

Ivaretakelse av second victims: Ansatte som har vært med på uheldige hendelser

Artikkel: Systemer for ivaretakelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv

Refleksjonsoppgave: Ivaretakelse av ansatte etter uheldige hendelser - Studiets implikasjon for praksis

Marianne Haagensen Øien

Master i sykepleievitenskap
120 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn, avdeling for folkehelsevitenskap
Universitetet i Oslo





UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
folkehelsevitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Marianne Haagensen Øien	Dato: 23.05.2023
Tittel: Ivaretagelse av second victims: Ansatte som har vært med på uheldige hendelser Artikkel: Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv. Refleksjonsoppgave: Ivaretagelse av ansatte etter uheldige hendelser - Studiets implikasjon for praksis	
Sammendrag: Masteroppgave som består av to deler; artikkel og refleksjonsoppgave Formål: <i>Artikkel:</i> Kartlegge hvordan ledere for anestesisykepleiere beskriver tilgang og bruk av systemer for oppfølging og ivaretagelse av anestesisykepleiere etter en «uheldig pasienthendelse». <i>Refleksjonsoppgave:</i> Følge opp funnene fra artikkelen. På bakgrunn av funnene fra artikkelen og tidligere forskning skissere et opplegg for hvordan et oppfølgingsprogram for helsepersonell etter uheldig pasienthendelse kan være. Teoretisk forankring: Internasjonale studier anbefaler å innføre formaliserte støtteprogrammer for ansatte som har opplevd alvorlige, uheldige hendelser. Det finnes lite forskning på effekten av tiltakene i slike støtteprogrammer. Metode: <i>Artikkel:</i> Studien er en deskriptiv tverrsnittstudie gjennomført ved bruk av nettbasert spørreskjema blant ledere for anestesisykepleiere i Norge. Det ble utført deskriptiv analyse med beskrivende statistikk. <i>Refleksjonsoppgave:</i> Stressmestringsmodellen, relevant nordisk faglitteratur, tidligere forskning og funn presentert i artikkelen ble benyttet som grunnlag for å kunne anbefale et oppfølgingsprogram. Resultater: <i>Artikkel:</i> Omtrent halvparten av respondentene rapporterte at i deres organisasjon er det ikke er innført systemer for oppfølging av ansatte etter uheldig pasienthendelse. Nesten alle mener at både prosedyre og oppfølgingsprogram er nyttig. Halvparten mener at deres arbeidsplass ikke gir dem gode nok verktøy til å støtte ansatte som har vært en del av en uheldig pasienthendelse. <i>Refleksjonsoppgave:</i> En anbefaling for oppfølgingsprogram presenteres. Konklusjon: Å investere i oppfølgingsprogrammer for «second victim» bør bli prioritert, som en del av arbeidet for pasientsikkerhet og helsefremmende arbeidsmiljø. Det trengs mer forskning. Innføring av nasjonale anbefalinger eller retningslinjer bør inkludere en plan for følgeforskning, evaluering og tilpasninger basert på forskningsfunnene. Dette må planlegges og settes av ressurser til.	
Nøkkelord: Tverrsnittsdesign, Uønsket pasienthendelse, kollegastøtteordning, Second Victim, pasientsikkerhet	



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
 folkehelsevitenskap.
 Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Marianne Haagenen Øien	Date: 23.05.2023
Title: Taking care of second victims: Employees who have been involved in unfortunate incidents Article: Systems for taking care of the nurse anesthetist after an adverse event- from a managerial perspective. Reflection paper: Taking care of employees after adverse events - The study's implications for practice	
<p>Abstract: A master's thesis consisting of two parts; article and reflection paper</p> <p>Purpose: <i>Article:</i> Map how managers of nurse anesthetists describe access and use of systems for support and care of employees after an adverse event. <i>Reflection paper:</i> Follow-up on the findings from the article. Based on the findings from the article and previous research, outline a scheme for how an Employee Assistant Program for healthcare personnel after an adverse event might be.</p> <p>Literature Review: International studies recommend introducing formalized support programs for employees who have experienced adverse events. There is little research into the effect of the measures in such support programmes.</p> <p>Method: <i>Article:</i> The study is a descriptive cross-sectional study conducted using a web-based questionnaire distributed via e-mail invitation with a survey link among managers of nurse anesthetists in Norway. Descriptive analysis was carried out with descriptive statistics. <i>Reflection paper:</i> The stress management model, relevant Nordic literature, previous research and findings presented in the article were used as basis to be able to recommend an Employee Assistant Program.</p> <p>Results: <i>Article:</i> No systems for emotional support after an adverse event is available, according to half of the respondents. Almost everyone believes that both a procedure and a support program would be useful. Half believe that their workplace does not provide them with good enough tools to support employees who have been part of an adverse event. <i>Reflection paper:</i> A recommendation for a support program is presented.</p> <p>Conclusion: Investing in support programs for second victims should be a priority, as part of the work for patient safety and a health-promoting working environment. More research is needed. Introduction of national recommendations or guidelines should include a plan for follow-up research, evaluation and adaptations based on the research findings. This must be planned and resources allocated.</p>	
Key words: Cross section design, Adverse events, Employee Assistant Program, Emotional support program, Second Victim	

INNHOLDSFORTEGNELSE MASTEROPPGAVENS DEL 1: ARTIKKEL

Innholdsfortegnelse

TITTELSIDE ARTIKKEL	X
Sammendrag	1
Innledning.....	2
Hensikt.....	2
Metode	3
Design	3
Utvalg og datasamling	3
Spørreskjema.....	3
Analyse	3
Godkjenninger og etiske overveielser	3
Reliabilitet og validitet.....	3
Resultater	5
Prosedyrer for oppfølging av ansatte etter en uheldig pasienthendelse	5
Oppfølgingprogram for emosjonell støtte etter en uheldig hendelse	5
Situasjoner det tilbys støtte, hjelp eller oppfølging for anestesisykepleieren.....	5
Hvem følger opp anestesisykepleieren etter uheldig pasienthendelse?	6
Det blir alltid gitt støtte, hjelp eller oppfølging.....	6
Diskusjon	6
Lederne er ikke sikret gode verktøy for oppfølging	6
Alle blir ivaretatt på noen måte, men den kan oppleves tilfeldig	7
Å bli «second victim» kan føre til alvorlige konsekvenser for den det gjelder	7
Helhetlige og effektive støtteprogrammer er fordelaktig.....	8
Har anestesisykepleiere særlig behov for støtte etter uheldige hendelser?	9
Behov for oppfølgingsprogram	9
Styrker og begrensinger i studien.....	10
Skjevhet i utvalget	11
Konklusjon	11
Referanser	12
Tabeller.....	14
Tabell 1 Beskrivelse av utvalget	14
Tabell 2: Forekomst og opplevelse av prosedyrer for ivaretaging av «Second victims»	15
Figurer	16
Figur 1: Situasjoner det blir tilbudt hjelp/oppfølging/støtte til anestesisykepleier.....	16

Figur 2: Hvem ivaretar anesthesisykepleier etter en uheldig hendelse?	17
Vedlegg	18
Vedlegg 1: Forfatterveildening, Sykepleien forskning.....	18
Vedlegg 2: Egenerklæring, mulige interessekonflikter	21
Vedlegg 3: Tillatelse til å bruke spørreskjema.....	22
Vedlegg 4: Invitasjon til deltakelse, tekst i epost:	23
Vedlegg 5: Spørreskjema	25

