

**Redskaber til håndtering af personalets reaktioner på en  
utilsigtet hændelse**

**Arbejdsgruppens rapport**

**November 2006**

## Indholdsfortegnelse

1. Arbejdsgruppens anbefalinger	3
2. Arbejdsgruppens kommissorium og opgave	4
3. Metode og læservejledning	5
4. Hvorfor skal lederne udarbejde en politik for håndtering af sundhedspersoners involvering i en utilsigtet hændelse	7
5. Hvordan kan politikken for håndtering af sundhedspersoners reaktioner gøres operationel	10
6. Hvordan kan ledere og medarbejdere lære at håndtere sundhedspersoners reaktioner på utilsigtede hændelser	15
7. Appendiks	17
8. Referencer	18

## **Anbefalinger**

Arbejdsgruppen mener, at det er vigtigt at drage omsorg for de sundhedspersoner, der har været involveret i en utilsigtet hændelse eller fejl i behandlingen af en patient.

Sundhedspersonernes faglige organisationer kan alle have en vigtig rolle i at sikre denne omsorg. Derfor har arbejdsgruppen anmodet Bestyrelsen om at rette henvendelse til de faglige organisationer om at lade "the second victim" indgå som en del af tillids- og sikkerhedsrepræsentantuddannelsen.

En amerikansk rapport fra marts 2006, "When Things go Wrong", A Consensus, Statement of the Harvard Hospital, anbefaler og giver følgende gode råd til ledelsen om hvad personalepolitikken skal indeholde i relation til håndtering af personalets reaktioner.

Arbejdsgruppen tilslutter sig disse principper, som vi har oversat til dansk og præsenterer nedenfor i anbefalingerne 1 – 7.:

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

## **Kommissorium for arbejdsgruppen vedr. håndtering af sundhedspersoners oplevelse af og reaktion på involvering i en utilsigtet hændelse**

I 2005 nedsatte bestyrelsen for Dansk Selskab for Patientsikkerhed en arbejdsgruppe til at fremme arbejdet med håndtering af personalets reaktioner på en utilsigtet hændelse. Arbejdsgruppen fandt kun meget lidt dansk materiale om emnet, dog enkelte lokale eller regionale retningslinier. Der blev ikke fundet videnskabelige publikationer eller undersøgelser om emnet. Arbejdsgruppen fandt på den baggrund bl.a. behov for at fokusere på håndteringen af sundhedspersoners reaktioner på utilsigtede hændelser på alle niveauer i sundhedsvæsenet samt behov for at udvikle konkrete materialer hertil.

Selskabets bestyrelse har med arbejdsprogram 2006 besluttet, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at udvikle materialer og redskaber til at tage hånd om sundhedspersonalet efter involvering i en utilsigtet hændelse.

Konkret får arbejdsgruppen til opgave at:

1. Udvikle konkrete redskaber og handleplaner til ledelsesniveauet til systematisk og professionelt at håndtere sundhedspersonalets reaktioner på en utilsigtet hændelse professionelt.
2. Komme med forslag til, hvordan redskaber og handlingsplaner kan implementeres på institutionsniveau.
3. Komme med forslag til undervisning i, hvordan man giver støtte til en medarbejder, der har været involveret i en utilsigtet hændelse. Undervisningsforslaget rettes mod efter og videreuddannelse for ledere.

### **Arbejdsgruppens medlemmer**

Forretningsudvalget har i april måned 2006 nedsat følgende arbejdsgruppe:

Karen Stæhr FOA – Fag og Arbejde (Formand)  
Doris Østergaard Herlev Hospital  
Ulla Bartels Psykiatrisk Hospital Risskov  
Steffen Helmer Kristensen Århus Sygehus, Lægeforeningen  
Rikke Måløv Herlev Hospital  
Mogens S. Hüttel Odense Universitetshospital, lægeforeningen  
Janne Elsborg H:S Bispebjerg Hospital  
Marlene Mohr Yngre Læger  
Susanne Richter Dansk Sygeplejeråd  
Lea Groth-Andersen FOA – Fag og Arbejde  
Britt Wendelboe Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Det er formandskabets ansvar, at der bliver udarbejdet en afrapportering til bestyrelsen med de svar og anbefalinger, som arbejdsgruppen kan opnå konsensus om. Selskabets sekretariat deltager i arbejdsgruppens møder for at koordinere med selskabets øvrige aktiviteter.

Tidshorisont:

Arbejdsgruppen udarbejder oplæg til debat, som fremlægges på bestyrelsens seminar i november og færdiggør på baggrund af bestyrelsens drøftelser og anbefalinger en endelig rapport senest ved udgangen af januar 2007.

Arbejdsgruppen har afholdt 6 møder. Desværre måtte Janne Elsborg melde fra mod slutningen af arbejdet. Henriette Gedde fra H:S Hvidovre Hospital er trådt til som suppleant.

## **Metode og læservedledning**

Arbejdsgruppen startede med at drøfte kommissoriet og kunne se en rød tråd gennem de tre opgaver kommissoriet anviste. Denne røde tråd skulle også gå igen i formidlingen til bestyrelsen, men ikke helt struktureret som i kommissoriet.

