig besparelse gennem reduceret sygefravær og jobskifte (49). Fælles for de beskrevne støtteprogrammer 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 hinanden. Fælles træk for de systemer, som fungerer bedst, er, at de indeholder ledelsesinvolvering, kulturforankring, undervisningsprogrammer og et niveauiuddelt støttetilbud: Let og umiddelbart tilgængelig kollegasupport (samtale), mulighed for udvidet samtaleforløb med særligt uddannede kolleger og mulighed for henvisning til ekspert-hjælp.

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 støtteressourcerne, Second Victim Experience and Support Tool (SVEST) (50); et skema, der efterfølgende er valideret i andre kontekster (51,52) og er oversat til en række sprog, herunder dansk (53).

Der findes en række systemer og planer for at hjælpe sundhedsprofessionelle, som berøres af second victim-reaktioner (15,43,44). I en nylig oversigt beskrives flere tiltag med peer support, etablering af systemer samt opfølgning af disse (45). 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 backup-systemer, som kræver en aktiv handling fra de direkte involverede.

I Danmark har flere organisationer vejledninger med planer for generelle handlinger og støtte i forhold til second victim (54), men der er ganske få data vedr. anvendelsen af disse redskaber.

”The Buddy Study” (3) 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-19 (55), fx i region Nordjylland.

I kommunal sammenhæng har der været gode effekter af psykosocialt beredskab, fx i Mariagerfjord Kommune, som beskrevet i faktaboks 3.

Faktaboks 3. Beskrivelse af psykosocial indsats i forbindelse med covid-19 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:

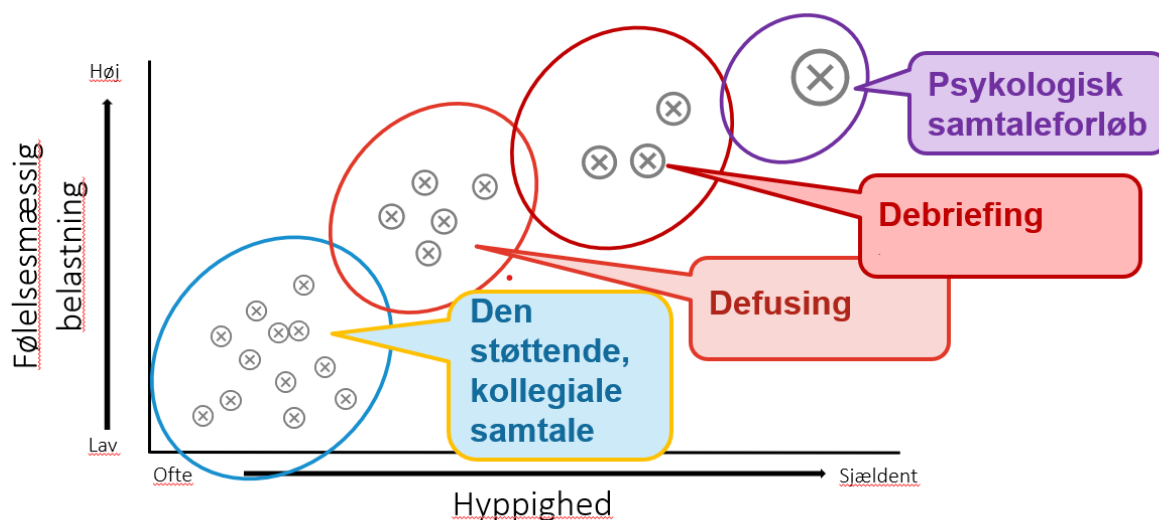
- Sikre at personale føler sig klædt på til og har modtaget relevant oplæring/genopfriskning ift. de typer opgaver den enkelte skal varetage.
- Sikre tilstrækkeligt materiale (masker, handsker, hånd desinfektion o. Lign.).
- Personalet jævnligt briefes om ny viden/forholdsregler ift. COVID-19 (pandemiologi, 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 jævnligt vurderer psykisk og fysisk tilstand og ikke møder syg på arbejde.
- Sikre muligheder for reel dialog og samarbejde mellem ansatte og ledelse
- Sikre ansatte tilstrækkelig med muligheder for søvn, hvile og mulighed for kollegial støtte/sparring såvel som kontakt (fx 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 (internt dokument, jrn.nr. 29.00.00-P16-1-14)

At det kan lade sig gøre at samle viden og skabe en "redskabspakke" er vist i projektet Mental sundhed for sundhedsprofessionelle (2). 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 følgende illustration:

Belastninger & interventioner



En udførlig beskrivelse af koncept og resultater findes på patientsikkerhed.dk/MeSu

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

Faktaboks 4. Eksempel på model for, hvornår en defusende samtale skal afholdes

I Danmark har flere organisationer vejledninger med planer for generelle handlinger og støtte og i forhold til second victim (54,56), men der er ganske få data vedr. anvendelsen af disse redskaber. På Center for Kræft og Organsygdomme (CKO) på Rigshospitalet har man beskrevet en model for, hvornår en defusende samtale skal afholdes. Det bliver gjort som udgangspunkt i nedenstående situationer:

- Rumperet Abdominalt Aorta Anuerisme, hvor patienten dør på lejet.
- Ved donoroperationer, 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.