INNHOLDSFORTEGNELSE MASTEROPPGAVENS DEL 2: REFLEKSJONSOPPGAVE

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	32
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	32
1.1.1 Historien om Laila.....	32
1.2 Begrepsavklaring	33
1.3 Valg av litteratur	34
1.3.1 Fagbøker	34
1.3.2 Forskningsartikler.....	35
2.0 TEORETISK FORANKRING	37
2.1 Helsepersonell sin rett til beskyttelse.....	37
2.1.1 Lovverk.....	37
2.1.2 Pasientsikkerhetsarbeidet som nasjonalt satsningsområde.....	38
2.2 Helsepersonell sitt behov for beskyttelse, ivaretagelse og støtte.....	39
2.3 Stressmestringsmodellen	41
3.0 OPPFØLGINGSPROGRAM FOR HELSEPERSONELL	44
3.1 Funn fra studien som kan ha betydning for praksis	44
3.2 Hva er det oppfølgingsprogram for helsepersonell vanligvis inneholder?	45
3.2.1 Tenk både individ og organisasjon.....	45
3.2.2 Formelle ordninger for kollegastøtte	45
3.2.3 Et formelt støtteprogram bør være oppsøkende	48
3.2.4 En pause fra klinisk arbeid	48
3.2.5 Støtte på kort og lang sikt.....	49
3.2.6 Gjør oppfølgingsprogrammet kjent	49

4.0 FORSLAG PÅ NASJONALT PROGRAM FOR OPPFØLGING AV HELSEPERSONELL ETTER UHELDIG PASIENTHENDELSE.....	50
4.1 Hvorfor trenges det et nasjonalt program?.....	50
4.1.1 Lailas historie	50
4.2 Hva et nasjonalt program for oppfølging av helsepersonell etter uheldig pasienthendelse bør inneholde?	52
4.2.1 Før uønskede hendelser skjer	52
4.2.2 Etter en uønsket hendelse har skjedd.....	53
5.0 KONKLUSJON.....	56
6.0 REFERANSER.....	58

MASTEROPPGAVENS DEL 1:

ARTIKKEL

Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv

TITTELSIDE ARTIKKEL

Til Sykepleien forskning

Tittel: Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv

Forfatter: Marianne Haagensen Øien

Akademisk tittel: Spesialsykepleier anestesi, masterstudent sykepleievitenskap

Stilling: Masterstudent

Arbeidssted: Avdeling for folkehelsevitenskap, Universitetet i Oslo

Kontaktperson: Marianne Haagensen Øien, telefon 99 00 08 72,
marianne.haagensen.oien@gmail.com

Antall ord artikkel (ikke medregnet tittel, sammendrag og referanser):

3019

Antall tegn, inkludert mellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser):

20 367

Antall figurer: 2

Antall tabeller: 2

EQUATOR-retningslinje fulgt:

STROBE Statement Checklist

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Anestesisykepleiere forvalter et tjenesteområde der uheldige hendelser og feil kan føre til fatale konsekvenser. Anestesisykepleiere som har vært involvert i slike uheldige pasienthendelser kan risikere betydelig emosjonelt stress, i litteraturen kalt «second victim». Nyere forskning anbefaler at det etableres støtteprogrammer for «second victims».

Hensikt: Kartlegge hvordan ledere for anestesisykepleiere beskriver tilgang og bruk av systemer for oppfølging og ivaretagelse av medarbeiderne etter en «uheldig pasienthendelse»

Metode: Studien er en deskriptiv tverrsnittstudie gjennomført ved bruk av nettbasert spørreskjema blant ledere for anestesisykepleiere i Norge. Det ble utført deskriptiv analyse med beskrivende statistikk.

Resultat: Svarprosenten var 32 % (31/96). Rundt halvparten (16/31) av lederne bekrefter at organisasjonen har oppfølgingsprosedyrer av ansatte etter en uheldig pasienthendelse, og 39% (12/31) har oppfølgingsprogram for emosjonell støtte. Omtrent halvparten rapporterte at det ikke er innført slike systemer. Nesten alle mener at både prosedyre og oppfølgingsprogram er nyttig. Det er 48% (15/31) som svarer at de er «uenige» eller «vet ikke» på påstanden om at deres arbeidsplass tilbyr gode nok verktøy til å følge opp ansatte som har vært en del av en uheldig pasienthendelse.

Respondentene oppgir at det er som oftest nærmeste leder eller kollegaer i debriefing-møter som ivaretar, hjelper og støtter anestesisykepleierne, men bedriftshelsetjenesten og uformell kollegastøtte blir også hyppig brukt.

Konklusjon: Studien viser at det ikke er etablert oppfølgingssystemer ved alle arbeidsplasser anestesisykepleiere jobber, til tross for at ledere mener dette er viktig. Nasjonale retningslinjer bør inkludere «second victims» for å sikre systemer for oppfølging av helsepersonell i uheldige hendelser på alle arbeidsplasser.

Nøkkelord: Tverrsnittsdesign, Anestesisykepleiere, Emotional support program, Second Victim, pasientsikkerhet

INNLEDNING

I anestesifaget kan marginene være små, og feil kan derfor bli fatale. Når en uheldig hendelse likevel oppstår, er det en risiko for at anestesisykepleieren blir det som i litteraturen kalles «second victim». Et «second victim» er når en helsearbeider involvert i en uventet uheldig pasienthendelse, medisinsk feil og/eller en pasientskade, selv blir et offer ved at helsearbeideren blir traumatisert av hendelsen (1).

Helt siden begrepet «second victims» ble introdusert av Albert W. Wu i 2000 (2), har det vært internasjonal oppmerksomhet om at helsepersonell kan bli emosjonelt traumatisert etter å ha vært del av en alvorlig og utilsiktet pasienthendelse (3). Ifølge en studie fra 2021 oppgir 60 prosent av sykepleiere at de har opplevd å bli «second victim» (4). Sykepleiere kan ofte ha langvarige, emosjonelle utfordringer etter en uheldig pasienthendelse. Et godt støttesystem er avgjørende for å lindre den følelsesmessige byrden, og hjelpe sykepleieren til å forsones seg med det som har skjedd, for å komme seg videre (5). Norge har ikke en nasjonal oversikt over oppfølgingsordninger for ivaretagelse av ansatte etter uheldige pasienthendelser, selv om flere arbeidsplasser i helsetjenestene har innført slik ordning. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019 – 2023 beskriver at det er en utfordring at vi ikke har et helhetlig bilde av det totale omfanget av pasientskader i Norge, og at informasjonen om uønskede hendelser og pasientskader er fragmentert (6). En spørreundersøkelse blant konferansedeltakere på Pasientsikkerhetskonferansen i 2019 viste at 23 prosent var usikre, mens 13 prosent svarte nei da de fikk følgende spørsmål: «Vet du om ditt arbeidssted har utviklet ivaretagelse av ansatte etter alvorlige hendelser?» (7).

HENSIKT

Denne studien undersøker om det finnes systemer for oppfølging av helsepersonell etter uheldige pasienthendelser på norske anesthesiavdelinger. Forskningsspørsmål: Hvordan beskriver ledere at anestesisykepleiere som har opplevd en uheldig pasienthendelse blir fulgt opp og ivaretatt?

METODE

Design

Studien benyttet en kvantitativ metode med et beskrivende design. Datainnsamlingen er gjennomført som en tverrsnittsundersøkelse der ledere for anestesisykepleiere svarte på et anonymt, nettbasert spørreskjema.

Utvalg og datasamling

Det totale antallet ledere for anestesisykepleiere i Norge er bare litt over hundre personer, og det var derfor ønskelig å invitere så mange som mulig til deltakelse i studien. En invitasjon til å svare på undersøkelsen ble sendt ut med e-post i november 2019 til alle anestesisykepleierledere (N=96) som faggruppen Anestesisykepleierne NSF hadde kontaktinformasjon til. Disse arbeidet ved 58 ulike arbeidsplasser, og 29 av de inviterte arbeidet ved universitetssykehus.

Spørreskjema

Spørreskjemaet hadde 13 spørsmål (se vedlegg 5). De fleste spørsmål hadde forhåndsdefinerte svaralternativer. På tre spørsmål kunne respondentene velge flere aktuelle alternativ, inklusivt «Annet» der de kunne få utdype i et fritekst-felt. Til slutt ble det stilt et åpent spørsmål

Analyse

De fleste variablene var kategoriske, og det ble utført en deskriptiv analyse ved hjelp av krystabeller. Datamaterialet fremstilles i form av frekvenser og prosent. Fritekstsvar presenteres som sitater. Programvaren IBM SPSS versjon 26 ble benyttet til statistiske analyser.

