

Håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse

- Arbejdsgruppens rapport

Januar 2006

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER.....	2
1.1 En åben og tryk sikkerhedskultur	2
1.2 Når en utilsigtet hændelse forekommer – professionel håndtering af de involverede parter.....	2
1.3 Patientsikkerhed og håndtering af personalereaktioner i uddannelserne	4
1.4 Erfaring/ evaluering	5
2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER.....	6
2.1 Arbejdsgruppens medlemmer	6
3. BAGGRUND.....	7
3.1 Udgangspunkt.....	7
3.2 Arbejdsgruppens øvrige bemærkninger:	7
BILAG.....	9
BILAG 1 KOMMISSORIUM.....	10
BILAG 2 RESULTATER AF LITTERATURSØGNING.....	12
BILAG 3 BAGGRUND FOR ANBEFALINGERNE.....	13
BILAG 3 BAGGRUND FOR ANBEFALINGERNE.....	13
BILAG 4 DRØFTELSE MED TR HVIDOVRE HOSPITAL.....	19
BILAG 5 DRØFTELSE MED TR PÅ HVIDOVRE HOSPITAL.....	21
BILAG 6 DRØFTELSE MED RISIKOMANAGERE VED STORSTRØMMENS SYGEHUSE.....	23
BILAG 7 DEBRIEFING, BALLERUP PSYKIATRISK CENTER.....	25

1. ARBEJDSGRUPPENS ANBEFALINGER

Nedenfor ses arbejdsgruppens anbefalinger, som er et resultat af gruppens arbejde med og drøftelser af problemstillingerne beskrevet i denne rapport's kapitel 2. Der er i arbejdsgruppen konsensus om at anbefale:

- Etablering af en åben og tryk sikkerhedskultur på arbejdspladserne.
- Professionel håndtering af en utilsigtet hændelse over for de involverede patienter, pårørende og personale, når den forekommer.
- Patientsikkerhed skal indgå som element i de sundhedsfaglige grunduddannelser samt som del af efter og videreuddannelses-aktiviteter

1.1 En åben og tryk sikkerhedskultur

Håndteringen af personalets reaktioner på utilsigtede hændelser skal indgå i amtet/regionen/kommunens/sygehusets overordnede personalepolitik – samt tilhørende udarbejdet administrativ instruks til udmøntning på de enkelte arbejdspladser.

Amtet/regionen/kommunen/sygehuset kan endvidere hensigtsmæssigt udvikle en samlet strategi med henblik på at skabe en åben, lærende og tryk sikkerhedskultur på de enkelte arbejdspladser. Håndtering af personalets reaktioner på utilsigtede hændelser bør indgå i strategien.

Politik, instruks og strategi forankres naturligt på den enkelte arbejdsplads via samarbejds- og eller sikkerhedsudvalgene, samt gennem ledelsen og patientsikkerhedsansvarlige. I det omfang det er flere afdelinger eller sektorer involveret kan det være hensigtsmæssigt konkrete tiltag på tværs af afdelinger og sektorer.

Ledelsen på den enkelte afdeling, afsnit mv. skal være parate til at sætte patientsikkerhed og håndtering af personalets reaktioner på dagsordenen som del af det daglige arbejde på afdelingen mv.

Viden om og eksistensen af sådanne politikker, instrukser og strategier er et signal til personalet om, at utilsigtede hændelser er noget de fleste oplever i sundhedssektoren – og giver samtidig personalet tryk og viden om, hvordan personalet skal forholde sig, når en utilsigtet hændelse forekommer.

1.2 Når en utilsigtet hændelse forekommer – professionel håndtering af de involverede parter

Det er en ledelsesopgave at håndtere en utilsigtet hændelse professionelt over for de involverede patienter, pårørende og personale. Ledelsen på den enkelte arbejdsplads skal bl.a. klart og tydeligt støtte og bakke personalet op i forbindelse med utilsigtede hændelser.

På den enkelte afdeling eller afsnit bør der foreligge en handlingsplan for tiltag og med en klar opgave – og ansvarsfordeling i forhold til patienter, pårørende og personale - i tråd med personalepolitikken og øvrige administrative instrukser. Handlingsplanen skal både indeholde tiltag i forhold til den akutte situation, den videre opfølgning og "gode råd" til kollegial førstehjælp.

I den akutte situation er det arbejdsgruppens opfattelse, at den ansvarshavende eller nærmeste leder:

- Vurderer hændelsen, behovet for tiltag og iværksætter disse. Den involverede person i en utilsigtet hændelse bør aldrig selv pålægges denne opgave.
- Er ansvarlig for at sikre, at patienten og evt. pårørende modtager sufficient information om hændelsen, den eventuelle skade og mulige konsekvenser heraf på det relevante tidspunkt
- Er ansvarlig for at tage hånd om den eller de involverede personaler og herunder vurdere, om der skal tilkaldes yderligere ledere.

Det involverede personale har behov for omsorg fra både ansvarlige leder og kolleger i den akutte fase fra at hændelsen er forekommet og til personen tager hjem fra arbejdet.

Retningslinierne for denne omsorg – den kollegiale førstehjælp– indgår i handlingsplanen og kan indeholde følgende elementer:

- En samtale mellem de involverede og evt. ansvarshavende om de umiddelbare personlige, faglige og tekniske indtryk af hændelsesforløbet, så ingen forlader arbejdspladsen med en række uafklarede og traumatiserende oplevelser. At samtalen afholdes så hurtigt efter hændelsen som muligt og kan give ansvarshavende eller lederen mulighed for at vurdere behovet for yderligere støttetiltag.
- En opfordring til at den eller de involverede nedskriver hændelsesforløbet med henblik på den personlige bearbejdning heraf.
- At det involverede personales reaktioner og behov identificeres.
- En stillingtagen til om involveret personale kan fortsætte vagten eller evt. kan tage et par timer eller mere ud.
- En anbefaling til den involverede om dele hændelsen med andre - under hensynstagen til tavshedspligten.
- En sikring af, at den involverede kommer hjem på en ordentlig måde.
- En lokal aftale om, hvem den involverede part evt. kan kontakte efter hjemkomsten, hvis der bliver behov herfor. Det kan fx være en kollega eller en leder.
- En aftale om at tage kontakt til den involverede dagen efter.

Efterfølgende / på lidt længere sigt kan der efter en vurdering af det konkrete behov foretaget af nærmeste leder igangsættes forskellige opfølgende tiltag:

- Psykologisk debriefing¹ der af arbejdsgruppen forstås som: en formaliseret samtale mellem involverede personaler og nærmeste leder, hvor tanker,

¹ Arbejdsgruppen gør opmærksom på, at psykologisk debriefing handler om at takle normale reaktioner på en utilsigtet hændelse. Der er ikke tale om psykologisk behandling eller terapi. Såfremt terapi m.m. er nødvendigt, bør dette etableres uden for organisationen på samme måde som i andre situationer, hvor borgere har behov for at modtage psykologisk behandling.

følelser og reaktioner tales igennem med henblik på en fælles bearbejdning af hændelsen, samt en individuel og kollektiv støtte til den videre bearbejdning heraf, så selvværd og arbejdsevne bevares. (Se bilag 7 for et eksempel på formaliseret psykologisk debriefing fra Ballerup Psykiatrisk Center).

- Taktisk debriefing forstås af arbejdsgruppen som den rapportering og læring af utilsigtede hændelser som varetages i det etablerede patientsikkerhedssystem.
- Hjælp til konkret information til nærmeste familie eller pårørende
- Konkret handlingsplan – aftale med ledelsen
- Vurdering af eventuel arbejdsskade
- Konkret tilbud om psykolog hjælp²

Disse tiltag er i øvrigt gældende indenfor en række forskellige sektorer, herunder bl.a. politiet, banksektoren, flyvevæsenet mv.

Hvis hændelsen er alvorlig anbefales der gennemført en psykologisk debriefing 3 – 4 døgn efter hændelsen ledet af en leder, som bør være uddannet til at varetage denne.

Hændelsen kan være så traumatiserende for den involverede sundhedsperson, at der efterfølgende kan være behov for yderligere opfølgning og evt. psykologisk behandling. Aftale herom foretages mellem ledelse og den eller de involverede ud fra de vedtagne principper i handlingsplanen.