Data fra Pernille Cedergreen, cheflæge, Herlev og Gentofte Hospital (personlig kommunikation)

På det overordnede niveau har man i Norge, i Sundhedsstyrelsens søsterorganisation Helsedirektoratet, udgivet en guide om at arbejde med second victim (57).

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 (1,2).

Referencer

1. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Anbefalinger fra arbejdsgruppen ved 'second victim' [Internet]. 2014 Sep [cited 2025 Apr 22]. Available from: <https://patientsikkerhed.dk/publikationer/arbejdsgruppen-vedroerende-omsorg-for-second-victim/>
2. Dansk Selskab for Patientsikkerhed, CAMES. Mental Sundhed for sundhedsprofessionelle - forbedringsforløb [Internet]. 2022 Nov [cited 2025 Apr 22]. Available from: https://patientsikkerhed.dk/mentalsundhed_forbedringsforloeb_november2022/
3. 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;22(1).
4. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000;320(7237).
5. Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The second victim: A Review. Eur J Obst Gyn Reprod Biol. 2017;213:11–6.
6. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, al. et. 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.
7. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' Responses to Medical Error: Coping, Learning, and Change. Academic Medicine [Internet]. 2006;81(1). Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2006/01000/residents_responses_to_medical_error_coping.21.aspx
8. Chan S, Khong P, Wang W, Student H, Professor A, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims Literature Review. International Council of Nurses. 2016;
9. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Patient Saf. 2020;16(2).
10. 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 professionals' psychological well-being. Qual Saf Health Care. 2010;19(6).
11. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: A qualitative study of second victims of adverse events. BMJ Qual Saf. 2014;23(4).
12. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, Bruyneel L, Coeckelberghs E, Panella M, 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(7).
13. Sveriges Kommuner och Landsting. Diagnostiska fel - lärdomar av händelsesanalyser. 2019.
14. Ofri D. Perchance to Think. New England Journal of Medicine. 2019;380(13).
15. SKYbrary Aviation Safety. The Human Factors 'Dirty Dozen' [Internet]. [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://skybrary.aero/articles/human-factors-dirty-dozen>
16. Kristensen S. Patient Safety Culture: Measurement - Leadership - Improvement. Aalborg Universitetsforlag; 2016. (Ph.d.-serien for Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet).
17. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. Vol. 50, International Journal of Nursing Studies. 2013.
18. Kristensen S, Bartels P, Sabroe S, Mainz J. Patientsikkerhedskultur kan facilitere høj klinisk kvalitet. Ugeskr Laeger. 2014;176(16).
19. Parker D. Managing risk in healthcare: Understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). J Nurs Manag. 2009;17(2).

20. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitalized patients. The Danish Adverse Event Study (DAES). *Ugeskr Laeger*. 2001;163(39).
21. Rafter N, Hickey A, Condell S, Conroy R, O'connor P, Vaughan D, et al. Adverse events in healthcare: Learning from mistakes. Vol. 108, *QJM: An International Journal of Medicine*. 2015.
22. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: A retrospective medical record review study. Vol. 21, *International Journal for Quality in Health Care*. 2009.
23. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Forebyggelige dødsfald under hospitalsindlæggelse [Internet]. 2015 [cited 2025 Apr 22]. Available from: <https://patientsikkerhed.dk/publikationer/forebyggelige-doedsfald-under-hospitalsindlaeggelse/>
24. Slawomirski L, Auraen A, Klazinga NS. The economics of patient safety - Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level: Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD; 2017 [15th Jan. 2018]. OECD Health Working Papers No96. 2017;(96).
25. Rasmussen K, Pedersen AHM, Pape L, Lyngby Mikkelsen K, Madsen MD, Jacob Nielsen K. Work environment influences adverse events in an emergency department. *Dan Med J*. 2014;61(5).
26. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn*. 2011;121(4).
27. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1).
28. Lei Sparre S, Winkler A, Skifter Andersen L, Flensborg Jensen M. Når arbejdet udmatter - VIVE rapport [Internet]. 2023 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/naar-arbejdet-udmatter-mxbdkoez/>
29. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kommissorium for Kommissionen for robusthed i sundhedsvæsenet. 2022 Jun.
30. Quillivan RR, Burlison JD, Browne EK, Scott SD, Hoffman JM. Patient safety culture and the second victim phenomenon: Connecting culture to staff distress in nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016;42(8).
31. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. Vol. 11, *PLoS ONE*. 2016.
32. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care a systematic review and meta-analysis. Vol. 171, *Annals of Internal Medicine*. 2019.
33. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: A literature review. Vol. 43, *International Journal of Nursing Studies*. 2006.
34. Hassard J, Teoh KRH, Visockaite G, Dewe P, Cox T. The cost of work-related stress to society: A systematic review. *J Occup Health Psychol*. 2018;23(1).
35. Waldman JD, Kelly F, Arora S, Smith HL. The shocking cost of turnover in health care. Vol. 35, *Health Care Management Review*. 2010.
36. Daniels RG, McCorkle R. Design of an evidence-based 'second victim' curriculum for nurse anesthetists. *AANA J*. 2016;84(2).
37. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2017 Jun 1;64(2):242–62. Available from: <https://doi.org/10.1111/inr.12317>
38. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider 'second victim' after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5).