Godkjenninger og etiske overveielser

Det ble ikke innhentet personopplysninger eller opplysninger om hvem som besvarte nettskjemaet. Derfor var det ikke nødvendig å søke godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Å svare på spørreskjemaet ble oppfattet som samtykke til å delta. Fordi svarene var fullstendig anonymiserte var det ikke anledning til at noen respondenter kunne trekke tilbake sin besvarelse. I invitasjonen ble det oppgitt informasjon om studiens hensikt, og at det ikke er mulig å koble svarene tilbake til den enkelte respondent eller arbeidsted.

Reliabilitet og validitet

Spørreskjemaet ble utarbeidet etter inspirasjon fra White et. al (8). som hadde utviklet sitt spørreskjemaet på bakgrunn av intervjuer av fem eksperter innen pasientsikkerhet, risikohåndtering og den emosjonelle påvirkningen av å bli involvert i en uheldig

pasienthendelse. Å benytte et spørreskjema som tidligere er brukt i lignende studier er med på å sikre både reliabilitet og konstruktvaliditeten, altså sikre at instrumentet måler det som er ment å måles. Det var det nødvendig å omskrive mange av spørsmålene og svaralternativene for at spørreskjemaet skulle være tilpasset norske forhold.

Det ble gjennomført en pilotundersøkelse med ni anestesisykepleiere som ga tilbakemelding på hvordan de forsto spørsmålene og hva som eventuelt var uklart. Dette ble gjort for å sikre påliteligheten og nøyaktigheten. Pilotundersøkelsen førte til noen mindre endringer av ordlyd, samt at det ble satt inn tekstbokser med begrepsavklaringer.

RESULTATER

Av de 96 som ble invitert til å delta, svarte 31 (32%) på undersøkelsen. Av disse oppga 10 (32%) at de jobber ved et universitetssykehus, og halvparten (16/31) oppga at de jobbet ved et lokalsykehus (se tabell 1).

Prosedyrer for oppfølging av ansatte etter en uheldig pasienthendelse

Halvparten (16/31) av lederne bekrefter at deres organisasjon har prosedyre for oppfølging av ansatte etter en uheldig pasienthendelse (se tabell 2).

De som var ledere for mer enn 30 anestesisykepleiere skilte seg ut ved at alle (n=9) svarte «ja» på spørsmålet om organisasjonen hadde prosedyre, mot bare 32 % (7/22) av lederne med færre enn 30 ansatte.

Oppfølgingprogram for emosjonell støtte etter en uheldig hendelse

På spørsmål om organisasjonen deres har et oppfølgingsprogram for å gi emosjonell støtte svarte 39% (12/31) at de hadde dette (se tabell 2). Omtrent halvparten rapporterte at det ikke er innført slike systemer. Fire respondenter (13 %) svarte at det er planer om å innføre det.

Nesten alle mener at både prosedyre (97%) og oppfølgingsprogram (87%) for ansatte som har vært med på en uheldig pasienthendelse er nyttig.

Situasjoner det tilbys støtte, hjelp eller oppfølging for anestesisykepleieren

Vi spurte respondentene om hvilke situasjoner det blir tilbudt hjelp, støtte eller oppfølging. Nesten alle (28/31) mente at det skjer når anestesisykepleierne er involvert i hendelse, uavhengig av om de ber om det eller ikke (figur 1).

Tre respondenter markerte svaralternativet «Andre situasjoner» (figur 1) og beskrev dem i fritekstsvar. En beskrev «*Hvis teamet involvert i en situasjon sammen mener det er behov, blir det gjennomført debriefing*» og en annen bemerket «*når vi har bidratt med støtte til andre fagpersoner*». En tredje respondent beskrev andre situasjoner som «*akutte hendelser som virker å gå inn på anestesisykepleier, som vedkommende ikke er bevisst på selv. Ved at vedkommende snakker mye om hendelsen eller kollegaer kommer og er bekymret. Det kan*

oppstå konflikter med spesielt uerfarne anestesileger og anestesileger med en annen bakgrunn (altså ikke er vant til å jobbe sammen med anestesisykepleiere etter skandinavisk modell)».

Hvem følger opp anestesisykepleieren etter uheldig pasienthendelse?

Det er oftest nærmeste leder eller kollegaer i debrifing-møter som ivaretar, hjelper og støtter anestesisykepleierne etter uheldig pasienthendelse (figur 2). Bedriftshelsetjenesten og uformell kollegastøtte blir også hyppig brukt.

Som en respondent skriver i fritekst: *«Systemer som skal ivareta anestesisykepleiere etter uheldige pasienthendelser er vel og bra. Men det må ikke utelukke eller undervurdere en godt opparbeidet kultur for den uformelle kollegastøtten. Det er selvsagt viktig at leder følger opp, men kollegastøtten i tillegg er kjempeviktig».*

Der det finnes oppfølgingsprogram så er det lederen som henviser dit (78 %), bare noen få (17%) av anestesisykepleierne oppsøkte oppfølgingsprogrammet selv.

Halvparten (15/31) svarer at de er uenige i, eller vet ikke om deres arbeidsplass gir dem som leder gode nok verktøy til å kunne følge opp ansatte som har vært en del av en uheldig pasienthendelse (tabell 2).

Det blir alltid gitt støtte, hjelp eller oppfølging

Det var et klart resultat at lederne mener at anestesisykepleiere som har vært i en uheldig pasienthendelse alltid får tilbud om støtte, hjelp eller oppfølging (figur 2), selv om det ikke er noe formelt system for ivaretagelse. Ingen av respondentene svarte «ingen» på spørsmålet om hvem det er som ivaretar anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse.

DISKUSJON

Lederne er ikke sikret gode verktøy for oppfølging

Det har vært et sterkt fokus på pasientsikkerhetsarbeid, ledet an av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» (9). Pasientsikkerhetsprogrammet nevner seks kjerneområder for ledere for å sikre trygge tjenester av god kvalitet. Her kommenteres viktigheten av leders møte med de medarbeidere som er direkte involvert i en uønsket hendelse *med støtte og veiledning til å jobbe videre og lære av hva som gikk galt* samt *Sikre at involverte pasienter/brukere og ansatte ivaretas etter uønskede hendelser*. Det gis

ingen føringer på hvilken måte dette skal eller bør gjøres på (9). I lys av dette er det interessant at bare halvparten av respondentene (n=16) i undersøkelsen vår er enige i at arbeidsplassen gir dem som leder gode nok verktøy til å kunne følge opp ansatte som har vært del av en uheldig pasienthendelse. Nærmest alle anestesisykepleierledere som svarte i undersøkelsen er enige i at å ha en prosedyre for oppfølging (97%) og et oppfølgingsprogram (87%) for slike ansatte er nyttig. Likevel er det bare 39% som opplyser at deres organisasjon har et oppfølgingsprogram for emosjonell støtte etter uheldig hendelse.

Nesten alle (n=28) lederne vi spurte svarte at det er lederen som tar seg av anestesisykepleierne etter en uheldig hendelse, og som henviser til oppfølgingsprogram. Det må forstås som at respondentene mener dette er en lederoppgave.

Alle blir ivaretatt på noen måte, men den kan oppleves tilfeldig

Ifølge våre repondenter blir anestesisykepleier alltid fulgt opp, men vi finner i fritekstsvaret at det kan bli tilfeldig:

«Debriefing skjer helt tilfeldig og helt personavhengig, ikke systemavhengig». En annen bemerker at «et veldig viktig tema, å følge opp ansatte som har behov for oppfølging etter en uheldig hendelse. Men for arbeidsplassen er det ofte vanskelig på grunn av begrenset ressurser. Driften går foran alt!».

I en norsk master-studie fra 2017 (10) hvor det ble gjort kvalitative intervju med sykepleiere forteller informantene at de har fått verdifull støtte fra arbeidssedet ved feil og uhell, men at ivaretagelse av den som har gjort feil kan bli tilfeldig. Det var ikke noe system for oppfølging eller samtale rundt uheldige hendelser med den eller de som er involvert.