I både det akutte og det efterfølgende forløb har kollegial støtte og opbakning en stor betydning. Derfor bør der på de enkelte afdelinger/afsnit samtidig arbejdes for:

- At udgangspunktet for den kollegiale støtte er en åben, lærende og tryk kultur.
- At enhver sundhedsperson er orienteret om kendte reaktioner på utilsigtede hændelser og om muligheder for tilbud og støtte.
- At enhver sundhedsperson kan og vil yde kollegial førstehjælp

1.3 Patientsikkerhed og håndtering af personalereaktioner i uddannelserne

Patientsikkerhedsperspektivet og arbejdet med patientsikkerhed bør indgå som element i alle de sundhedsfaglige grunduddannelser. Endvidere bør der udvikles og udbydes efter og videreuddannelsesaktiviteter for personalet i patientsikkerhed, forekomsten og varetagelse af utilsigtede hændelser samt mulige reaktioner herpå. Arbejdsgruppen vil gerne pointere, at uddannelsesaktiviteterne og redskaberne skal rettes mod at håndtere tabubelagte emner med vægt på læring frem for skyld og skam i forbindelse med en utilsigtet hændelse.

For lederne kan emnet hensigtsmæssigt indbygges i eksisterende lederuddannelser og efteruddannelser for ledere ligesom det anbefales, at der udvikles ledelsesværktøjer til at håndtere psykologisk debriefing.

² Som i note 1 mener arbejdsgruppen, at dette bør finde sted uden for organisationen.

1.4 Erfaring/ evaluering

Det foreslås, at der iværksættes en systematisk erfaringsopsamling med henblik på at kvalificere aktiviteterne i forhold til det involverede sundhedspersonale og opsamle national viden, når anbefalingerne er implementeret med lokalt islæt.

Erfaringsopsamlingen kan eksempelvis indeholde:

- En beskrivelse af personalets reaktioner og behov
- En beskrivelse af tilbudte aktiviteter og vurdering af effekten heraf
- En evaluering af håndteringen af 2. victim

Erfaringsopsamlingen lokalt kan eksempelvis håndteres af risikomanageren.

2. ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER

Bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed besluttede med vedtagelse af Arbejdsprogram 2005 at nedsætte en arbejdsgruppe til at fremme arbejdet med håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse.

Arbejdsgruppen fik til opgave at:

- Kortlægge og indsamle eksisterende nationale og internationale undersøgelser, erfaringer og materiale vedrørende sundhedspersoners oplevelse af og reaktioner på en utilsigtet hændelse samt håndtering af dette.
- Overveje og beskrive hvad der i en dansk kontekst kan gøres for at håndtere og varetage det sundhedsfaglige personales behov i forbindelse med en utilsigtet hændelse. Der tænkes her på varetagelsen af den enkelte sundhedspersons konkrete behov for hjælp og støtte, samt hvordan man som ledelse tager hånd om det involverede personale i forbindelse med utilsigtede hændelser.

Det egentlige kommissorium for arbejdsgruppen, samt arbejdsgruppens sammensætning m.v. fremgår af bilag 1.

Der har været afholdt 3 møder.

Arbejdet har taget udgangspunkt i sekundærsektoren og dens organisering. Principperne i arbejdet med håndtering af personalets reaktioner på utilsigtede hændelser kan formentlig udbredes til primærsektoren i takt med sektorens arbejde med patientsikkerhed, jf. også det forestående revisionsarbejde af Sundhedslovens §§ 198 – 201 (Lov om Patientsikkerhed i sundhedsvæsenet).

2.1 Arbejdsgruppens medlemmer

Berit Bjerre Handberg, Yngre Læger (Formand for arbejdsgruppen)
Karen Stæhr, FOA – Fag og Arbejde
Lea Groth-Andersen, FOA – Fag og Arbejde (Sekretariatsfunktion for arbejdsgruppen)
Susanne Richter, Dansk Sygeplejeråd
Mogens Hüttel, FAS
Geert Amstrup, Den Almindelige Danske Lægeforening
Torben Andersen, DBIO
Janne Elsborg, H:S
Dorrit Guttman, Amtsrådsforeningen
Margrethe Nielsen, Forbrugerrådet
Eva Reiter, Jordemoderforeningen
Torben Krogh Kjelgaard, KL
Niels Knuth Federspiel, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Bodil Bjerg, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

3. BAGGRUND

3.1 Udgangspunkt

Patienten er det "første offer" og så absolut den vigtigste part at tage vare om, når der sker fejl i sundhedsvæsenet.

Ikke desto mindre er det involverede sundhedspersonale ofte dybt berørt af hændelserne og undersøgelser har vist, at en stor andel af sundhedsfagligt personale overvejer at forlade deres fag efter at have været involveret i en utilsigtet hændelse³.

Når en utilsigtet hændelse forekommer, er der derfor behov for en professionel varetagelse af både det videre patientforløb og det implicerede sundhedspersonale – the second victim.

Med hensyn til håndteringen af patienter, pårørende mv. forudsætter arbejdsgruppen, at der sker en rapportering, og at patientsituationen i øvrigt håndteres og henviser bl.a. til rapporten: "Rekommandationer om reaktioner efter utilsigtede hændelser på sygehuse" Forskningscenter Risø, juni 2005. Denne rapport retter sig udelukkende mod personale reaktioner og håndteringen heraf. Håndteringen af personale reaktioner skal selvfølgelig spille sammen med den øvrige patientsikkerhedsorganisation, så det åbne og lærende system understøttes.

For sundhedspersonalets vedkommende vil på forhånd afklarede og aftalte forhold omkring håndteringen af utilsigtede hændelser – både over for patienter og personale – bidrage til trygge rammer. Det vil også medvirke til at understøtte det øvrige arbejde med patientsikkerhed og herunder fremme rapportering af hændelser og etablering af en åben og lærende sikkerhedskultur. Arbejdet med at forbedre patientsikkerheden og håndtering af personalets reaktioner er tiltag som kan og skal komplementere hinanden og trække i samme retning.

Baggrunden for arbejdsgruppens bemærkninger og anbefalinger kan ses i bilag 2., 3., 4., 5., 6. og 7.

3.2 Arbejdsgruppens øvrige bemærkninger:

Til kommissoriets første spørgsmål:

- Der findes kun meget lidt dansk materiale om emnet inden for sundhedssektoren. Der er ikke fundet (videnskabelige) publikationer eller undersøgelser som alene omhandler dette emne. Dog findes enkelte lokale eller regionale retningslinjer for håndtering af personalets reaktioner i sundhedsvæsenet. (Se bilag III (3) og IV (4)).
- Inspiration til at håndtere personalets reaktioner på utilsigtede hændelser kan indhentes både fra sundhedssektoren og andre sektorer som fx politiet, banksektoren, flyvevæsenet mv.

³ Hermann N, Andersen H B, Schiøler T, Madsen M D, Østergaard D (RISØ 2002) Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

Til kommissoriets andet spørgsmål:

- Der er på alle niveauer i sundhedsvæsenet behov for at sætte fokus på håndtering af sundhedspersonalets reaktioner på utilsigtede hændelser.
- Der er behov for at udvikle konkrete procedurer, handlingsplaner og redskaber til at håndtere sundhedspersonalets reaktioner på utilsigtede hændelser.
- Der er behov for redskaber både til ledelsesniveauet og til, hvordan man som kollega kan forholde sig til og hjælpe en anden kollega i forbindelse med en utilsigtet hændelse.
- Indvirken på personalet som følge af involvering i en utilsigtet hændelse må både vurderes i forhold til hændelsens karakter og i forhold til de individuelle menneskelige reaktioner.

Sundheds-personalet påvirkes og reagerer meget individuelt på utilsigtede hændelser og reaktionerne er i et vist omfang uafhængige af hændelsens karakter eller alvorlighed. Også efter mindre alvorlige eller skadevoldende hændelser kan der være behov for at tage hånd om personalet. Det må dog forventes, at en alvorlig hændelse har en længerevarende påvirkning end en mindre hændelse.

- Der skal iværksættes en personalemæssig indsats ved meget alvorlige hændelser, selv om personalet ikke umiddelbart viser eller udtrykker behov herfor.
- Der kan forekomme reaktioner på utilsigtede hændelser både hos den enkelte, der direkte er involveret i hændelsen, og hos andet mere perifert deltagende personale som eksempelvis i et operationsteam og lignende.

BILAG

Kort introduktion til bilagene 3., 4., 5. og 6.

I bilag 3. gennemgås de tre kilder: G Aasland og R Førde: Quality and Safety in Health Care, H:S undersøgelse af Viden og holdninger til utilsigtede hændelser og rapportering, Direktionen april 2004 og Ibsen, Bjarne Frøslee, Keld Molin og Ole Daugbjerg: Politi og voldsomme hændelser – et arbejdsmiljøproblem, Rigspolitechefen 1997 for at indkredse definitionerne på en utilsigtet hændelse, personalereaktioner og tiltag til forbedre personalets håndtering af utilsigtede hændelser.