På baggrund af litteraturstudier og praktiske erfaringer med patientsikkerhed og personalereaktioner på utilsigtede hændelser drøftede arbejdsgruppen:

- hvilke redskaber og handleplaner er nødvendige for at håndtere sundhedspersoners reaktioner
- mulige metoder til implementering af redskaber og handleplaner

Der blev hurtigt konsensus om indholdet af redskaber og handleplaner, ligesom arbejdsgruppen hurtigt blev enige om, hvor vanskeligheden med implementering lå. Dermed blev strukturen på formidlingen også klar:

### **1. Hvorfor skal lederne udarbejde en politik for håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse?**

For at få patientsikkerhed og håndtering af personalereaktioner på utilsigtede hændelser på dagsordenen og implementeret, er det alt afgørende, at ledelsen på alle niveauer går forrest.

Derfor valgte vi:

- at argumentere for vigtigheden af arbejdet med patientsikkerhed og især for at tage hånd om personalet efter en utilsigtet hændelse for at få lederne til at føle ejerskab til problematikken.
- at argumentere for de ledelsesopgaver der er forbundet med at varetage patientsikkerheden
- at argumentere for konsekvenserne af at ledelsesopgaverne ikke blev varetaget

Dette kan man læse om i kapitel 1. Men indholdet af redskaber og implementeringen heraf er helt afgørende. Det kan læses i kapitel 2.

### **2. Hvordan kan politikken for håndtering af sundhedspersoners reaktioner gøres operationel?**

Arbejdsgruppen blev hurtigt enige om det meste indhold af redskaber, men har diskuteret forskellige detaljeringsgrader i præsentationen. Vi endte med at beslutte få og enkle redskaber, som læseren hurtigt kunne identificere sig med og få overblik over. For overskuelighedens skyld har vi inddelt redskaberne i tid: før hændelsen, i den akutte situation og i tiden derefter. Af samme grund har vi også skelnet mellem lederes opgaver og kollegernes opgaver. Vi er opmærksomme på, at der i virkelighedens verden er mere overlappning mellem de forskellige niveauer.

Vi var ikke totalt enige. Der rejste sig nogle dilemmaer undervejs, og de findes i kapitel 2.

### **3. Hvordan kan ledere og medarbejdere lære at håndtere sundhedspersoners reaktioner på utilsigtede hændelser?**

Som vi indledte afsnittet med at sige, så var der en rød tråd gennem kommissoriet, som også skal findes i formidlingen af arbejdet. Den skal så trækkes i kapitel 3., hvor det er uddannelse, der er på programmet – kommissoriets 3. punkt.

Efter arbejdsgruppens mening, kan man se kommissoriets 3. opgave som en konklusion på de to forrige punkter. At få ledelserne i tale og få dem til at arbejde med patientsikkerhed og håndtering af personalet må nødvendigvis føre over til at overveje, hvordan de kan lære det.

Argumentationen for, hvorfor det er vigtigt at tage sig af sikkerheden og personalet, bør indgå i undervisningen af både ledere og andre relevante sundhedspersoner. Det samme gør sig gældende med de redskaber, som henholdsvis ledere og kolleger anvender i at håndtere personalet i bilag II. Af samme grund ligger vægten i bilag III ikke meget på indhold, men mest på metoder og redskaber i læringssæt og kurser for ledere.

## **Hvorfor skal ledelsen udarbejde en politik for håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse**

Dette afsnit er udarbejdet på baggrund af anbefaling 1:

"Hospitalet<sup>1</sup> bør have en politik, der sikrer "hjælp til almindelige mennesker der oplever en psykisk belastning efter at have været udsat for en helt usædvanlig hændelse." Formålet er at hjælpe sundhedspersonalet med at klare den stress/belastning, der opstår ved en utilsigtet hændelse, således de kan tage hånd om patienterne og så sundhedspersonalet kan vende tilbage til arbejdet med normal arbejdsindsats."

Afsnittet indeholder i sin helhed en argumentation for at overbevise lederne om vigtigheden af at udarbejde en politik for håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse. Der argumenteres ligeledes for, hvorfor lederen skal gå forrest for at få etableret en lærende og supportende kultur igennem det formelle sundhedsvæsen.

### **Forlader faget**

Sundhedsfaglige personer bliver dybt berørt af fejl og utilsigtede hændelser, især når hændelserne har alvorlige konsekvenser for patienten. Reaktionen kan være så alvorlige for den sundhedsfaglige person, at man taler om "det andet offer"(the second victim).

En undersøgelse fra Risø, DSI Institut for sundhedsvæsen og Dansk Institut for Medicinsk Simulation 2002, viste, hvor stor betydning det har for sundhedspersonalet at blive involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse. Alene tanken om at begå en fejl, der får alvorlige konsekvenser for en patient, påvirker holdningen til arbejdet og opgaverne. Undersøgelsen viste, at en ud af tre påvirkes i en sådan grad, at de overvejer at opgive deres arbejde.

Hvis den tredjedel tager konsekvensen og forlader faget, får det uoverskuelige konsekvenser for patientsikkerheden, da der er en bred evidens for, at antallet og uddannelsen af sundhedspersoner har markant betydning for patientsikkerheden.

### **Afstår fra risikofyldte opgaver**

Undersøgelsen viste også, at knap en tredjedel af sygeplejerskerne og 40 procent af lægerne af og til afstår fra at løse vanskelige opgaver på grund af frygten for at begå fejl.