Å bli «second victim» kan føre til alvorlige konsekvenser for den det gjelder

Helsearbeidere gjennomgår ulike stadier etter en slik hendelse (11). Disse stadiene er kaos og panikk, påtrengende refleksjoner og egne minner fra hendelsen, utfordringer med gjenopprettelse av egen integritet, utfordringer med å håndtere påkjenningen av undersøkelseskommissjonen, skaffe emosjonell førstehjelp og å bevege seg videre. Tilsvarende funn ble resultatet av et systematisk litteratursøk gjort i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2012 (12). Disse stadiene var så forutsigbare at forskerne mente

organisasjonene burde bruke denne kunnskapen til å utvikle støtteprogrammer for å hjelpe helsepersonell som har vært del av uønskede pasienthendelser (11).

Mer enn to tredjedeler av helsepersonell som har vært del av en uheldig hendelse rapporterer hukommelsesproblemer, angst, anger, sinne og engstelse. I tillegg opplever halvparten redsel for å begå feil i framtiden, forlegenhet og skyld. Noen har problemer med å få sove, andre synes det er vanskelig å fortsette i jobben sin (3).

Et slikt overveldende funn er et godt grunnlag for å argumentere for nødvendigheten av å sette støtte av helsepersonell i system.

Helhetlige og effektive støtteprogrammer er fordelaktig

Det umiddelbare behovet en sykepleier har etter en uheldig pasienthendelse er å få vite at hen fortsatt hadde både tillit og støtte fra både lederen og egne kollegaer (13). På en anestesivdeling i England ble det organisert et kollegaveiledningsprogram, fordi de antok at personalet var mer villige til å bruke kollegastøtte, i stedet for oppfølging utenfra. De mente at kollegastøtte oppleves som tryggere, ikke-dømmende, og uten at det som diskuteres blir dokumentert eller delt med ledere. Kollegastøtten ble ansett som mer lavterskel, ved at leddet ved å få noen, som lederen, til å henvise til oppfølging ble borte (14) .

En svensk studie (15) fant et gap mellom det helsepersonell følte de hadde behov for av støtte fra sin organisasjon, og hva som ble tilbudt. Dette bekreftes av en systematisk litteraturgjennomgang fra 2017 (16) som anbefalte at kunnskapen om hvilke psykologiske belastninger «second victims» gjennomgår bør være avgjørende for at beslutningstakere for å utvikle helhetlige og effektive støtteprogrammer. Det er det siste tiåret blitt gjort omfattende forskning på hvordan ta vare på helsearbeidere som har vært involvert i en uheldig pasienthendelse, og i likhet med våre respondenter så anbefaler de fleste studiene et formalisert støtteprogram. (3, 5, 11, 17, 18, 19, 20).

Flere typer støtteprogrammer har blitt utviklet. I USA kalles disse ofte *Employee Assistenst Program* (EAP), blant de mest kjente er RISE (Resilience in Stressfull Events) på Johns Hopkins Hospital (21). Etter hvert som flere slike støtteprogrammer vokser fram, vil forskingen på effekten av disse kunne danne et grunnlag for «best practices» (22), og kunne gi retning for mer systematisk oppfølging og kollegastøtte i norske helseinstitusjoner. Potensialet

er betydelig, som vist i en amerikansk studie (23) som fulgte implementeringen av et kollegastøtteprogram i en større anestesivdeling. Nesten alle (97 %) som fikk kollegaoppfølging av en trent kollega opplevde det som å være ekstremt eller veldig fordelaktig for dem (23).

Har anesthesisykepleiere særlig behov for støtte etter uheldige hendelser?

Forskningen på «second victim» som fenomen, tilsier at dette er problemstillinger som omfatter alle helseprofesjoner.

Hele 84 % av amerikanske anestesileger (24) har i løpet av sin karriere opplevd uventede, uheldige pasienthendelser som førte til død eller alvorlig skade på pasienten. Det er knapt en eneste anesthesi i Norge som gis uten anesthesisykepleier til stede. Anesthesisykepleier arbeider mye alene, anestesilege tilkalles ved behov. Dersom tallene fra den amerikanske studien er overførbare til anesthesiutøvelsen i Norge, betyr det at mange anesthesisykepleiere vil oppleve å komme ut for en uheldig pasienthendelse i sin yrkeskarriere. Det utfordrer anesthesisykepleierlederne, bare halvparten av våre respondenter mente de hadde gode nok verktøy for oppfølging.

I en mindre, amerikansk studie (25) fant man at 96 % av anesthesisykepleiere var tilfreds med måten arbeidsstedet håndterte uheldige hendelser når formell prosedyre/protokoll for dette var implementert. Studien konkluderte med at et støtteprogram og opplæringsprogram øker anesthesisykepleieres tiltro til sin egen mestringsevne. Som en av respondentene våre kommenterer; det er fare for at anesthesisykepleier kommer i konflikt med uerfarne anestesileger og anestesileger av utenlands bakgrunn som ikke er vant til å jobbe sammen med anesthesisykepleiere av skandinavisk modell. Anesthesisykepleieren og anestesilegen har en stor grenseflate med overlappende oppgaver og kompetanse (26). Det kan bidra til å gjøre anesthesisykepleiere mer sårbare for å få emosjonelle reaksjoner som «second victim», og dermed ha spesielt stort behov for oppfølging etter en uheldig pasienthendelse.

Behov for oppfølgingsprogram

Halvparten av respondentene svarer at deres arbeidsplass ikke har et oppfølgingsprogram, men nesten alle (28/31) oppgir at det ble tilbudt støtte til anesthesisykepleier som hadde vært involvert i en uheldig hendelse, uavhengig om de selv ber om det eller ikke. Det kan tyde på

at lederen mener at slik støtte er nødvendig. Ledene mente at slik støtte ble gitt av dem selv, altså nærmeste leder, eller av kollegaer. Fravær av etablert oppfølgingsprogram eller retningslinjer/prosedyrer er altså ikke det samme som at det ikke gis oppfølging etter en hendelse det kan være utfordrende å håndtere emosjonelt.

Ledere med størst lederspenn oppga at organisasjonen hadde retningslinjer / prosedyre for oppfølging. Bare 32 % av lederne med et lederspenn under 30 ansatte svarte det samme. Det tyder på at mangelen på slike systemer er størst i de minste organisasjonene. Det kan løses med sentrale initiativ og føringer. Kollegastøtteordning for helsepersonell, som er under utarbeiding av Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) (27), kan være starten på å sikre helsepersonell lik tilgang til oppfølging etter uheldige hendelser, uavhengig av hvor i landet de jobber.

Kun 23 % (7/31) ledere svarer at anestesisykepleiere får oppfølging av personell tilknyttet organisasjonens støtteprogram, selv om 39% (12/32) rapporterte at deres organisasjon har et oppfølgingsprogram for emosjonell støtte. Dette kan bety at selv steder med etablerte system for oppfølging, gis slik støtte av andre, som kollegaer eller lederen selv.

Styrker og begrensinger i studien

Det kan tenkes at å innhente data ved hjelp av strukturert intervju kunne gitt bedre data, enn ved å sende ut nettskjema via epost. Åpne spørsmål stilt i intervjusituasjon kunne gitt annen informasjon til å belyse tema. Rammen for prosjektet ga ikke mulighet til å gjennomføre intervjuer av store deler av utvalget.

I et lite utvalg er det større rom for tilfeldigheter enn i et større utvalg (28). Jo større utvalget er, jo mer representativt for populasjonen er den sannsynlig å være. Likevel kan små utvalg være representative, dersom populasjonen er ganske homogen (29). Anestesisykepleierledere er i utgangspunktet en liten gruppe, og nokså like med tanke på arbeidsoppgaver og utdanning. Når alle i en populasjon er invitert til å delta i en studie, beskrevet som *consecutive sampling*, er risikoen for bias betydelig lavere (29). Inviterte respondenter utgjør en stor andel av total-populasjonen av ledere for anestesisykepleiere. En svarprosent på 32 % gir en god representasjon fordi nærmest hele populasjonen var invitert til å delta.