Bilagene 4. og 5. er indhentede kvalitative data fra tillidsrepræsentanter for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på Hvidovre hospital. Dataene er hentet i forbindelse med arbejdsgruppens arbejde for at supplere det sparsomme materiale om 2. victim.

Bilag 6. er kvalitative data fra risikomanagere ved Storstrømmens Sygehuse og disse data er ligeledes hentet for at supplere viden om 2. victim.

Bilag 7. Debriefing er fra Ballerup Psykiatrisk Center og en del af en samlet plan for håndtering af krise- og katastrofesituationer. Beskrivelsen af debriefing er efter arbejdsgruppens opfattelse den mest solide beskrivelse ud over politiets allerede gennemgåede materiale.

BILAG 1 KOMMISSORIUM

Kommissorium for arbejdsgruppe vedrørende håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse

Selskabets Bestyrelse har med vedtagelse af Arbejdsprogram 2005 besluttet, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at fremme arbejdet med håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse.

Selskabet har ikke tidligere beskæftiget sig med dette område, men finder at der mangler viden og tiltag omkring dette i Danmark.

Forretningsudvalget har derfor i maj nedsat følgende arbejdsgruppe og udpeget Yngre Læger til at varetage formandskabet:

Berit Bjerre Handberg, Yngre Læger (Formand for arbejdsgruppen)
Karen Stæhr, FOA – Fag og Arbejde
Lea Groth-Andersen, FOA – Fag og Arbejde (Sekretariatsfunktion for arbejdsgruppen)
Susanne Richter, Dansk Sygeplejeråd
Mogens Hüttel, FAS
Geert Amstrup, Den Almindelige Danske Lægeforening
Torben Andersen, DBIO
Janne Elsborg, H:S
Dorrit Guttman, Amtsrådsforeningen
Margrethe Nielsen, Forbrugerrådet
Eva Reiter, Jordemoderforeningen
Torben Krogh Kjelgaard, KL
Niels Knuth Federspiel, Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Bodil Bjerg, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Konkret får arbejdsgruppen til opgave at:

1. Kortlægge og indsamle eksisterende nationale og internationale undersøgelser, erfaringer og materiale vedrørende sundhedspersonales oplevelse af og reaktioner på en utilsigtet hændelse samt håndtering af dette.
2. Overveje og beskrive hvad der i en dansk kontekst kan gøres for at håndtere og varetage det sundhedsfaglige personales behov i forbindelse med en utilsigtet hændelse. Der tænkes her både på varetagelsen af den enkelte sundhedspersons konkrete behov for hjælp og støtte, samt hvordan man som ledelse tager hånd om det involverede personale i forbindelse med utilsigtede hændelser.

Det er formandskabets ansvar at der bliver udarbejdet en afrapportering til bestyrelsen med de svar og anbefalinger som arbejdsgruppen kan nå til konsensus om. Såfremt formandskabet ikke ønsker at varetage rollen som sekretær for

arbejdsgruppen, vælger arbejdsgruppen en af gruppens medlemmer til denne opgave.

Selskabets sekretariat planlægger indledningsvis i samarbejde med formandskabet en møderække for arbejdsgruppen og indkalder til første møde. Sekretariatet vil endvidere deltage i møderne for at bidrage med viden i bedst muligt omfang samt stille lokaler til rådighed såfremt dette ønskes.

Tidshorisont

Arbejdsgruppen udarbejder et oplæg til debat som fremlægges på Bestyrelsens seminar i november, og færdiggør på baggrund af Bestyrelsens drøftelser og anbefalinger en endelig rapport – dog senest ved udgangen af januar 2006.

BILAG 2 RESULTATER AF LITTERATURSØGNING

1. G Aasland og R Førde: Quality and Safety in Health Care
2. H:S Direktionen (april 2004) Viden og holdninger til utilsigtede hændelser og rapportering
3. Ibsen, Bjarne Frøslee, Keld Molin og Ole Daugbjerg (Rigspolitichefen 1997) Politi og voldsomme hændelser – et arbejdsmiljøproblem
4. Finansforbundet (maj 2005) Før, under og efter røveri Praktiske handlinger, reaktioner og følelser
5. Ibsen, Bjarne Frøslee: Håndtering af voldsomme hændelser. Kapitel 16 fra politiskolens grundbog i psykologi
6. Flyvesikringstjenesten, NAVIAIR (Jan. 2005) Betegnelse: O PER 017
7. Flyvesikringstjenesten, NAVIAIR (Jan. 2005) Betegnelse: O PER 018
8. Ugeskrift for læger 5. april 2004, nr. 15, Hammett, Roman: Undskyldninger sat i system
9. BMJ 2000;320:726-727, Albert W. Wu: Medical error: The second victim
10. BMJ 2000; 320:812, Anonym: Looking back...
11. JGIM 1997, vol. 12, dec. s. 770-775, Albert W. Wu et al: To tell the truth – ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients
12. Arch Fam Med. 1996 Feb;5(2):71-5., M. C. Newman: The emotional impact of mistakes on family physicians
13. J.Gen.Med. 1992 jul-aug;7(4):424-31, J. F. Christensen: The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians
14. Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med. Soc. 1985 Fall;48(4), J. S. Terry: Facing limitation and failure: four literary portraits
15. Resume af:
Peter F. Hjort: Uheldige hændelser i helsetjenesten – forebygning og håndtering (En pårørendes fortælling)
Charles Vincent: Understanding and Responding to Adverse Events (NEJM)

Hermann N, Andersen H B, Schiøler T, Madsen M D, Østergaard D (RISØ 2002)
Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

BILAG 3 BAGGRUND FOR ANBEFALINGERNE

I det følgende beskrives baggrunden for anbefalingerne ud fra udvalgte dele af det indsamlede materiale. Det samlede nationale og internationale materiale, artikler og undersøgelser, samt relevant materiale fra andre sektorer, som er indsamlet og danner baggrund for gruppens arbejde og anbefalinger fremgår af bilag 2.

Materiale som primært ligger til grund for arbejdsgruppens anbefalinger:

1. G Aasland og R Førde: Quality and Safety in Health Care.

En postomdelt spørgeskemaundersøgelse blandt en kohorte af 1616 aktive læger med det formål, at opnå en beskrivelse af, hvordan læger oplever og takler utilsigtede hændelser med alvorlig patientskade. Svarprocenten var 82.

2. H:S Viden og holdninger til utilsigtede hændelser og rapportering, Direktionen april 2004.

En spørgeskemaundersøgelse af 1700 frontliniemedarbejdere med henblik på at identificere ændringer af frontpersonalets viden og holdninger til rapportering. Undersøgelsen er gennemført først i 2001 og herefter i 2003. Begge gange med svarprocenter på hhv. 60 % og 53 %. (Der anvendes kun dele af denne undersøgelse).

3. Ibsen, Bjarne Frøslee, Keld Molin og Ole Daugbjerg: Politi og voldsomme hændelser – et arbejdsmiljøproblem, Rigspolitietschefen 1997.

En opfølgning på Ph.d. afhandlingen; Politi og psykiske traumer af Ibsen, Bjarne Frøslee og fokus er at hjælpe politiet til selvhjælp med at håndtere voldsomme hændelser.

Afgrænsning af utilsigtede hændelser ifht. at håndtere reaktioner

G Aasland og R Førde: Quality and Safety in Health Care er en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse blandt en kohorte af 1616 aktive læger med det formål, at opnå en beskrivelse af, hvordan læger oplever og takler utilsigtede hændelser med alvorlig patientskade.

I Aaslands undersøgelse defineredes utilsigtede hændelser, som hændelser foretaget af lægen med alvorlig patientskade. Forfatterne lader det være op til de enkelte respondenter at definere, hvad alvorlig patientskade indebærer. Undersøgelsens resultater vil derfor også være baseret på mange forskellige subjektive fortolkninger heraf.

Forfatterne peger på, at der indtil nu har været meget lidt opmærksomhed på, hvordan lægerne takler utilsigtede hændelse. At der generelt mangler opmærksomhed på personalets måde at takle utilsigtede hændelser kan bakkes op af arbejdsgruppen, som kun har kunnet finde meget lidt litteratur herom.

H:S undersøgelsen arbejder ud fra en definition på en utilsigtet hændelse, som en skadevoldende hændelse påført patienten af sygehusvæsenet. Det gøres klart, at skaden ikke er et resultat af patientens underliggende sygdom, men resultat af sygehusvæsenets undersøgelse, behandling og pleje. Utilsigtede hændelser omfatter både fejl og komplikationer. Definitionen er til rådighed for respondenterne på spørgeskemaets første side sammen med to eksempler på utilsigtede hændelser.