Hvis sundhedspersonalet af frygt for at begå fejl og frygt for sanktioner undgår at handle, kan det få uoverskuelige konsekvenser for patientsikkerheden. Akutte, traumatiserede patienter og patienter med livstruende sygdomme kræver risikofyldte handlinger og mod fra sundhedspersonalet, for at patienten har en chance for at overleve.

### **Hvor mange sundhedspersoner oplever at blive involveret i en utilsigtet hændelse**

En undersøgelse, der blev offentliggjort i september 2001, viste omfanget af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet. Den viste, at ni procent af alle patienter, der udskrives, har været udsat for en utilsigtet og skadevoldende hændelse. Det betyder, at næsten hver tiende patient får deres indlæggelse forlænget, får mén eller dør af fejl eller komplikationer, som ikke har med deres sygdom at gøre.

---

<sup>1</sup> Anbefaling 1. har lederne i hospitalsvæsenet som målgruppe, men arbejdsgruppen mener, at anbefalingen bør gælde for alle institutioner i sundhedsvæsenet.

Hvis ni procent af patienterne har været udsat for en utilsigtet hændelse, giver det ligeledes en pejling om, at mange sundhedspersoner har oplevet at være involveret i en. Patientklagenævnet modtog i 2005 3.312 nye klagesager. 11.401 rapporterede hændelser til amterne fra sundhedspersoner (primære rapporter) og 9096 rapporterede hændelser fra amter til sundhedsstyrelsen (sekundære rapporter). Tallene understøtter, at der er mange sundhedspersoner, der er berørte af fejl og utilsigtede hændelser.

### **Læringskultur**

Det er ledelsens vigtigste opgave at skabe rammer for patientsikkerheden, og det er nødvendigt, at der også skabes rammer og en kultur i sundhedssektoren, der bygger på åbenhed, ærlighed, og som fører til læring og samarbejde mellem sundhedspersoner, patienter og pårørende.

Det er vigtigt, at ledelsen på alle niveauer er bevidste om, at der ved alle fejl og utilsigtede hændelser indgår både menneskelige, tekniske og organisatoriske forhold. Skader på patienter skyldes sjældent en enkelt persons fejl alene. De fleste fejl er såkaldte systemfejl - en kæde af handlinger, som til slut resulterer i, at en patient bliver påført en unødvendig skade.

Arbejdet med at skabe en læringskultur stiller krav til såvel patienter og pårørende som personale. Det drejer sig om at identificere kilderne til fejl og at indsamle information. Det er vigtigt, at det gøres på en måde, så personalet er motiveret for at medvirke, og at både patienter og personale kan se, at der drages nytte af hændelsen, og at læring finder sted på baggrund af den utilsigtede hændelse. Lederne har en meget central rolle, der især handler om, hvordan håndteringen af afrapporteringen i praksis finder sted. Det er her altafgørende at skifte optikken og sprogbrugen: "hvem har skylden?" ud med: "hvad skete der?", hvis man vil gå fra en sanktionerende kultur til en læringskultur.

I arbejdet med patientsikkerhed skal ledere gå først og bl.a. prioritere patientsikkerhed lige så højt som traditionel forskning. Det er også vigtigt at konfrontere myten om ufejlbarlighed, og det gælder om at skabe en sikkerhedskultur, der hele tiden er forudseende og problemløsende.

Det væsentlige ligger i at få skabt et fælles sprog omkring patientsikkerhed og optræne personale i problemløsning. Som en række af elementer, der er til skade for patientsikkerheden, kan nævnes fralæggelse af ansvar, kommunikationsproblemer og autoritetstro. Utilsigtede hændelser er en kilde til læring, og at det er essentielt, at der bliver givet feedback på indrapportering af en hændelse i form af synlige ændringer. Der skal også sikres tid til refleksion.

### **Ledelse som rollemodel**

Det er ledelsen, der med holdninger, reaktioner og handlinger, skaber en kultur, hvor personalet som en selvfølge rapporterer fejl og utilsigtede hændelser. Personalet skal vide, at deres rapporter fører til forandringer, at lignende episoder derved kan forebygges, og at patienter og kollegaer får mulighed for at undgå, at det samme gentager sig for andre. For at det kan lykkes og udvikles, er det essentielt, at sundhedspersonerne føler, at alle går efter bolden og ikke manden – herunder, at der er en politik og en plan for hvorfor, hvem, hvornår og hvordan, der bliver taget hånd om det personale, der har været involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse. Hvordan man tager hånd om patienten, de pårørende og sundhedspersonen, skal stå helt klart. Hvis der bliver en politisag ud af hændelsen, skal

ledelsen sikre en handleplan, som beskytter sundhedspersonen mest muligt. Det er også vigtigt, at handleplanen forløber over en lang periode med regelmæssige opfølgninger.

Det er vigtigt, at ledelsen er åben og ærlig om de fejl og utilsigtede hændelser, de selv har været involveret i og fortæller åbent om erfaringer og håndteringen af disse. Dette er ikke mindst vigtigt, når nyt personale skal introduceres til sundhedsvæsenet eller afdelingen. Det er nødvendigt for at sundhedspersonalet kan lære at håndtere usædvanlige hændelser, som en del af en kontinuerlig kompetenceudvikling.