Skjevhet i utvalget

En høy andel av respondentene svarte organisasjonen har prosedyre som beskriver hvordan ansatte skal følges opp etter en uheldig pasienthendelse (52 %, 16/31) og har et oppfølgingsprogram for å gi ansatte emosjonell støtte etter en uheldig hendelse (39 %, 12/31). Det er mulig at det er en seleksjons-bias ved at ledere som enten selv har vært engasjert i dette temaet, eller som arbeider i en organisasjon som har hatt fokus på dette var mer motiverte til å svare enn andre, noe som kan ha ført til en skjevhet i utvalget som kan ha hatt betydning for resultatet i denne studien. Siden antall respondenter er lavt, vil en skjevhet i utvalget kunne få store utslag på resultatene.

KONKLUSJON

Studien viser at selv om det finnes både prosedyrer og oppfølgingsprogrammer mange steder, så er det ikke etablert slike oppfølgingsystemer ved alle arbeidsplasser anestesisykepleiere jobber. Selv om vår studie viser at ledere og kollegaer gir støtte også når det ikke finnes formelle støtteprogrammer, så tilsier de alvorlige konsekvenser for den enkelte helsearbeider at organisasjonene bør sikre at slik hjelp og støtte gis.

Nasjonale retningslinjer for pasientsikkerhetsarbeid bør derfor vurdere å inkludere perspektivet «second victims» for å sikre systemer for oppfølging av helsepersonell i uheldige hendelser på alle arbeidsplasser.

Anestesisykepleierelederens svar indikerer at leder er en drivkraft for å ivareta og støtte anestesisykepleiere i etterkant av en uheldig. Som en videreføring av studiet kunne det vært interessant å undersøke hvordan anestesisykepleiere som har vært i en uheldig pasienthendelse opplever seg ivaretatt, av hvem og hvilke tiltak de verdsatte høyest. Videre hvor mange anestesisykepleiere som er kjent med om organisasjonen har støtteprogram, altså stille tilnærmet likt spørsmålsett til anestesisykepleierne og se om dette sammenfaller med det lederne rapporterer.

REFERANSER

1. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-30.
2. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal Publishing Group*; 2000. p. 726.
3. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. Philadelphia, Pa. :2019.
4. Strametz R, Fendel JC, Koch P, Roesner H, Zilezinski M, Bushuven S, et al. Prevalence of Second Victims, Risk Factors, and Support Strategies among German Nurses (SeViD-II Survey). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10594.
5. Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBHI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(9):2333-64.
6. HelseDirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientbehandling og kvalitetsforbedring 2019 - 2023. 2019.
7. Amdahl P. Vil ha mer system for kollegastøtte. *Sykepleien* 2019.
8. White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW, et al. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *J Healthc Risk Manag*. 2015;34(4):30-40.
9. Pasientsikkerhetsprogrammet. Ledelse av pasientsikkerhet - hva innebærer det? : HelseDirektoratet; 2017.
10. Vander-Elst E. Det er uakseptabelt, men menneskelig å feile Om hvordan helsepersonell opplever feil i pasientbehandlingen: Høgskolen i Hedemark; 2010.
11. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *BMJ Publishing Group Ltd*; 2009. p. 325.
12. Kirkehei I, Lindahl AK, Tinnå M, Nasjonalt kunnskapssenter for h. Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser. 2012. Report No.: 978-82-8121-4.
13. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. Sharing the load. Rescuing the healer after trauma. *RN*. 2008;71(12):38-40.
14. Slykerman G, Wiemers MJ, Wyssusek KH. Peer support in anaesthesia: Development and implementation of a peer-support programme within the royal Brisbane and women's hospital department of anaesthesia and perioperative medicine. *Anaesth Intensive Care*. 2019;47(6):497-502.
15. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Publishing Group Ltd*; 2014. p. 325.
16. Chan ST, Khong PCB, Wang W. Psychological responses, coping and supporting needs of healthcare professionals as second victims. *Int Nurs Rev*. 2017;64(2):242-62.
17. Pratt S, Jachna B. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth*. 2015;24(1):54-63.
18. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a "second victim" in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Barcelona* :2016. p. 11-9.
19. Liukka M, Steven A, Vizcaya Moreno MF, Sara-aho AM, Khakurel J, Pearson P, et al. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4717.
20. Choi EY, Pyo J, Ock M, Lee H. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. *J Adv Nurs*. 2022;78(9):2872-83.

21. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. 2016.
22. Vinson AE, Randel G. Peer support in anesthesia: turning war stories into wellness. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31(3):382-7.
23. Finney RE, Jacob A, Johnson J, Messner H, Pulos B, Sviggum H. Implementation of a second victim peer support program in a large anesthesia department. *AANA J.* 2021;89(3):235-44.
24. Gazoni FM, Amato PE, Malik ZM, Durieux ME. The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. *Anesth Analg.* 2012;114(3):596-603.
25. Stone L, Tyrey S, Muckler V, Vacchiano C. Point-of-Contact Assessment of Nurse Anesthetists' Knowledge and Perceptions of Management of Anesthesia-Related Critical Incidents. *AANA J.* 2017;85(1):55-60.
26. Ukkestad BA. Anestesioppgaver og profesjon Hvem gjør hva i morgen? : Universitet i Oslo; 2016.
27. Ukom - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. Kollegastøtteordning for helsepersonell. 2021.
28. Thrane C. Kvantitativ metode : en praktisk tilnærming. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2018.
29. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice.* 10th ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.

TABELLER

Tabell 1 Beskrivelse av utvalget

Tabell 1 Beskrivelse av utvalget - Ledere med lederansvar for anestesisykepleiere (N=31)

Kjennetegn	Ledere (N=31)	
	n	(%)
Ledernivå		
Førstelinjleder	12	(39)
Mellomleder	15	(48)
Øverste leder	3	(10)
Annet	1	(3)
Lederansvar for hvor mange anestesisykepleiere		
10 eller færre	7	(23)
11-30	15	(48)
31-50	6	(19)
Over 50	3	(10)
Type arbeidsplass		
Universitetssykehus	10	(32)
Lokalsykehus med akutfunksjon	16	(52)
Lokalsykehus uten akutfunksjon	2	(7)
Privat sykehus	3	(10)
Driftstype		
Døgkontinuerlig	24	(77)
Todelt dag/aften	2	(7)
Dagbehandling	5	(16)

Tabell 2: Forekomst og opplevelse av prosedyrer for ivaretaking av «Second victims»