Politiet anvender ikke utilsigtede hændelser som begreb, men bruger det langt bredere: Voldsomme hændelser. En voldsom hændelse kan afgrænses. Der er en start, en hændelse og en slutning. Hermed afgrænses fra stress reaktioner affødt af vedvarende belastninger og egentlige krisesituationer. Den voldsomme hændelse indeholder mindst én af følgende tre ting:

- Tab eller skade
- Trussel eller udfordring
- Traumatisk oplevelse

Som oftest er der mere end én af de nævnte faktorer til stede i praksis. På baggrund af 1800 konkrete hændelser er blevet kategoriseret i fire kategorier (s. 25):

1. Hændelser hvor politiets liv og helbred er direkte truet
2. Hændelser hvor der er børn involveret
3. Hændelser med stærke sansemæssige indtryk
4. En blandet gruppe af hændelser. Hetz fra pressen, verbale trusler mod politimanden eller familien, hændelser som ikke gik godt, eller angreb på eller klager over politikfolk direkte eller indirekte fører til, at politikfolkene bliver den anklagede part. Da politimanden ved officielle undersøgelser fratages sin status som politimand og står med frygten og usikkerheden for at få en eventuel dom og miste sit arbejde på en ydmygende facon, kan dette opleves som et betydeligt yderligere pres.

Når der ses nærmere på politifolkenes reaktioner og bearbejdelsen af de følelsesmæssige oplevelser ved voldsomme hændelser, så er det ikke afgørende, hvor hændelsen er kategoriseret. Oplevelsen af skyld, selvbekræftelse, afmagt og følelsen af ikke at være god nok kan optræde ved alle kategorier af hændelser. Definitionen anvendes derfor udelukkende som et pejlemærke eller et obs. punkt for at vurdere behovet for en yderligere støttende og opbyggende indsats.

Hvor mange læger har oplevet alvorlig patientskade efter egen behandling

Aaslands og Førdes har ud fra 1294 lægers respons opgjort at:

- 926 = 72 % har aldrig oplevet dette
- 354 = 27 % har oplevet dette få gange
- 14 = 1 % har oplevet det flere gange

Hvilke konsekvenser havde den alvorlige patientskade for den behandlende læge

Aaslands og Førdes skriver:

- 6 % havde behov for professionel hjælp
- 22 % modtog ikke god støtte fra kollegerne efter hændelsen
- 11 % oplevede det hårdere at være læge efter hændelsen
- 17 % oplevede negativ effekt på privatlivet
- 68 % rapporterer, at de har talt med patienten eller pårørende om hændelsen
- 32 % blev bebrejdet hændelsen af patienten eller pårørende.

H:S undersøgelsen viser, at:

- $\frac{3}{4}$ drøfter en hændelse med en snæver kreds af kolleger
- $\frac{1}{2}$ drøfter hændelsen med familien

- 5 % holder hændelsen for sig selv
- ¾ taler åbent om en utilsigtet hændelse på afdelingen
- 2/3 angiver at patienten informeres om en utilsigtet hændelse

H:S undersøgelsen viser, at hyppigheden af at kunne huske detaljer om en patient, der blev skadet, er reduceret fra 2/3 i første undersøgelse til halvdelen for læger i anden undersøgelse. De tilsvarende tal for sygeplejersker er henholdsvis ¾ til 2/3. (s. 12). " Er man personligt involveret i en hændelse, og kædes denne hændelse sammen med selvbebrejdelser og skyld, vil man typisk erindre mange detaljer om hændelsen."

Undersøgelsen diskuterer om det kan være udtryk for at der er opstået et mere rutinepræget forhold til utilsigtede hændelser, men der hældes mere til, at der muligvis er ved at ske en systemisk forståelse for, hvorfor en utilsigtet hændelse sker, frem for at den enkelte føler sig personlig ansvarlig for skaderne.

Politiets undersøgelse indeholder kvalitative data, som siger noget om de psykiske og fysiske reaktioner på voldsomme hændelser. Heraf fremgår det bl.a. at hvis en opgave ikke blev løst hensigtsmæssigt, eller fik nogle alvorlige, uheldige konsekvenser, kan der opstå en næsten endeløs tankerække. Man overvejer eller diskuterer eventuelt, hvordan opgaven ellers kunne være løst. Der følger ofte i større eller mindre grad følelser som selvbebrejdelse, skyldfølelse – ofte irrationel skyldfølelse og afmagt, som er den aller sværeste følelse at takle:

En person, som jeg havde anholdt, afgik ved døden, mens jeg var ved at indtransportere ham til stationen. Jeg tænker stadig på, om jeg kunne have afværget dødsfaldet. (Politiet s. 76).

Når man indgår professionelt i en situation, har man et mentalt billede af at kunne kontrollere den. Hvis denne kontrol glipper, hvis man i bagklogskabens ulideligt klare lys kan fastholde, at situationen kunne være taklet anderledes, kan man bevare den mentale følelse af kontrol og holde afmagtsfølelsen på afstand. Prisen er bare skyldfølelse, og selvværdets mure får et kraftigt anslag mod egenopfattelsen som god, kompetent med mere. Disse følelser står i modsætning til de implicite idealer medarbejdere i risikøerhverv arbejder ud fra: at være autoriteten, kunne handle rationelt, hurtigt og korrekt mv. Dermed er der også mulighed for, at den professionelle personlighed bliver påvirket mere eller mindre kraftigt.

Hvis den mentale forestilling om at kunne håndtere en situation bliver ændret, ændres personligheden også. Man kan fx fremtræde som mere ængstelig, mere frygtsom, mistænkelig, forvente det værste fra andre, forvente at ting bare vil gå galt etc. Alt sammen signaler på, at der skal en bearbejdning af hændelsen. "Orddiarré", svært ved at forlade kolleger, man har delt hændelsen med, svært ved at omstille sig til privatlivets snak om aftensmad eller et barns splint i fingeren er andre tegn på, at en hændelse har påvirket kraftigt. Kan man fortrænge det skete i vågen tilstand, tændes der atter for den, når natlampen slukkes. Igen typiske tegn på, at hændelsen kræver bearbejdning.

Der kommer nye – og ekstra psykiske belastninger, hvis statsadvokaten indleder en ekstern undersøgelse af hændelsesforløbet, hvis hændelsen får pressens bevågenhed, hvis der frygtes for, at der fra politiets side er begået fejl som efterfølgende vil føre til kritik med mere.

Særligt udsatte grupper

Aaslands og Førdes peger ligesom politiet på frontmedarbejderne som de udsatte grupper. Laboratoriefolk eller administrativt personale er langt mindre udsatte for utilsigtede hændelser.

Politiet gør ydermere klart, at der er forskel på, hvordan den enkelte vil opleve en hændelse og at der ikke på baggrund af personen alene kan udsiges noget på forhånd.

Betydning af kulturen i organisationerne og institutionerne

Aaslands og Førdes forforståelse af den norske medicinske kultur kan måske generaliseres til den danske og andre internationale og udgøre en del af forklaringen på den manglende opmærksomhed:

- At den medicinske kultur er præget af meget lille accept af kritik blandt kolleger – samt at det fører til seriøse medicinske og etiske problemer at opretholde tavshed.
- At den medicinske kultur kan karakteriseres som en forsvars- og autoritetskultur.
- At kolleger som udtrykker tvivl om kvaliteten af beslutninger kan opfattes som fjender af systemet og blive straffet herfor.

Af Aaslands og Førdes undersøgelse fremgår det, at kun halvdelen af lægerne oplever det naturligt at kritisere kolleger for uetiske og uprofessionel medicinsk praksis. Der findes sammenfald mellem kollegial support og den kollegiale kritik, således at højere niveau for accept af kollegial kritik hænger sammen med større kollegial støtte og opbakning og omvendt.

At kulturen er væsentlig for at fokusere på utilsigtede hændelser og reagere herpå peger H:S undersøgelsen også på. Frygt for repressalier, forventninger om direkte eller indirekte kritik fra ledelsen, hvis man fortæller om en utilsigtet hændelse, man selv har været involveret i, er nogle af de barrierer H:S undersøgelsen afdækkede i forhold til at indrapportere utilsigtede hændelser, selv om undersøgelsen også pegede på forbedringer i forhold til den tidligere undersøgelse i 2001.