Det er vigtigt at være bevidst om, at ledelsens første reaktion og handlinger på en utilsigtet hændelse får betydning for medarbejdernes tillid og tryghed til at agere og lære af fejl og derved være med til at skabe en læringskultur.

I det følgende kapitel gives der forslag til, hvordan anbefalingerne 2., 3. og 4. kan gøres operationelle.

## Hvordan kan politikken gøres operationel

Afsnittet bygger på anbefalingerne 2., 3. og 4.:

2. "Da sundhedspersonalets behov vil være forskellig, skal støtteprogrammet indeholde forskellige tilbud heriblandt rådgivning af enkelte personer eller en gruppe samt korte og længere varende periodevis rådgivning.
3. Den administrative politik skal sikre, at sundhedspersonalet får en passende tilpasning af ansvar og frihed, hvis der er brug for det, så de kan komme sig efter oplevelsen.
4. Sundhedspersonalet bør have struktureret hjælp til at rapportere den utilsigtede hændelse som et team og bør få instruktion i at dokumentere hændelsen i de medicinske journaler/fortegnelser".

Vi anvender anbefalinger som pejlepunkter til at operationalisere politikkerne i en tidsmæssig struktur. Dvs. før en hændelse sker, når hændelsen lige er sket og i forløbet efter hændelsen.

### Før den utilsigtede hændelse sker:

Før en utilsigtet hændelse sker, er det vigtigt at få patientsikkerhed forankret i afdelingskulturen, så organisationen er klædt på til at klare konsekvenserne af dem, og herunder at kunne håndtere personalereaktioner hensigtsmæssigt.

Det indebærer bl.a. at skabe et klima, hvor der kan tales åbent om fejl og kvalitet, og hvor enkeltsager bliver brugt til læring. Når der eksisterer en åbenhed og parathed i organisationen til at håndtere utilsigtede hændelser, beskytter det mod de psykologiske følger for både patienter og personalet. At nå dertil kræver aktiv deltagelse og opfølgning fra ledelsen.

For at sikre en løbende opmærksomhed på temaet, skal der indbygges rutiner i organisationen. Det indebærer opgaver for både den centrale ledelse af organisationen og for ledelsen i de enkelte afdelinger.

### **Sygehusledelsens<sup>2</sup> opgaver:**

- Sygehusledelsen har ansvaret for, at der udarbejdes politikker og instrukser om, hvad der skal gøres ved utilsigtede hændelser, og hvem der har pligt til at handle på fx rapportering, tage hånd om patienten og sundhedspersonalet. Politikker og instrukser skal indeholde et tilbagemeldingssystem til ledelsen.
- Sygehusledelsen holder sig løbende orienteret og orienterer det politiske bagland.
- Sygehusledelsen er ansvarlig for pressekontakten, som evt. kan uddelegeres til afdelingsledelsen eller andre fagpersoner.
- Sygehusledelsen sikrer, at der udarbejdes retningslinier for, hvordan man sikrer aktiv involvering af lederne på alle niveauer.
- Sygehusledelsen sikrer, at resultater af audit og kerneårsagsanalyser drøftes på afdelingsledelsesmøder og sikrer ressourcer til implementering af handleplaner.

---

<sup>2</sup> Arbejdsgruppen har valgt at tage udgangspunkt i sygehuse, men mener at opgaverne også kan udbredes til de øvrige institutioner i sundhedsvæsenet.

- Sygehusledelsen skal også sikre uddannelse af ledere og andre i at håndtere patient- og personaleomsorgen efter utilsigtede hændelser.

#### **Afdelingsledelsernes opgaver:**

- Afdelingsledelsen sikrer, at der i afdelingen er kendskab til politikker og instrukser om håndtering af utilsigtede hændelser.
- Afdelingsledelsen sikrer, at alle har kendskab til, hvordan der skal tages vare på kolleger, der impliceres i en utilsigtet hændelse.
- Afdelingsledelsen sikrer åbenhed og regelmæssig drøftelse af utilsigtede hændelser for derigennem at skabe et lærende miljø.

De tre punkter kan opnås ved, at:

1. man kan have et fast punkt på ledermøderne, hvor man gør status over utilsigtede hændelser, hvilke erfaringer man har, hvilke handleplaner det har ført til, og ikke mindst gøre status over deres implementering.
2. man kan have et fast punkt på personalemødet i det enkelte afsnit, at drøfte eventuelle utilsigtede hændelser fx inspireret af casene fra Tryg Patient.
3. lederne kan følge op på handleplaner gennem audit eller stikprøver.
4. lederne kan gøre det til en fast rutine at gennemgå andre offentliggjorte patientklagenævnsafgørelser i afdelingen ved konferencer eller i undervisningsfora for sundhedspersonalet.
5. man kan have patientsikkerhed, politikker og forpligtelser ved utilsigtede hændelser som et fast punkt i introduktionen af nyt personale.

Det tager tid at ændre en kultur og at udvikle åbenhed om utilsigtede hændelser. Før utilsigtede hændelser er noget, man kan drøfte åbent, vil der ikke ske læring og ændring af kulturen. Når man gennem drøftelser regelmæssigt er forberedt på, at uheld kan ske, vil der ikke være en tavsheds- eller skyldbarriere, som først skal overvindes, når uheldet er sket.

Det er vigtigt at påpege, at det er mindre traumatiserende for den eller de involverede sundhedspersoner, hvis hændelsen kan deles med kolleger.