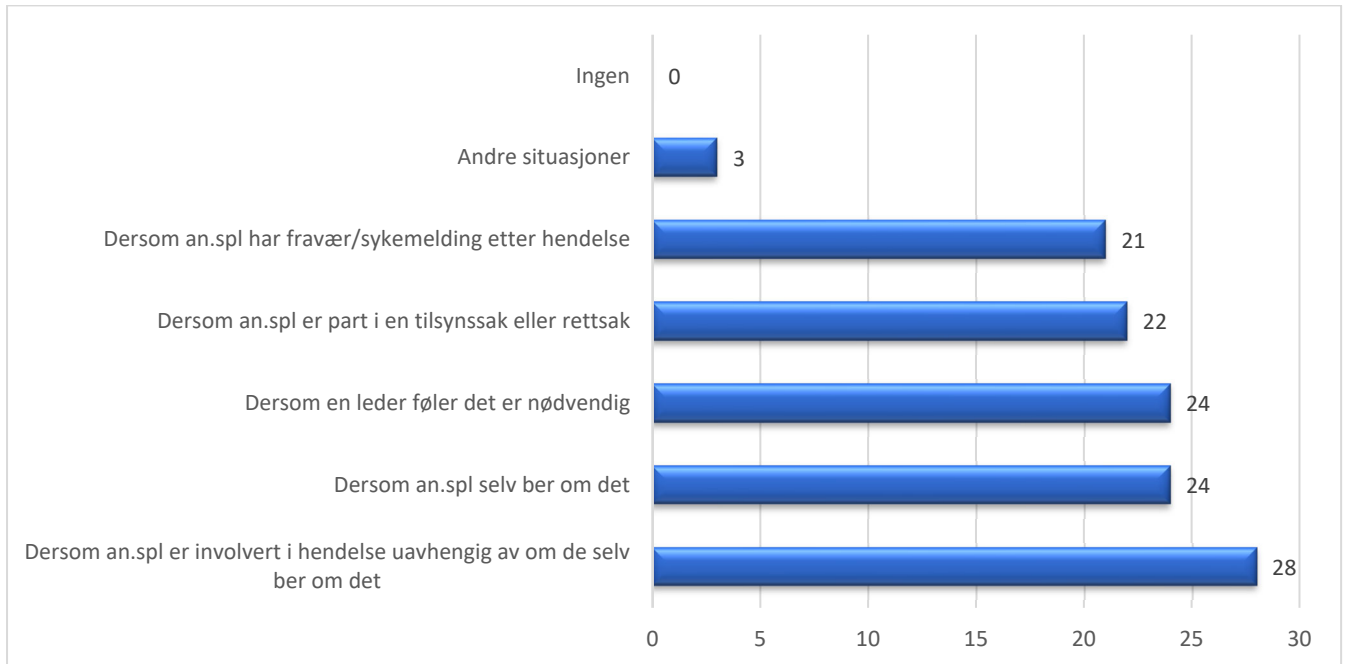
Tabell 2 Forekomst og opplevelse av prosedyrer for ivaretagelse av «Second victims» rapportert av ledere for anestesisykepleiere (N=31).

	Alle ledere (N=31)		Lederspenn <30 (n=22)		Lederspenn ≥30 (n=9)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Prosedyre for oppfølging i organisasjonen?						
Ja	16	(52)	7	(32)	9	(100)
Nei, men det er planer om å innføre det	4	(13)	4	(18)	0	(0)
Nei, og så vidt jeg vet finnes det ikke planer om å få det	7	(23)	7	(32)	0	(0)
Vet ikke	4	(13)	4	(18)	0	(0)
Prosedyre for oppfølging oppleves som nyttig						
Enig	30	(97)	21	(95)	9	(100)
Uenig	1	(3)	1	(5)	0	(0)
Vet ikke	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Oppfølgingsprogram i organisasjonen?						
Ja	12	(39)	7	(32)	5	(56)
Nei, men det er planer om å innføre det	4	(13)	3	(14)	1	(11)
Nei, og så vidt jeg vet finnes det ikke planer om å få det	9	(29)	7	(32)	2	(22)
Vet ikke	6	(19)	5	(23)	1	(11)
Oppfølgingsprogram oppleves som nyttig						
Enig	27	(87)	20	(91)	7	(78)
Uenig	1	(3)	0	(0)	1	(11)
Vet ikke	3	(10)	2	(9)	1	(11)
Ledere har gode nok verktøy for å følge opp ansatte						
Enig	16	(52)	10	(45)	6	(67)
Uenig	11	(36)	8	(36)	3	(33)
Vet ikke	4	(13)	4	(18)	0	(0)

FIGURER

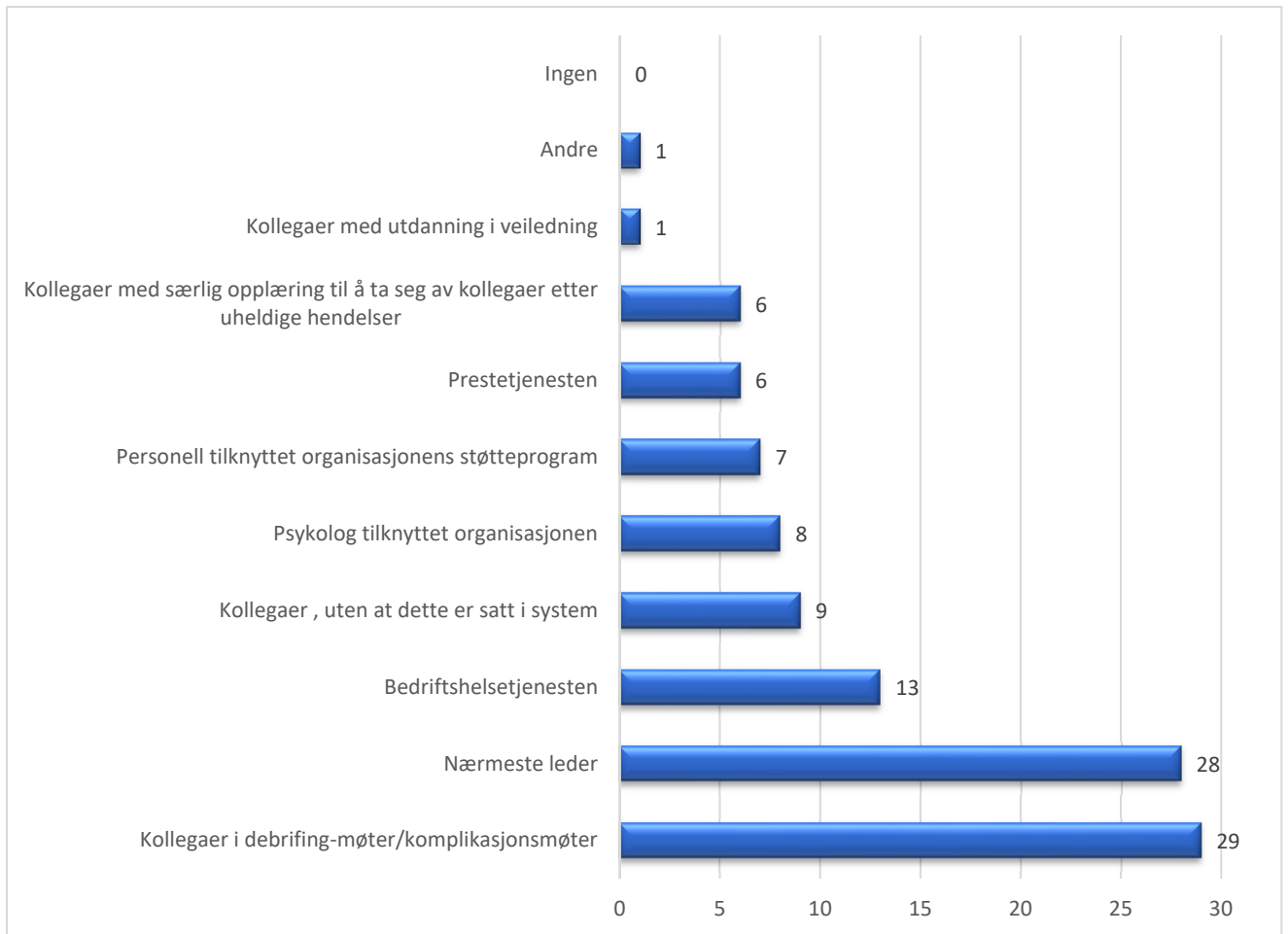
Figur 1: Situasjoner det blir tilbudt hjelp/oppfølging/støtte til anestesisykepleier

Figur 1 Situasjoner det blir tilbudt hjelp/oppfølging/støtte til anestesisykepleier (an.spl) (Flere valg mulig)



Figur 2: Hvem ivaretar anestesisykepleier etter en uheldig hendelse?

Figur 2 Hvem ivaretar anestesisykepleieren etter en uheldig hendelse (Flere svar var mulig).



VEDLEGG

Vedlegg 1: Forfatterveiledning, Sykepleien forskning

Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner. Vi tar imot originalartikler, litteraturstudier, diskusjonsartikler og kommentarer som bidrar med ny eller videreutviklet kunnskap og debatt innen sykepleiefaget.

Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Tidsskriftet skal bidra til å stimulere forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige, «Open Access», med en [CC BY 4.0-lisens](#). Originalartikler, oversiktsartikler og diskusjonsartikler er fagfellevurderte og regnes som vitenskapelige artikler. Alle artikler publiseres både på norsk og engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere. Sykepleien Forskning er et nivå 1-tidsskrift og er indeksert i Cinahl og Sherpa Romeo.