Politiets arbejdsmiljøundersøgelse i 1997 afdækkede en lignende kultur, som den Aasland og Førde beskriver. Politiets kultur var en macho – kultur, hvor det galt om at stå distancen uden at vise svaghed. Man skulle vise fysisk styrke, beslutsomhed og i det hele taget besidde en attitude, der signalerer, at der står magt bag autoriteten. I den tidligere politikultur blev voldsomme hændelser et individuelt problem, hvor den enkelte kun i begrænset omfang kunne regne med støtte og hjælp – altså lig Aaslands og Førdes antagelser. Det skal nævnes, at politikulturen efter en stor indsats gennem en årrække også er ændret, og der er kommet en større bevidsthed om belastende hændelser og det, at vedkende sig, at man bliver påvirket. Kulturen i dag er præget af, at den attraktive professionelle holdning er at kunne modtage hjælp. Dette forudsætter, at den enkelte politimand har viden om normale reaktioner på unormale hændelser, og hvordan de bedst muligt kan håndteres.

Forslag til tiltag der kan forbedre personalets håndtering af utilsigtede hændelser

Aaslands og Førdes konkluderer i deres undersøgelse, at man skal starte på medicinstudiet med at lære studerende, at kritik og nærvæd hændelser er en velkommen måde at forbedre praksis på. Hvis dette læres, kan det også lede frem til en større forståelse af, at fejl er menneskeligt og ikke nødvendigvis tegn på professionel svaghed.

Politiet har systematiseret tilgangen til følgende:

- Forberedelse
- Efter hændelsen
- Undervisning på grunduddannelsen
- Efteruddannelse af ledere

Politiets generelle strategi er at flytte fokus fra det individuelle til det kollektive og klæde organisationen på til at takle dette. Princippet er at yde støtte til selvhjælp, når hændelsen er forekommet, og organisationen skal udvikle redskaber hertil.

Når hændelsen er forekommet, er det organisationens ansvar at indhente oplysninger om (voldsomme)hændelser og handle herpå. Der skal udarbejdes faste retningslinier og rutiner for hvad der skal gøres af hvem:

- Hændelsen kategoriseres. Uanset om den (voldsomme) hændelse medfører en politiundersøgelse efterfølgende med henblik på straffeansvar iværksættes støttetiltagene, idet en efterfølgende undersøgelse i sig selv kan være en voldsom hændelse.
- Kategoriseringen udløser handleredskaber som fx debriefing, arbejde i støttegrupper og ekstern psykologbistand. Alle handleredskaber foregår efter organisationens vedtagne principper ligesom taklingen er en del af personalepolitikken.
- Behovet for opfølgning vurderes og iværksættes i givet fald.

Den enkelte betjent er og skal være fritaget for selv at vurdere behovet for hjælp. Det er ledelsesansvar at tage stilling hertil og iværksætte støttetiltag. Den udsatte politibetjent skal ikke håndtere den yderligere stressfaktor, at foretage selv vurderingen i forhold til støttetiltagene.

I praksis er det lederne og de vagthavende (ledere/ansvarshavende i vagter), der har denne opgave. Forud klædes lederne på til opgaven på et 2. dages kursus. Da voldsomme hændelser ses som en del af politiets arbejdsmiljø, indgår mestring af hændelserne i dag også i politiets grunduddannelse.

Bearbejdning

Udgangspunktet er, at politiet reagerer normalt på unormale hændelser. Formålet er at gøre en oplevelse til en erfaring. Før det er sket, kan man ikke bruge sin energi udadtil og genoptage sit normale liv. Det skete, kan man ikke ændre, men man har et ansvar for at komme videre. Hvis politimanden er psykisk belastet, skal han ikke ud i nye belastende opgaver. Man er opmærksom på, at den belastede person ofte ikke selv er i stand til at føle behovet for at begrænse sin egen arbejdstid.

Umiddelbart efter hændelsen er der behov for fred, ro og at tale med kolleger om hændelsen. Herefter skal man hjem. Hvis der er behov for en psykolog er det først langt senere i forløbet.

Psykologiske støttetiltag er forebyggende i forhold til traumer og skader. Det er ikke psykoterapi eller anden form for behandling. Hvis der bliver behov for psykisk behandling, skal dette forgå i det offentlige system på lige fod med alle andre – og altså uden for arbejdspladsens regi.

Psykologisk debriefing er en gennemgang af hændelsen med opmærksomheden rettet mod den enkeltes oplevelse og oplevelsens betydning for den enkelte. Analogt

hermed er den taktiske debriefing en kritisk gennemgang i forhold til at vurdere den samlede indsats med henblik på at få et læringsperspektiv frem og rette evt. fejl.

Politiet fremhæver, at det er yderst uheldigt at være tilbageholdende med støtte, hvor der kan være tvivl om, hvorvidt en politimand har opført sig korrekt.. Ophørte politifolk angiver, at voldsomme begivenheder er en væsentlig medvirkende årsag hertil.

BILAG 4 DRØFTELSE MED TR HVIDOVRE HOSPITAL

Til arbejdsgruppen vedr. håndtering af personalets reaktioner ved involvering i utilsigtede hændelser.

Nedenstående er et resume af drøftelser vedr. tendenser i reaktionerne blandt personale, der har været indblandet i eller vidne til en UH. Personalets reaktioner blev drøftet i gruppen af tillidsrepræsentanter for sygeplejersker og med en tillidsrepræsentant for SOSU gruppen på Hvidovre Hospital.

Individuelle reaktioner

- Personalets reaktioner er individuelle
- Nyuddannet personale reagerer generelt kraftigere end mere erfarent personale.
- De udtrykte reaktioner er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med hvordan personen faktisk har det.

Flere giver udtryk for at de lige efter at have været indblandet i en utilsigtet hændelse stiller sig selv to spørgsmål:

- Skal jeg sige det?
- Skal jeg finde et andet job?

Graden af den utilsigtede hændelse er væsentlig

En utilsigtet hændelse kan gradbøjes, hvilket er vigtigt at være opmærksom på, når en kollega skal have hjælp. Afhængig af hvor "bagatelgrænsen" er for den enkelte påvirker den utilsigtede hændelse på kort/lang sigt og i større eller mindre grad.

- **En mindre utilsigtet hændelse** påvirker på kort sigt (har indflydelse på det daglige arbejde), men vil altid være tilstede i bevidstheden.
- En alvorlig utilsigtet hændelse **påvirker både på kort og lang sigt.**

Eksempler der blev nævnt:

- Den utilsigtede hændelse påvirker det daglige arbejde ved fx i tilfældet med en medicineringsfejl, at personalet "går i stå", hvis de kommer i berøring med den samme medicin. De kommer til at tænke på hændelsen igen og kontrollerer medicin og dosering flere gange.
I enkelte tilfælde ønskede de at kolleger kontrollerede medicin og dosering.
I andre tilfælde ønskede personale ikke at have berøring med den pågældende medicin.
- Der blev også givet et eksempel på at personale blev ved med at tale om den utilsigtede hændelse, hvilket blev en belastning for kollegerne.

Det er vigtigt at der bliver taget hånd om personale der har været indblandet i UH gennem:

- Opbakning fra kolleger
- Samtale med ledelsen
- Evt. samtale med NMC (psykolog)

Det var en generel antagelse af bagatelgrænsen hos læger er højere end hos sygeplejersker og SOSU.

Processen omkring utilsigtede hændelser

Der blev generelt givet udtryk for at processen omkring håndtering af personalets reaktioner i nogen grad var tilfældig. Tillidsrepræsentanterne forsøgte at hjælpe sammen med andre kolleger, men følte ofte at de stod alene/ikke kunne hjælpe og at sagen ikke blev afsluttet.

Der blev generelt udtrykt kritik af ledelserne, der ikke engagerede sig og ikke fulgte op på utilsigtede hændelser.

Der blev givet udtryk for at formelle retningslinier kunne være med til at sikre at forløbet omkring en utilsigtet hændelse blev håndteret bedre.

Anbefalinger

Der blev udtrykt ønske om at en formel procedure ville træde i kraft efter en UH. Det ville være en hjælp for den/de indblandede og kolleger, hvis der fandtes en procedure, der automatisk blev sat i gang efter en UH.

En procedure kunne indeholde en obligatorisk del og en fleksibel del, der skulle tilpasses hændelse og personale.