Det er et fælles ansvar for ledelser og ansatte, at der er løbende fokus på området. Åbenhed er den bedste forebyggelse af psykiske skader efter traumer.

#### **Dilemmaer til drøftelse med bestyrelsen**

1. Arbejdsgruppen har overvejet, om sikkerhedsorganisationen skal inddrages. På den ene side er der ikke entydigt et spørgsmål om personalesikkerhed. Men hvis arbejdet på den anden side foregår i et så tidspresset eller uroligt miljø, at der sker fejl, er det samtidig et usundt arbejdsmiljø, hvor personalesikkerheden er truet. Arbejdsgruppen finder ikke en entydigt svar på spørgsmålet. Det bør drøftes i de konkrete institutioner.
2. Arbejdsgruppen har også drøftet, om tillidsmandssystemet og MED udvalget kunne inddrages, som et aktiv i arbejdet med håndtering af personalet i forbindelse med utilsigtet hændelse. Det var der ikke enighed om. På den ene side aktiveres tillidsmandssystemet normalt ved konflikter mellem ledelse og medarbejdere, og det vil være meget uheldigt at sammenblende det i en situation, hvor ledelse og personale gerne skulle stå sammen om at undgå fejl og at hjælpe den uheldige kollega. På den

anden side kan tillidsmandssystemet netop bidrage med ressourcer til at undgå fejl og at håndtere personalereaktioner. Det bør drøftes i de konkrete institutioner.

### **Når hændelsen er sket**

I den akutte fase efter en utilsigtet hændelse har både ledere og medarbejdere opgaver, som skal ligge helt klart. Det kan være hensigtsmæssigt at udarbejde opgaverne i et A4 format med punktopstillinger, som en opskrift eller tjekliste til den akutte situation.

### **Ledelsens opgaver i den akutte fase efter hændelsen er sket:**

Afdelingsledelsen sikrer, at der udpeges en sundhedsperson til at tage hånd om patient og pårørende. Sundhedspersonen skal sikre den videre behandling af patienten og mindske skadens omfang, informere om konsekvenserne af den givne behandling og hvilke behandlingstiltag, der er iværksat som følge af hændelsen. Der skal også informeres om klageadgang og forsikringsmulighed og dokumenteres i patientjournalen, hvad patienten er informeret om.

Afdelingsledelsen skal sikre, at den nødvendige omsorg for den eller de involverede sundhedspersoner finder sted, samt at der følges op på omsorgen de følgende dage.

Det er vigtigt, at ledelsen indtænker procedurer og retningslinier for, hvem og hvad der gøres for studerende, elever og vikarer, der involveres i utilsigtede hændelser. Disse sundhedspersoner er netop ikke fast ansatte og derfor ekstra udsatte for psykiske eftervirkninger, hvis de ikke får den kollegiale støtte efterfølgende.

Ledelsen kan også i samråd med den ramte sundhedsperson udpege en handleperson eller coach til den involverede. I overvejelserne over, hvem det skal være, bør det være et vigtigt kriterium, at den valgte sundhedsperson respekteres af og har den involveredes tillid.

### **Kollegernes opgave i den akutte fase umiddelbart efter hændelsen**

Kollegerne er ofte de første nære personer efter en utilsigtet hændelse. Første punkt er selvfølgelig at sikre patienten ved at minimere skaden og udpege en person til umiddelbart at tage sig af patienten. Andet vigtige punkt er den kollegiale støtte til den involverede sundhedsperson. Kollegernes opgave er den medmenneskelige støtte og opbakning til en kollegas normale reaktioner på en unormal hændelse. Reaktionen fra den involverede person vil være afhængig af den enkelte person og graden af alvorlighed i hændelsen. Støtte og opbakning kan fx gøres ved:

- at sørge for at kollegaen umiddelbart afløses i sin funktion.
- at tilkalde lederen eller anden kollega, så der er ressourcer til at tage vare på den ramte kollega.
- at sørge for at orientere eller tilkalde ledelsen med det samme i særligt alvorlige tilfælde (det skal fremgå af instrukserne hvornår og hvordan)
- at sørge for "time out" i et uforstyrret rum med de personer, der var involveret i eller vidner til hændelsen.
- at sikre, at hændelsen senest tales igennem ved vagtskiftet samme dag inden folk går hjem.

### *Omsorgen for kollegaen kan bestå i:*

- at skabe trygge rammer, servere kaffe ol. Giv omsorg. Vis respekt for kollegaen. Lad være at trøste, men tillad følelsesudbrud uden at komme med kommentarer. Sig aldrig: Hvorfor gjorde du ikke... Det kunne være sket for os alle... eller lignende trøstende, velmente kommentarer. Lad være med at bagatelliser hændelsen. Det får personen til at føle sig endnu mere alene og skyldig.
- at lave en struktureret gennemgang af hændelsen, for det giver tryghed. Gennemgå hændelsen så detaljeret som muligt, så den involverede fortæller, hvad hun oplevede, der skete. Giv god tid, lad personen fortælle i den rækkefølge tingene huskes.
- at de øvrige tilstedeværende fortæller efterfølgende, hvad de så og hørte. De tilstedeværende kolleger vil ofte føle sig skyldige over, at de ikke forudså hændelsen og greb ind.
- at afsætte tid nok til, at hændelsen bliver afklaret i kronologisk orden, for at modvirke, at de involverede personer efterfølgende, plages af urealistiske fantasier om, hvad der skete. Det er ofte en hjælp at skrive hændelsen ned umiddelbart efter. Det kan også være en hjælp, hvis der senere kommer et juridisk efterspil.
- at få deltagerne i hændelsen til at besvare spørgsmålet: Hvad skete der? Hvad skete umiddelbart op til hændelsen, kunne vi have forudset det?
- at undgå at presse folk til at tale. Det kan forværre traumatiseringen.
- at overveje om situationen indbyder til at tale om læring, eller om dette skal vente til et senere og bedre tidspunkt. Når man kan drøfte læring, er de vigtige spørgsmål: Hvad gør vi næste gang? Er der procedurer, der skal ændres i afdelingen?