Før du sender inn manuskript for vurdering

Forskningsetikk

Arbeidet som beskrives i artikkelen, må ha vært gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>. Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering.

Forfatterskap

Følgende kriterier for forfatterskap skal være oppfylt:

- Forfatter(ne) skal ha bidratt vesentlig til idé og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
- Forfatter(ne) skal ha bidratt til utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
- Alle forfatterne skal ha godkjent artikkelversjonen som skal publiseres.
- Det skal være enighet blant forfatterne om å være ansvarlig for alle delene av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon eller integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt.

Personer som har bidratt til arbeidet, men som ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Interessekonflikter

I samsvar med internasjonal praksis ber vi alle manusforfattere om å fylle ut et skjema om interessekonflikter: https://sykepleien.no/sites/default/files/kartlegging_av_mulige_interessekonflikter.pdf. Erklæringen skal fylles ut og signeres av alle forfatterne og legges ved manuskriptet ved innsending i manushåndteringssystemet, og ikke sendes på e-post. Manuset vil ikke bli vurdert eller ferdigbehandlet før korrekt utfylt skjema er mottatt for alle forfatterne.

Finansiering

Oppgi finansieringskilde sist i artikkelmanuskriptet hvis relevant.

Språk

Manuskriptet skal være skrevet på norsk (bokmål eller nynorsk). Publisert artikkel oversettes til engelsk av et profesjonelt språktjenestebyrå.

Eksklusivitet

Manuskriptet kan ikke ha vært publisert i eller være til vurdering hos andre tidsskrifter. Dette må erklæres i følgebrev. Forskning hvor hele eller deler av resultatet er presentert i rapport til oppdragsgiver/finansieringskilde vil kunne bli vurdert etter nærmere avtale med redaktør.

Klargjøring av manuskriptet

Generelt om krav til struktur og format

- Tittelen skal være kort og konsis og aller helst presentere hovedfunn. Tittelen har som hovedhensikt å vekke interessen hos leserne. Den må derfor være lettfattelig og forståelig for våre målgrupper. Redaktøren avgjør tittelen.
- For originalartikler og oversiktsartikler skal det foreligge et strukturert sammendrag med følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, resultat, konklusjon (300 ord). Manuskriptet skal struktureres som følger: Introduksjon (maksimalt 600 ord), Metode inkludert etiske overveielser, Resultater, Diskusjon, inkludert diskusjon av studiens styrker og svakheter. Konklusjon.
- Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene skal være unike og ikke brukt i tittelen. For originalartikler og oversiktsartikler, angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.
- Sett inn tre kulepunkter som gir leseren et raskt innblikk i hva artikkelen tilfører av ny kunnskap eller innsikt, maksimalt 100 tegn inkludert kulepunkter og mellomrom. Klinisk nytte løftes frem hvis relevant. Punktene plasseres i hoveddokumentet på en egen side etter referansene med overskriften "Hva studien tilfører av ny kunnskap".
- For originalartikler og oversiktsartikler skal forfatterne følge [EQUATOR-retningslinjene](#) for rapportering av forskning og oppgi i følgebrevet hvilken av dem som er fulgt.
- Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer/tabeller. Disse skal være en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene), ha egne kortfattede titler og være selvforklarende. Tabellene og figurene må være presentert på en måte som løfter frem viktige budskap i artikkelen. Dersom man har sentrale tabeller og figurer utover dette, kan de legges ved som supplement til artikkelen.
- Referansene skal angis etter [Vancouver-systemet](#)
 - Referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i referanselisten.
 - DOI-nummer skal oppgis for tidsskriftsartikler.
 - Eksempler på korrekt føring av referanselisten:

Artikkel:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(5):668–81. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010)

Bok:

2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.

Kapittel i bok:

3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød*. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.

Rapport:

4. Melbye L, Ádnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053.

Rapporter og tilsvarende på nett:

5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).

Lover og forskrifter:

6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 18.02.2021).

NOU-er:

7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.

Stortingsmeldinger:

8. Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.

Doktoravhandlinger og tilsvarende:

9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan (doktoravhandling)*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.

Originalartikler – 3000 ord

En originalartikkel beskriver gjennomførte forskningsstudier av ulike typer forskningsdesign. Relevante undertitler kan benyttes for å fremme lesbarhet og forståelse. Originalartikler skal følge internasjonalt anerkjente standarder for rapportering av forskning, jf. [EQUATOR-retningslinjene](#).

Antall referanser begrenses til 35, og antall ord telles eksklusiv sammendrag, tabeller, figurer og referanser. Antall ord kan fravikes ved kvalitative studier, dette må begrunnes i følgebrev ved innsendelse av manuskriptet.

Oversiktsartikler – 3000 ord

En oversiktsartikkel beskriver en systematisk litteraturstudie som gir oversikt over tidligere forskning som er gjort i et fagområde. Målet er å oppsummere og evaluere og syntetisere forskning. En litteraturstudie kan ha som formål å finne ut hva det er forsket på og avdekke kunnskapshull hvor det mangler oppdatert forskning. Det finnes mange ulike former for litteraturstudier, og ulike typer litteraturstudier er ønskelig. Oversiktsartikler skal følge internasjonalt anerkjente standarder for rapportering av litteraturstudier, jf. [EQ UATOR-retningslinjene](#) ^{ef}.

Antall referanser som ikke inngår i resultatet av litteraturstudien begrenses til 35, og antall ord telles eksklusiv sammendrag, tabeller, figurer og referanser.

Diskusjonsartikler – 2000 ord

Akademisk diskusjon rundt aktuelle utfordringer og temaer innen sykepleie, helse, helsepolitikk, utdanning og forskning løftes og diskuteres kritisk og med grunnlag i relevant kunnskap og erfaringer. Målet med diskusjonsartikler er å stimulere til akademisk diskusjon og faglig debatt.

Begynn med en kort introduksjon hvor du gjør rede for hva du vil med artikkelen. Så følger en bakgrunn som presenterer artikkelens problemstilling underbygget av vitenskapelige referanser. Etter den vil det kunne være ulike deler som diskuterer problemet, underbygget av vitenskapelige referanser. Artikkelen bør avsluttes med en konklusjon eller avrunding hvor du kan trekke alt sammen uten å introdusere ny informasjon.

Sammendraget skal være kort og beskrive essensen av diskusjonsartikkelen. Maksimalt antall nøkkelord er fire (4), maksimalt antall referanser er 20.

Sjekkliste for innsending av manuskriptet

Innsending til tidsskriftet skal bestå av følgende separate dokumenter:

1. følgebrev til redaktøren
2. tittelside som inneholder følgende:
 - o tittel på manuskriptet
 - o forfatterens navn, akademisk tittel, stilling og arbeidssted
 - o kontaktperson med kontaktinformasjon
 - o antallet ord
 - o antallet figurer og tabeller
3. artikkelmanuskriptet
 - o Sjekk at antallet ord ikke overstiger ordrammen som er oppgitt for den aktuelle artikkeltypen.
 - o Sjekk at antallet tabeller og figurer ikke overstiger fem.
 - o Sjekk at tabeller og figurer har en kort, konsis og informativ tittel.
 - o Sjekk at referanser følger Vancouver-systemet og er i henhold til eksemplene her i forfatterveiledning.
 - o Sjekk av alle tidsskriftsartiklene i referanselisten har DOI-nummer.
4. signert erklæring om interessekonflikt

Alle dokumenter lastes opp i *Sykepleien Forsknings* manuskriphåndteringssystem ScholarOne via følgende adresse: <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning> ^{ef}

Vurderingsprosessen

I første omgang foretar redaktøren og/eller assisterende redaktør en vurdering av hvorvidt artikkelmanuskriptet oversendes til fagfeller for vurdering eller avslås. Redaktøren fatter beslutning på bakgrunn av fagfellevurderingene, assisterende redaktørs vurdering og egen vurdering. Det er tre mulige utfall etter fagfellevurderinger: a) manuskriptet aksepteres, b) større eller mindre revisjon anbefales, c) manuskriptet avslås.