- Jf. anbefalinger i:
Storstrøms Amt, betragtninger vedr. "2. victim"

Den patientsikkerhedsansvarlige/tillidsrepræsentanten skal sørge for at den/de indblandede:

- Taler med kolleger – Kort-/lang sigt
- Taler med de berørte og deres pårørende – Kort efter hændelsen
- Taler med ledelsen – Kort-/lang sigt

De spørgsmål som personale stiller sig selv lige efter at have været indblandet i en UH bør kulturen på arbejdspladsen give svar på:

- Skal jeg sige det? Svar: JA, fordi:
 - Hændelsen skal bearbejdes psykisk
 - Hændelsen skal bruges til læring på afdelingen og i organisationen
- Skal jeg finde et andet job?: NEJ, fordi:
 - Patientsikkerhed anlægger et systemperspektiv, hvilket betyder at den utilsigtede hændelse ligeså godt kunne være sket for en kollega
 - Du kan bruge dine erfaringer konstruktivt i forhold til dit videre arbejde.

/Niels Knuth Federspiel

BILAG 5 DRØFTELSE MED TR PÅ HVIDOVRE HOSPITAL

02.11.2005

Til arbejdsgruppen vedr. håndtering af personalets reaktioner ved involvering i utilsigtede hændelser.

Nedenstående er et resume af drøftelser vedr. tendenser i reaktionerne blandt personale, der har været indblandet i eller vidne til en UH. Personalets reaktioner blev drøftet i gruppen af tillidsrepræsentanter for SOSU den 01.11.2005.

Overvejelser om skyldsspørgsmålet ifht. personalets reaktioner på utilsigtede hændelser

Dette punkt omhandler ikke direkte personalets reaktioner på utilsigtede hændelser, men forhold der afholder eller komplicerer rapportering af utilsigtede hændelser. Det er relevant fordi personalets reaktioner dannes i samspil med/som følge af den struktur og kultur, der findes på den enkelte afdeling. Den samlede opfordring fra mødets deltagere var at ledelsen (ledelserne) skal mere på banen.

De følgende overvejelser tager udgangspunkt i alvorlige utilsigtede hændelser (3 og evt. 2 i SAC-score-systemet).

Oftede føler personalet sig utrygge i forbindelse med rapportering, fordi de føler usikkerhed i forhold til det system der går i gang efter og omkring en utilsigtet hændelse. Som eksempler på systemet blev nævnt politiets indblanding, pressen indblanding, ledelsen indblanding osv. Personalet er bekymret i forhold til hvordan de skal håndtere alt det uden om den utilsigtede hændelse.

Der var enighed om at ledelsen på den enkelte afdeling og evt. på centerniveau bør melde retningslinier ud om hvordan man vil håndtere processen/omstændighederne efter utilsigtede hændelser.

Ledelsens stillingtagen/udmelding om rapportering og utilsigtede hændelser skal afhjælpe usikkerhed i forhold til:

- Hvordan bruges de oplysninger man rapporterer?
- Hvem tager det overordnede ansvar og håndterer systemet?
- Hvad bliver jeg rodet ind i?

Personale der har været involveret i en utilsigtet hændelse af alvorlig karakter har ofte kun overskud til at tænke på sig selv. Ved at ledelsen (ledelserne) synliggøre procedurerne omkring involvering i utilsigtede hændelser sikres det bedst mulige udgangspunkt for at personalet kan bearbejde hændelsen i samarbejde med kolleger på kort og lang sigt.

Det blev foreslået at ledelsen udformede et sæt retningslinier for på den måde at tage byrden af overvejelse af alt det omkringliggende væk fra personalets skuldre. Det vil optimalt føre til at personalet bedre kan håndtere deres egne og andres reaktioner, fordi de implicerede kan koncentrere sig om hændelsen og ikke om det der i sidste ende er en ledelsesmæssig opgave.

Det grundlæggende problem der generelt blev givet udtryk for er at ledelsen holdning til utilsigtede hændelser ikke er kendt, hvilket skaber usikkerhed.

Konkrete overvejelser

Hvis en person er indblandet i flere på hinanden følgende hændelser skaber dette en stor grad af usikkerhed, fordi der ikke findes faste retningslinier. Som eksempler blev nævnt:

- Hvad tænker ledelsen (hvordan reagerer de)
- Hvad tænker kolleger (hvordan reagerer de)

Et sådant sammenfald af hændelser kan hænge sammen med for lav normering i forhold til belægningen. Det er vigtigt at ledelsen får den viden og dermed mulighed for at ændre arbejdsgange, normering osv. Derfor er det vigtigt at ledelsen melder klart ud omkring brugen af rapporteringer – systemet er til for læring.

Anbefalinger

Umiddelbart efter hændelsen

Personale der har været indblandet i en utilsigtet hændelse må ikke gå fra arbejdet uden at have talt med kolleger. Personer der har været indblandet i en alvorlig utilsigtet hændelse skal der foretages opfølgning på i de følgende dage efter hændelsen.

Ledelsen skal informeres og evt. tilkaldes, så der findes en person, der er ansvarlig for det praktiske arbejde udenom hændelsen. Det kan være givtigt at den/de indblandede deltager i denne proces.

Samspelet mellem faggrupper

Utilsigtede hændelser skyldes ofte dårlig eller manglende kommunikation. Der er ofte indblandet flere faggrupper, der kan have gavn af at tale sammen efter det første chok er overstået. Denne kommunikation kan have til formål at få dannet et fyldestgørende billede af hændelsen og dermed bearbejde den enkeltes billede. Kommunikation skal foregå med et lærende perspektiv for øje.

Det blev fremhævet at yngre læger ofte kvinder er gode til at samarbejde med de andre personale grupper.

Forskelle på reaktioner og på reaktionerne hos forskellige faggrupper

Personalets reaktioner kan være meget forskellige.

Nogle læger ser ofte ikke sig selv som en del af hændelsen og/eller sætter bagatelgrænsen højere end de andre faggrupper.

Det blev nævnt at lægerne formentlig ofte føler sig alene pga. strukturen i arbejdet. Det giver sig også udtryk i at de ofte henvender sig til plejepersonale i forbindelse med tvivl og egne fejl. En af grundene hertil skal formentlig findes i at plejepersonalet kultur ikke er dømmende.

Plejegruppen (SOSU og sygeplejersker) er ofte gode til at tale sammen og evaluerer utilsigtede hændelser og gør på den måde også værdifuld viden tilgængelig for hinanden.

/Niels Knuth Federspiel

BILAG 6 DRØFTELSE MED RISIKOMANAGERE VED STORSTRØMMENS SYGEHUSE

STORSTRØMS AMT

Sundhedsforvaltningen
Afdeling for planlægning

Storstrøms Amt
Parkvej 37
4800 Nykøbing F.

Telefon 54844800
Telefax
sudgu@stam.dk
www.stam.dk

26. oktober 2005

j.nr.

Direkte 5484 4653

Til Arbejdsgruppen vedr. håndtering af personalets reaktioner ved involvering i UTH. Hermed som aftalt til diskussion på mødet d. 31/10 2005.

Betragtninger vedr. "2. victim" – på baggrund af samtale med Hilde Cloos, Risikomanager ved Storstrømmens Sygehus:

- Alle situationer omkring UTH er præget af stor følsomhed hos det involverede personale. MEN reaktionerne varierer fra stor åbenhed og åbenlys lettelse ved at få talt ud til fuldkommen lukkethed og tydelig pine ved at skulle formulere sig om hændelsen. Umuligt at generalisere.
- Tendens til at læger er mere lukkede i bearbejdningsprocessen end plejepersonale - samtidig med en fornemmelse af at netop læger lider de største prestigetab og i særlig grad har brug for opbakning i forbindelse med UTH.
- Stort udækket behov for umiddelbart tilbud om hjælp til de involverede – men væsentligt at tilbuddet implementeres som en selvfølgelig og udramatisk aktivitet, da det at skulle have hjælp i sig selv kan opleves som et prestigetab.
- Væsentligt for de involverede, at der er fleksibilitet i analyseprocessen, så man f.eks. ikke behøver deltage i alle faser.
- Væsentligt med små fora af relevante personer i analyseprocessen, så de involverede ikke føler sig udstillet. Kollegers uovervejede kommentarer kan virke ydmygende.
- På flere afdelinger finder debriefing spontant sted. Disse er dog præget af tilfældighed og svingende kvalitet afhængigt af afdelingsledelse, hvem der lige er i vagt osv. Visse lokale debriefinger har haft karakter af gabestok, og har været yderligere traumatiserende for de involverede. En ensartet form for debriefing med centralt fastlagt struktur og metode ønskes (evt. i form af et udrykningshold).
- Behov for at ressourcer til opbakning af personale prioriteres yderligere, bl.a. ved opnormering af psykologer og tilstrækkelig god uddannelse patientsikkerhedsansvarlige på de enkelte afdelinger.
- Centrale udmeldinger fra DSPS vedr. 2. victim er væsentlige for at sygehusledelser/afdelingsledelser iværksætter det fornødne.
- M.h.t. en evt. større dataindsamling vedr. personalets reaktioner og behov i forbindelse med UTH er det problematisk at anvende patientsikkerhedssystemet til at finde informanter, da det kan skabe mistillid til princippet om anonymitet.