### *Hjemsendelse af den involverede sundhedsperson*

- Den kollega, som har overtaget styringen, vurderer om den involverede fagperson kan arbejde videre eller skal fritages for arbejde resten af vagten. Det er vigtigt, at den involverede ikke sendes hjem, før hun selv føler, at det er i orden. Vær også opmærksom på, at det kan opleves meget krænkende, at blive sat fra bestillingen.
- Tilbyd praktisk hjælp til at komme hjem, hente børn i daginstitution, ringe til ægtefælle med mere.
- Råd kollegaen til ikke at være alene første dag, aften eller nat.

### **Næste dag og det efterfølgende forløb**

Reaktionerne på den utilsigtede hændelse i det efterfølgende forløb vil igen afhænge af den eller de enkelte personer og hændelsens grad af alvorlighed. Derfor er det vigtigt med forskellige støttetilbud og herunder rådgivning af enkelte personer og grupper. Der skal sikres en passende tilpasning af ansvar og frihed, så den involverede kan komme sig efter oplevelsen. Der kan ligeledes være brug for hjælp til at rapportere den utilsigtede hændelse og rapportere den i journalen.

Både ledelsen og kollegaerne har opgaver i dagen efter og det efterfølgende forløb.

### **Ledelsens opgaver:**

Ledelsen skal sikre, at der holdes debriefing i afsnittet, hvor hændelsen er sket, hvis der er behov herfor. Hvis der er behov for at følge op på hændelsen, skal ledelsen sikre dette samt at der tilbydes psykologhjælp.

Det er også ledelsens opgave at holde kontakt til den ramte og sikre, at vedkommende kommer tilbage til arbejdet hurtigst muligt. Man kan evt. tilbyde, at opgaverne ikke direkte er magen til den utilsigtede hændelse for en periode. Det kan også være en idé, at lade en erfaren kollega være tilstede første gang proceduren skal udføres igen. Vær åben overfor at tale om frygt og angst for ikke at kunne løse opgaven fagligt forsvarligt. Åbenhed er den bedste forebyggelse mod traumatisering.

Ledelsen eller den udpegede kollega kan hjælpe med skrivning af erklæringer i tilfælde af klagesag til Patientklagenævnet.

### **Dilemma til drøftelse med bestyrelsen**

Arbejdsgruppen har drøftet åbenhed i forbindelse med håndtering af klagesager. Det er der ikke enighed om. Meningen er på den ene side, at man skal drøfte sagen eller afgørelsen fra Patientklagenævnet med den pågældende i afdelingen. Begrundelsen for synspunktet er, at der skal være åbenhed i afdelingen til at drøfte og lære af sagen.

Det andet synspunkt handler om, at det kan være (for) sårbart for den pågældende at tale åbent om sagen. Derfor skal man spørge den indklagede, om det er i orden at tale åbent om sagen. Begrundelsen findes i de to vidt forskellige tilgange til utilsigtede hændelser og fejlbehandling.

Ved den utilsigtede hændelse er det systemet, der har ejerskab til fejlen. Systemet er bygget således op, at sundhedsvæsenet er interesseret i at få disse sager belyst og diskuteret.

Det er modsat ved klagesager. Her bærer den indklagede alene ejerskab til fejlen og dermed også skylden. Disse sager ønsker organisationen ikke. Derfor er de også taget ud fra behandlingssystemet og er et fortroligt mellemværende mellem embedslæge, patientklagenævn og sundhedspersonen. Derfor bør man i alle disse sager vurdere, om det også er i alles interesse, at der skabes åbenhed om klagesagens detaljer. Derfor skal der også indhentes tilladelse til at drøfte sagen fra den indklagede. Man bør ligeledes vurdere, om der vil kunne uddrages læring af åbenhed i disse sager.

### **Kollegernes opgaver**

- Tag kontakt til kollegaen næste dag og hør, hvordan det går. Informer evt. om patientens tilstand. Det er vigtigt med åbenheden, for virkeligheden er nemmere at forholde sig til end egne fantasier.
- Råd kollegaen til at genoptage hverdagen så hurtigt som muligt.
- Vær til rådighed for din kollega, hvis der er brug for at tale om hændelsen. Giv evt. dit telefonnummer.
- Hjælp kollegaen med at genoptage hverdagen. Tilbyd evt. at være til stede ved opgaveløsningen, hvis det ønskes.