39. Baas MAM, Scheepstra KWF, Stramrood CAI, Evers R, Dijkman LM, van Pampus MG. Work-related adverse events leaving their mark: A cross-sectional study among Dutch gynecologists. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1).
40. Nydoo P, Pillay BJ, Naicker T, Moodley J. The second victim phenomenon in health care: A literature review. Vol. 48, *Scandinavian Journal of Public Health*. 2020.
41. 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*. 2018;19(2).
42. Denham CR. TRUST: The 5 rights of the second victim. Vol. 3, *Journal of Patient Safety*. 2007.
43. Van Pelt F. Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(4).
44. National Open Disclosure Office IMNQ& PSD. "ASSIST ME" - A Model of Staff Support following Patient Safety Incidents in Healthcare. 2024 Sep. Report No.: NATOD-GDL-004-03.
45. Vinson AE, Randel G. Peer support in anesthesia: Turning war stories into wellness. Vol. 31, *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2018.
46. Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: A toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(5).
47. Hirschinger LE, Scott SD, Hahn-Cover K. Clinician Support: Five Years of Lessons Learned - Patient Safety & Quality Healthcare. PSQH [Internet]. 2015 Apr 3 [cited 2025 Apr 4]; Available from: <https://www.psqh.com/analysis/clinician-support-five-years-of-lessons-learned/>
48. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. *BMJ Open*. 2016;6(9).
49. Moran D, Wu AW, Connors C, Chappidi MR, Sreedhara SK, Selter JH, et al. Cost-Benefit Analysis of a Support Program for Nursing Staff. *J Patient Saf*. 2020;16(4).
50. Burlison JD, Scott SD, Browne EK, Thompson SG, Hoffman JM. The second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *J Patient Saf*. 2017;13(2).
51. Dato Md Yusof YJ, Ng QX, Teoh SE, Loh CYL, Xin X, Thumboo J. Validation and use of the Second Victim Experience and Support Tool questionnaire: a scoping review. Vol. 223, *Public Health*. 2023.
52. Kumar Choudhary P, Kumar P, Madhusudan Singh M, John P. The Second Victims Phenomenon Among Clinicians: A Hidden Iceberg In Healthcare. *Int J Sci Res*. 2019 Jun;8(6).
53. Knudsen T, Abrahamsen C, Jørgensen JS, Schrøder K. Validation of the Danish version of the Second Victim Experience and Support Tool. *Scand J Public Health*. 2022;50(4).
54. VIP Vejledninger fra Region Hovedstaden. Krisehjælp efter oplevelse af belastende situationer i arbejdet [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://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>
55. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Håb er ikke en strategi - Kvalitet og patientsikkerhed under covid-19 [Internet]. Kristensen I, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, editors. Frederiksberg: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2021 [cited 2025 Apr 22]. (Kvalitet

og patientsikkerhed under covid-19 ; 1). Available from: www.patientsikkerhed.dk/corona-laerteos

56. Region Sjællands Dokumentportal. Omsorg for medarbejdere der har været involveret i en svær hændelse eller i en utilsigtet hændelse (= Second Victim) [Internet]. 2025 Jan [cited 2025 Apr 4]. Report No.: 328401. Available from: <https://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=328401>
57. Helsedirektoratet. Når det som ikke skal skje, allikevel sker - Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbejdere ved uønskede hendelser. 2024 Nov.