/ Dorrit Guttman

BILAG 7 DEBRIEFING, BALLERUP PSYKIATRISK CENTER

Nedenstående afsnit om debriefing er en del af Beredskabs- og evakueringsplanen Psykiatrisk Center Ballerup, som træder i kraft ved katastrofer og større ulykker med mere. Udarbejdet af centerledelsen i samarbejde med beredskabsudvalget PC-Ballerup juni 2005.

Debriefing

Forord

Følgende retningslinier for en ideel debriefingsproces, bygger først og fremmest på Dyregrovs (1999) og Arendts (2000) anbefalinger. De opstilles her meget firkantet. Den enkelte terapeut må gøre op med sig selv om han / hun synes, at det er relevant at følge anbefalingerne slavisk eller om man vil tilpasse metoden til den konkrete problemstilling.

Definition af debriefing

De forskellige definitioner af debriefing er ikke særligt entydige (se fx. Arendt, s. 136-138). Vi vælger her, at afgrænse debriefing til, at være:

en specifik metode, hvor man i en gruppe systematisk taler om de indtryk og psykologiske reaktioner, der er kommet i forbindelse med en større ulykke / katastrofe eller "næsten ulykke" - med den hensigt at forebygge negative psykologiske følgevirkninger.

Formålet med debriefing

Formålet med debriefing er:

- at forhindre unødige psykologiske følgevirkninger efter voldsomt traumatiske oplevelser, eksempelvis post-traumatiske stressreaktioner, depressive belastningsreaktioner, sygemelding m.v.
- at styrke gruppesammenholdet i arbejdsteamet.
- normalisere de reaktioner personalet måtte få.
- tilvejebringe nogle rammer, hvor personalet har mulighed for at sætte ord på indtryk og reaktioner i forbindelse med det arbejde, man har udført.
- at forebygge udbrændthed.

Historisk perspektiv på debriefing

Debriefing blev oprindeligt udviklet af den amerikanske general S.L.A. Marshall under den 2. Verdenskrig, idet han efter kampe / slag afholdt gruppesessioner, hvor man gennemgik de faktiske begivenheder. Her opdagede general Marshall, at gruppesessionerne hjalp de enkelte soldater til bedre at tackle de voldsomme oplevelser, de havde haft.

Efterfølgende har den amerikanske psykolog J.T.Mitchell introduceret begrebet debriefing i forbindelse med brandmænd, der havde oplevet voldsomt traumatiske begivenheder (se Arendt, 2000, pp. 26-27 og Dyregrov, 1994, p. 275).

Målgruppen

Nyere forskning (jf. Arendt 2000, p. 142) tyder på, at debriefing bør begrænses til professionelle hjælpere. *Derfor anbefaler vi, at debriefing afgrænses til professionelle hjælpere, der deltager frivilligt.*

Debriefing anbefales ved:

- ulykker / katastrofer.
- når en kollega dør eller kommer alvorligt til skade i forbindelse med sit arbejde.
- "næsten-ulykker", der kunne have fået katastrofale følger og
- begivenheder, hvor man udsættes for ekstrem psykisk belastning.

Det skal understreges, at kollegaer, som ikke deltog i beredskabet, ikke skal deltage i debriefingmødet (ej heller ledere). Derimod er ledere, som deltog i indsatsen velkomne til at deltage.

Teamleder / ledelses-forhold

Det anbefales, at der minimum benyttes en:

1. teamleder med teoretisk og praktisk erfaring med psykoterapi. Dvs. en erfaren *psykolog* eller *psykiater* og
2. co-terapeut, gerne 2. co-terapeuter. De kan eksempelvis hentes fra plejegruppen, eller evt. et på *forhånd udvalgt frivilligt personalemedlem* fra den pågældende afdeling, idet denne kender til arbejdspladsens almindelige rutiner og arbejdskultur. Det forudsætter naturligvis, at vedkommende er blevet undervist i debriefing-metodens teori og praksis (jf. Arendt, 2000, p. 138-139).

Det skal på det kraftigste frarådes, at man udelukkende benytter frivillige debriefere uden teoretisk og praktisk erfaring med psykoterapi.

Gruppetørrelsen

Det anbefales at gruppestørrelsen er på mellem 10 - 15 personer.

Tidspunktet for debriefingen

Tidligere har man ment, at debriefing bør finde sted 24 - 72 timer efter den traumatiske begivenhed. Det anbefales nu, at man er fleksibel og tilpasser timingen de konkrete omstændigheder. Der ses en tendens til, at man i højere grad påbegynder debriefingmøder i større tidsmæssig afstand fra den traumatiske begivenhed (jf. Arendt 2000, p. 139).

Lokale

Så vidt muligt skal man benytte et afskærmet lokale, hvor man er uforstyrret, gerne et med mulighed for dagslys, gerne med et bord, deltagerne kan sidde rundt om, idet dette erfaringsmæssigt giver tryghed.

Varighed

Forud for selve debriefingsprocessen er det vigtigt, at oplyse deltagerne om, at man forventer, at debriefingen vil vare mellem 2 – 4 timer og at der ikke vil være indlagt nogen pauser.

Metoden

Metoden går i korthed ud på, at man detaljeret gennemgår de:

1. Indtryk de pågældende har fået.
2. Reaktioner deltagerne har oplevet.

Debriefing kan betragtes som en proces, der har følgende faser:

1. Introduktionsfasen:

I den første fase søger debriefinglederen at motivere de kriseramte for at deltage aktivt i debriefingmødet. Dette gøres ved at redegøre for idéen og rammerne for debriefingmødet. Således ved at:

- påpege de positive aspekter ved at deltage i debriefing.
- fremhæve éns særlige kvalifikationer, viden / erfaring på området og det oplyses over for de kriseramte, hvorfor man er udpeget til at skulle debriefe dem.
- understrege, at dette at deltage i debriefing ikke er ensbetydende med, at man er psykisk syg, men udtryk for, at man har været udsat for en ekstrem traumatisk oplevelse.
- præcisere rammerne / 'reglerne' for debriefingmødet:
 1. Der er tale om psykologisk debriefing og ikke teknisk debriefing (hvor man gennemgår strategi og teknik i forbindelse med det arbejde man har udført). Psykologiske debriefing er således et møde, hvor man primært taler om de indtryk og reaktioner éns arbejdsindsats har affødt. Man vil næppe kunne undgå at komme ind på, hvorfor man handlede som man gjorde. Det er vigtigt at præcisere ovenstående regel ellers kan man risikere, at personale bruger uforholdsmæssig meget tid på at tale om tekniske detaljer.
 2. Man har tavshedspligt, hvilket vil sige, at man ikke må fortælle andre om de indtryk og reaktioner éns kollegaer har haft. Deltagerne er naturligvis i sin gode ret til at fortælle om egne indtryk og reaktioner. Dette er en regel, der bør gentages og understreges, når mødet afsluttes.
 3. Det er hverken tilladt at tage skriftlige notater, optage noget på kassette- eller videobånd.
 4. Pressefolk har ikke adgang til debriefingmødet.
 5. Det er tilladt at stille spørgsmål til hinanden.
 6. Man er ikke forpligtiget til at sige andet end:
 - sit navn
 - hvordan man blev alarmeret (fik besked om ulykken / katastrofen)
 - og
 - hvad deltagerens rolle var i forbindelse med beredskabsindsatsen
 7. Der er ikke indlagt nogen pauser i løbet af seancen og såfremt en deltager er nødsaget til at tage sig af personlige behov bedes man gøre dette stille og vende tilbage hurtigst muligt. I forbindelse med, at man præciserer denne regel, bør man opfordre til, at alle bliver til afslutningen af mødet, idet man her vil give informationer, det kan være godt at være orienteret om.
 8. Alle perspektiver er lige værdifulde og det man siger ikke vil blive brugt imod én.
 9. Den samlede tid skal bruges demokratisk. Således skal alle have mulighed for at komme til orde.
Det er vigtigt, inden man går videre til næste fase, at man giver deltagerne lejlighed til at stille spørgsmål, og at man oplyser deltagerne om, at debriefingsteamet bliver et stykke tid efter mødet er afsluttet, hvilket giver de enkelte deltagere lejlighed til at stille private spørgsmål.

2. Faktafasen:

I faktafasen beder debriefinglederen, hver enkelt:

1. Give en kort redegørelse for:
2. - hvem de er.
3. - hvordan de blev alarmeret.
 - hvilken rolle de havde under beredskabsindsatsen.