## Hvordan kan ledere og medarbejdere lære at håndtere sundhedspersoners reaktioner på utilsigtede hændelser

I afsnittet giver arbejdsgruppen et bud på, hvad et lærings sæt og et kursusindhold bør indeholde samt forslag til læringsmetoder, for at ledere, kolleger og andre kan yde den nødvendige støtte og opbakning til the second victim. Man kan se lærings sæt og kursus som et totrinsforløb. Lærings sættet kan anvendes i afdelingen og som led i institutionernes efter- og videreuddannelse af ledere, mens kurset går et skridt dybere. Afsnittet er rettet mod anbefalingerne 5. og 6.:

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 for sundhedspersonalet, afdelingsledere og nøglepersoner om, hvordan man yder kolleger støtte, når de er "det andet offer".

I det følgende skitseres:

- Lærings sæt, som kan anvendes af alle afdelinger
- Kursus række for ledere og patientsikkerhedsansvarlige

### Lærings sæt

Lærings sættet bør sigte mod at give en introduktion til emnet og vil udgøre et undervisningsmateriale af cirka 1 times varighed. Sættet bør indeholde flere forskellige læringsmetoder og redskaber, således at den travle kliniker kan få kendskab og træning uden at skulle deltage i kurser og fraværende fra afdelingen. Et lærings sæt kan sikre, at den enkelte kan anvende det på det rigtige tidspunkt og bruge den del, der er relevant i situationen. Arbejdsgruppen mener, at emnet bedst behandles i egen afdeling med deltagelse af det relevante personale, da det handler om at skabe en fælles forståelse og kultur. Derfor bør lærings sættet også indeholde inspiration til træning i hverdags situationer fx drøftelse af vagtens begivenheder eller forslag til en mere struktureret undervisning.

### Formålet med lærings sættet er:

- at gøre ledelsen bevidst om egne holdninger og reaktioner
- at inspirere ledelsen til at initiere en undersøgelse af, hvordan medarbejderne opfatter kulturen i afdelingen og at arbejde videre med resultaterne af undersøgelsen
- at præsentere ledelsen for forslag til strukturelle tiltag, som ledelsen kan modificere til anvendelse i egen afdeling
- at give ledelsen mulighed for at introducere og træne personalet i at støtte en kollega (the second victim).

### Læringsmetoder og redskaber

En bred vifte af forskellige metoder og redskaber bør indgå i lærings sættet, således at programmet kan kombineres afhængig af afdelingens og individets behov. Programmet kan på den måde tage hensyn til, om den enkelte skal opnå kompetence på videns eller handlingsniveau. Endvidere er en bredde af forskellige metoder hensigtsmæssig, da det henvender sig til voksne med forskellig indlæringsstil. Konkret foreslår arbejdsgruppen, at lærings sættet kan indeholde:

1. udvalgt litteratur i form af korte indlæg samt link til større relevante rapporter eller hjemmesider
2. forslag til hvordan kulturen i afdelingen kan undersøges og drøftes i ledergruppen, afdelingsmøder, eller man kan foretage mindre spørgeskema undersøgelse (se appendiks sidst i bilag III). Ønsker man en større undersøgelse, kan fx Region Hovedstadens kulturundersøgelse benyttes.

Træningssættet bør også indeholde:

- cases til diskussion
- oplæg til rollespil
- materiale til træning i konstruktiv feedback
- demonstrationsmateriale i form af DVD, som kan anvendes til diskussion og træning af personale
- introduktion til hvordan materialet kan anvendes

Disse redskaber kan så anvendes i afdelingen eller afsnittet som øvelsesmateriale.

#### Kurser for ledelser

Et kursuskoncept målrettet sundhedspersoner med speciel interesse og opgaver inden for patientsikkerhed bør udvikles til anvendelse på regionsniveau. Som forberedelse til sådanne kurser bør der udsendes yderligere litteratur. Kurserne bør bygge videre på erfaringer fra anvendelsen af læringssæt i egen afdeling samt øvrige erfaringer med håndteringen af the second victim.

#### **Formålet med kurset er at:**

- træne sundhedspersoner i at kunne give konstruktiv feedback samt debriefe sundhedsfagligt personale på individ eller team niveau
- sætte fokus på kommunikation med patient og pårørende efter en utilsigtet hændelse eller fejl
- sundhedspersonerne efterfølgende kan arbejde med kultur, struktur og uddannelse i egen afdeling

Overordnet ønsker arbejdsgruppen, at kursisten efterfølgende opnår et kompetenceniveau svarende til, at sundhedspersonerne efterfølgende kan implementere det lærte i egen afdeling eller institution.

#### **Læringsmetoder og redskaber**

Kurset bør baseres på anvendelse af deltageraktiverende metoder, der sikrer træning og opnåelse af det ønskede kompetenceniveau. Mini lektures, casebaseret undervisning samt simulation (simuleret patient og kollega) er redskaber hertil.

Desuden bør deltagere trænes i at anvende konstruktiv kritik, hjælpe den professionelle til at konkretisere hændelsen ved at beskrive, hvad der skete mv..

Hvis afdelingerne har foretaget kulturmålinger, kan der tages udgangspunkt i disse og udarbejdes en handlingsplan for den enkelte.

Arbejdsgruppen foreslår, at kurset udvikles i samarbejde med personer med erfaring med simulationsbaseret uddannelse samt en psykolog. Desuden foreslår arbejdsgruppen udvikling af et pilotkursus.