1. Såfremt en kollega er omkommet er det vigtigt, at man spørger ind til:

- hvilken relation deltageren havde til den afdøde.
 - hvordan han / hun fik at vide at kollegaen var omkommet;
2. Sker det, at en af deltagerne bryder sammen og ikke er i stand til at tale, anerkender man dette evt. ved at give et nik eller lignende og vende tilbage til vedkommende efter at alle andre i gruppen er kommet med deres udsagn.
 3. Efter at hver deltager er kommet med sin personlige beretning om, hvorledes han / hun har oplevet omstændighederne ved ulykken / katastrofen - giver debriefinglederen udtryk for taknemlighed for bidraget, eksempelvis ved at sige: "Tak skal du have", "OK" og et anerkende smil og / eller et nik.

Skulle det ske, at der er en, der roder sig ud i en meget lang udredning, er det den ledende debrieferens opgave at afbryde vedkommende på en høflig men bestemt måde. Eksempelvis ved at understrege, at det er meningen, at man skal give en kort beskrivelse af sin oplevelse eller ved at sige, at det er en problemstilling, man vil vende tilbage til.

3. Tankefasen:

I den tredje fase søger debrieferen at afdække, hvad hver af deltagerne tænkte under de traumatiske begivenheder. Eksempelvis ved at stille følgende spørgsmål:

- "Hvad var din første tanke, da du fik at vide, at det var sket?"
- "Hvad tænkte du under udrykningen?"
- "Hvad var din første tanke, da du kom til ulykkesstedet?"

Svarene på ovenstående spørgsmål giver et fingerpeg om:

- Hvorfor man traf de afgørelser man gjorde.
- Hvorfor man handlede som man gjorde.
- Hvorfor man reagerede som man gjorde.

Derudover kan det være en god idé, at spørge ind til den enkeltes tidsoplevelse, idet denne kan være meget forskellig fra den ene til den anden (uden at være sammenfaldende med det faktiske tidsforløb) og være en medvirkende årsag til at man agerede som man gjorde.

Desuden kan det anbefales, at man spørger ind til, hvilket varsel de enkelte har fået og om de tidligere har været involveret i uvarslede øvelser eller episoder med falske alarmer, idet sådanne erfaringer utvivlsomt kan have betydning for, hvorledes man reagerede og handlede i den konkrete situation.

Det anbefales, at man spørger ind til alle former for sanseoplevelser, uanset sansemodalitet. Det være sig:

- Synsindtryk.
- Lydlige stimuli.
- Kinæstetiske (berørings) oplevelser.
- Lugtindtryk og evt.
- Smagsoplevelser.

Det er vigtigt, at man giver sig den tid, der er nødvendig tid til at opholde sig ved hver af de forskellige sanseoplevelser (-modaliteter).

Skulle det vise sig, at der ikke er nogen, der nævner en eller flere sansemodaliteterne, kan man hjælpe gruppen lidt på vej, ved eksempelvis at sige: "Der er ingen, der nævnte berøringsindtryk Er der nogen, der har haft særlige stærke oplevelser inden for den form for sansning?"

Når der er en, der har beskrevet en oplevelse / reaktionsmåde, er det vigtigt at lederen af debriefingen spørger de øvrige i gruppen:

"Er der nogen af Jer, der har oplevet noget tilsvarende".

Dette at fokusere på tanker og indtryk gør, at man naturligt kan gå videre til reaktionsfasen.

4. Reaktionsfasen:

I denne fase søger man at få deltagerne til at sætte ord på de mange forskellige reaktioner de hver især har oplevet. Det anbefales, gennemgangen af de forskellige reaktioner foregår kronologisk (dvs. at man først gennemgår reaktioner på ulykkesstedet, herefter reaktioner ved afslutningen af beredskabsindsatsen, derefter reaktioner ved tilbagevenden til arbejde og hjem).

Endelig spørges der ind til, hvordan den første nat forløb og de første arbejdsdage, og om kollegaer og familie har forstået, hvad det er de hver især har været igennem / oplevet. Nogle af de reaktioner man kan spørge ind til er eksempelvis: frygt, angst, hjælpeløshed, magtesløshed, selvbekyndelser, frustration, vrede, sorg, identifikation med de ramte, efterladte m.v.

Viser det sig at deltagerne har svært ved at sætte ord på egne reaktioner kan man eksempelvis spørge på følgende måde:

"Hvad var, for dig, det værste, ved det der skete?" (Dyregrov, p. 282).

Sker det, at der er nogen, der bryder grædende sammen, benyttes lejligheden til, at motivere kollegaer til at støtte vedkommende, evt. ved at signalere til, at der bliver lagt en hånd på vedkommendes skulder eller ved at spørge om, hvad de andre i gruppen oplever eller har lyst

til at gøre ved en kollega, der er så følelsesmæssigt påvirket som tilfældet er.

Skulle det ske, at der er én, der forlader lokalet, fordi vedkommende har det psykisk dårligt, følger en co-terapeut vedkommende ud.

5. Normaliseringsfasen

Dette er den fase, hvor teamlederen er mest aktiv, kommer med kommentarer, hvor han / hun præciserer ligheder og forskelle i de oplevelser og reaktioner de forskellige deltagere har haft. Debriefinglederen kan give eksempler på nogle af de reaktioner man har set hos andre, der har haft tilsvarende oplevelser.

I denne fase er det passende at gennemgå nogle af de reaktioner deltagerne kan forvente i de kommende dage. Ved samme lejlighed kan man udlevere vores krisepjece og påpege, hvad hver især selv kan gøre for at forebygge senere psykiske problemer.

Man kan råde deltagerne til, at diskutere nedenstående emner: Eksempelvis, hvorledes man:

- bedst forholder sig til en kollega, der ikke deltog i selve beredskabsarbejdet (En af grundene til, at det kan være relevant at tage dette emne op er fordi der kan opstå et skisma mellem dem, der var med og de som ikke var med i beredskabsindsatsen. Således kan dette give anledning til hoveren, misundelse m.m.).
- bedst muligt kan hjælpe en kollega, der har reageret særlig kraftigt på ulykken / katastrofen.
- lettest genoptager sit normale arbejde.
- kan tale om de begivenheder man har været involveret i med sin nærmeste familie, herunder også spørgsmålet om, hvorledes éns børn kan orienteres på en hensigtsmæssig måde.

Derudover kan man give enkle råd om:

- at dyrke motion for at "brænde" stresshormoner af
- undgå for meget kaffe / te / cola og søde sager, idet dette kan medføre unødigt årvågenhed og anspændthed.

6. Afslutningsfasen:

Afslutningsvis er det teamlederens opgave, at opsummere, hvad man har beskæftiget sig med i løbet af debriefingmødet. Han / hun kan f.eks. påpege, hvilke problemstillinger man bør være særlige opmærksomme på, at tage hånd om i fremtiden - for at varetage personalet bedst muligt før, under og efter kritiske begivenheder.

Viser det sig, at der er behov for et opfølgende møde aftales dette 2-3 uger efter dette første debriefingmøde.

Deltagerne får udleveret telefonnumre på teamlederne som de kan kontakte efter behov. Det anbefales, at de benytter lejligheden til at tage personlig kontakt til teamlederne, hvis deres reaktioner:

- vedbliver med uformindsket styrke i mere end en måned.
- forværres over tid.
- får et sådan omfang, at personen selv og / eller familier og kollegaer mener, at vedkommende ligefrem har ændret personlighed (fx. konstant er blevet depressiv, angst eller unaturlig opstemt etc.)
- begynder at drikke uforholdsmæssigt meget alkohol eller lignende.
- har haft en sådan indflydelse på vedkommende, at han / hun ikke fungerer i sin familie eller på sit arbejde.

Endelig påpeges det over for deltagerne, at de altid har mulighed for, at kontakte psykiatrisk skadestue i deres hjemkommune, hvis de skulle få det akut psykisk dårligt (uden for egen læges åbningstider) og såfremt de måtte få behov for et længere psykoterapeutisk forløb kan de rette henvendelse til egen læge med henblik på en henvisning til en privatpraktiserende psykolog eller psykiater.

Referencer

Arendt, Mikkel (2000): Psykologisk debriefing - En kritisk analyse af metoden og dens effekt med rekommandation for fremtidige anvendelse (et forskningsprojekt under Dansk Røde Kors). Danmark: Dansk Krise- og katastrofepsykologisk Selskab.
Dyregrov, Alle (1994): Katastrofepsykologi. København: Dansk psykologisk Forlag, pp. 275-284.