Kurset bør udvikles som et generisk kursus, der kan modificeres efter regionale behov. Det foreslås også, at afholde kurserne i samarbejde med de regionale simulationscentre, som har erfaring med at anvende simulation og debriefing som uddannelsesmetode og med at anvende principper for voksenlæring herunder anvendelse af konstruktiv feed back.

Kurset kan baseres på de i rapporten beskrevne mål og tips og tricks som fremgår af de foregående kapitler.

Arbejdsgruppen anbefaler, at læringssættet og uddannelsen pilottestes på afsnitsledelses- og afdelingsledelses niveau.

## **Appendiks**

I det følgende gives eksempler på spørgsmål som kunne indgå i en mindre undersøgelse af kultur (eller "klima") i afdelingen.

Spørgsmål 1:

Hos os har ledelsen meldt klart ud, at de ønsker, vi fortæller om utilsigtede hændelser for at kunne lære af dem

Spørgsmål 2:

Hos os får vi sædvanligvis en konstruktiv feedback, hvis vi rapporterer/fortæller om alvorlige utilsigtede hændelser

Spørgsmål 3:

Hos os diskuterer vi sædvanligvis forløb og årsager, når der er sket en alvorlig utilsigtet hændelse (hvad der skete og hvordan det kunne ske)

Spørgsmål 4:

Min nærmeste leder er god til at støtte personalet efter alvorlige hændelser

Spørgsmål 5:

Hos os bliver man altid behandlet på en ordentlig måde, hvis man er involveret i en utilsigtet hændelse

Spørgsmål 6:

Hos os fokuserer man på skyld, når der går noget galt

Spørgsmål 7:

Hos os behandler vi hinanden med respekt

Spørgsmål 8:

Hos os beklager eller undskylder vi altid overfor patienten eller de pårørende, hvis en utilsigtet hændelse skader patienten

## Referencer

Beredskabsstyrelsens Center for Lederuddannelse:

- Information til arbejdsgivere og ledere om kollegastøtte på [www.brs.dk](http://www.brs.dk)
- Kursus i psykisk førstehjælp på [www.brs.dk/beredskabspsykologi/uddannelse/psykisk\\_foerstehjaelp.htm](http://www.brs.dk/beredskabspsykologi/uddannelse/psykisk_foerstehjaelp.htm)
- Kursus i kollegastøtte på [www.brs.dk/beredskabspsykologi/kollegastoette.htm](http://www.brs.dk/beredskabspsykologi/kollegastoette.htm)
- Kursus i kollegastøtte, vedligeholdelse på [www.brs.dk/beredskabspsykologi/uddannelse/kollegastoette\\_vedligeholdelse.htm](http://www.brs.dk/beredskabspsykologi/uddannelse/kollegastoette_vedligeholdelse.htm)
- Overblik over den psykiske førstehjælp på [www.brs.dk/laereboeger/psykiskfoerstehjaelp/index.htm](http://www.brs.dk/laereboeger/psykiskfoerstehjaelp/index.htm)

Branchearbejds miljørådet:

- Værktøjskassen om Voldsomme og chokerende begivenheder på [www.barserviceogtjenesteydelse.dk](http://www.barserviceogtjenesteydelse.dk)
- Værktøjskasse om: Stress og Stresshåndtering fra stress til trivsel på [www.barserviceogtjenesteydelse.dk](http://www.barserviceogtjenesteydelse.dk)

Dansk Krisekorps:

- Psykisk førstehjælp ved cand. psych. Morten Holler og cand.psych. Mette Nayberg. Mail: [info@danskkrisekorps.dk](mailto:info@danskkrisekorps.dk) web: [www.danskkrisekorps.dk](http://www.danskkrisekorps.dk)

Ibsen, Bjarne Frøslee, Molin Keld og Daugbjerg, Ole:

- Politiet og voldsomme hændelser – et arbejdsmiljøproblem, Rigspolitiets Psykologtjeneste, Rigspolitichefen, København 1997.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed:

- Håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse – Arbejdsgruppens rapport, januar 2006.

Dyrløv Madsen M, Boje Andersen H, Hermann N. Østergaard D, Schiøler T, DSI Institut for Sundhedsvæsen i samarbejde med Forskningscenter Risø, Dansk Institut for Medicinsk Simulation KAS Herlev, Enheden for Brugerundersøgelser for Københavns Amt. September 2001:

- Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse.

Schiøler T, Lipczak H, Frølich A et al. DSI Institut for Sundhedsvæsen:

- Utilsigtede hændelser på danske sygehuse. September 2001.

Sundhedsvæsenets Patientklagenævn:

Årsberetning 2005

[Årsrapport for DPSD Dansk-patient-sikkerheds-database for 2005 - Sundhedsstyrelsen](#)

When Things go Wrong, Responding To Adverse Events, A Consensus Statement of the Harvard Hospitals, march 2006 på

<http://www.macoalition.org/publications.shtml>

### **Søgning og søgeord**

Google søgning på dansk. Søgeordene var: håndtering af stress og krise og voldsom hændelse.

Det kom der 10 link ud af. Hent dem her: Google 10 06 06

<http://www.google.dk/search?hl=da&q=voldsomme+h%C3%A6ndelser+og+kollega+st%C3%B8tte+og+krise+og+stressh%C3%A5ndtering&btnG=S%C3%B8g&meta=>