Fagfellevurdering

Alle manuskripter vurderes normalt av minst to fagfeller. Forfatterne skal ved innsending av manuskriptet anbefale minst to fagfeller som er aktuelle med tanke på habilitet, og som har metodologisk og/eller substansiell kompetanse.

Vi tilstreber en rask vurderingsprosess fra innsendelse til beslutning og fra aksept til publisering. Fagfellene bes følge COPE – etiske retningslinjer for fagfeller.

Når manuskriptet er akseptert

Forfatterne får en e-post fra redaktøren når manuskriptet er akseptert for publisering.

Etter godkjenning sendes manuskriptet videre for teknisk og språklig bearbeiding, såkalt språkvask, og følges opp av manusredaktøren.

Sykepleien Forskning sørger for profesjonell oversetting av hele artikkelen til britisk-engelsk, inkludert sammendraget, tabeller og figurer. Kontaktforfatteren får tilsendt den oversatte versjonen til gjennomlesning før publisering.

Sist oppdatert: februar 2023

Vedlegg 2: Egenerklæring, mulige interessekonflikter

Kartlegging av mulige interessekonflikter

Navn: Marianne Haagenen Øien

Stilling/ tittel: Anestesisykepleier, student master i sykepleievitenskap

Arbeidssted: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

Manustittel: Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv.

I tråd med internasjonal praksis i helsefaglige vitenskapelige tidsskrifter ber **Sykepleien Forskning** alle artikkelforfattere om å besvare nedenstående spørsmål. Svarene får ingen konsekvenser for selve artikkelpubliseringen, men vi vil i manuskriptet informere om eventuelle og potensielle interessekonflikter.

NB! Dersom manuskriptet har flere forfattere ber vi deg som kontaktforfatter om å formidle dette skjemaet til disse, be dem om å fylle det ut og returnere på e-post til forskning@sykepleien.no. Hver enkelt forfatter må sende en egen e-post for å erklære eventuelle interessekonflikter. Manuskripter innsendt til Sykepleien Forskning blir ikke vurdert før denne habilitetserklæringen er innsendt og signert av alle manuskriptforfattere.

1. Har du i løpet av de siste fem år mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

Nei Ja

2. Har du i løpet av de siste fem år vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

Nei Ja

3. Har du aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

Nei Ja

4. Har du en binding, et livssyn, utfører du oppgaver eller innehar du et verv som kan påvirke din habilitet?

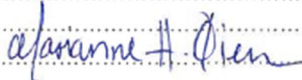
Nei Ja

5. Har du tilknytning som nevnt i forvaltningslovens § 6 første ledd (se side 2) til personer/aktører som omfattes av punkt 1-3 i dette skjemaet?

Nei Ja

Dersom du svarer ja på ett eller flere spørsmål, ber vi deg spesifisere nærmere:

.....
.....
.....

Sted/dato: Oslo, 11/5-23. Signatur: 

Vedlegg 3: Tillatelse til å bruke spørreskjema



Marianne Haagensen Øien <marianne.haagensen.oien@gmail.com>
til andwhite ▾

12. sep. 2019, 11:30 ☆ ↶ ⋮

Dear Mr White

I write to you regarding your article "Risk managers' description of programs to support second victims after adverse event" (2015).

At the moment I am working on my master thesis in Nurse Science at the University of Oslo, Norway.
I would like to ask your permission to use parts of your questionnaire in my survey. The respondents of the survey would be leaders for Nurse Anesthetist nationwide in Norway.

Sincerely,

Marianne Haagensen Øien
Master student / CRNA
University of Oslo / University Hospital of North Norway



Andrew A White <andwhite@uw.edu>
til meg ▾

12. sep. 2019, 17:05 ☆ ↶ ⋮

🗨️ engelsk ▾ > norsk ▾ [Oversett e-posten](#)

[Slå av for: engelsk](#) ✕

Hello Marianne

Certainly- feel free to use my survey or any component of it in your work. If you are able, would you share your findings with me someday? I'd be interested to hear what you learn.

Best wishes
Andrew White

Vedlegg 4: Invitasjon til deltakelse, tekst i epost:

Vil du delta i forskningsprosjektet «Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse – fra et lederperspektiv»?

Dette er en invitasjon til deg som er leder for anestesisykepleiere om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge oppfølgingen av anestesisykepleiere som har vært involvert i en uheldig pasienthendelse. Dersom du ikke er leder for anestesisykepleiere så setter vi pris på at du åpner skjemaet og svarer nei på første spørsmål.

Helsepersonell som har vært involvert i pasienthendelser som har ført til, eller kunne ført til, alvorlig skade eller død for pasienten omtales ofte i litteraturen som «second victim».

Pasienten er «first victim». Målet med studien er å kartlegge hvordan anestesisykepleiere som har vært delaktig i en uheldig pasienthendelse følges opp, og hva lederne rapporterer som organisasjonens plan for oppfølging av såkalte «second victims».

Hensikten er å fremskaffe kunnskap om hvilke systemer for oppfølging ved slike hendelser som finnes på norske anesthesiavdelinger.

Denne undersøkelsen er en del av datainnsamlingen til en masteroppgave i sykepleievitenskap, og resultatene vil bli presentert i en forskningsartikkel.

Universitet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Denne nettundersøkelsen blir sendt ut på epost til alle ledere for anestesisykepleiere som vi har tilgang på epostadressen til. Faggruppen Anestesisykepleierne NSF har bidratt til innsamlingen av disse epost-adressene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut spørreskjemaet som det er lenke til øverst i denne eposten. Det vil ta deg ca. 5 minutter. Svarene du gir i spørreskjemaet er ikke mulig å koble tilbake til deg eller ditt arbeidssted. Det blir ikke samlet inn noen personopplysninger om deg. Dine svar vil kun inngå i det samlede resultatet. Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil svare.

Svarfristen er to uker. Du vil motta én purring om en uke. Fordi vi ikke samler inn opplysninger om hvem som har svart, så vil alle motta purringen, også de som allerede har besvart undersøkelsen.

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Universitetet i Oslo ved masterstudent Marianne H. Øien, m.h.oien@stud.med.no eller veileder Professor Anne Moen, ved avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo Anne.moen@medisin.uio.no.

På forhånd, tusen takk!

Dette er en påminnelse til å svare på nettskjema til forskningsprosjektet «Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse – fra et lederperspektiv»

For en uke siden ble det sendt en invitasjon til deg som er leder for anestesisykepleiere om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge oppfølgingen av anestesisykepleiere som har vært involvert i en uheldig pasienthendelse.

Dersom du har svart, så vennligst se bort ifra denne påminnelsen.

Tusen takk for hjelpen - ha en fin dag!

Vedlegg 5: Spørreskjema

Kodebok lastet ned som tekstfil fra nettskjema.no

* Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv

* Variabel Etikett

lederansvar_anspl **Har du et lederansvar for anestesisykepleiere?**

1 Ja

2 Nei

ledernivaa **På hvilket nivå er du leder?**

1 Førstelinjeleder

2 Mellomleder

3 Øverste leder

4 Annet

antall_ansatte **Hvor mange anestesisykepleiere er du leder for?**

1 10 eller færre

2 11 - 30

3 31 - 50

4 Over 50

arbeidsplass_type **Hvilket alternativ beskriver best din arbeidsplass?**

1 Universitetssykehus

2 Lokalsykehus med akuttfunksjon

3 Lokalsykehus uten akuttfunksjon

4 Privat sykehus

5 Privat klinikk

6 Pre-hospital tjeneste

7 Annet

arbeidsplass_drift Hvilken type drift har dere på din arbeidsplass?

1 Døgnkontinuerlig

2 Todelt dag/aften

3 Dagbehandling

4 Annet

Har_prosedyre En prosedyre som beskriver hvordan ansatte skal følges opp etter en uheldig pasienthendelse?

Har_oppfølgingsprogram Et oppfølgingsprogram for å gi ansatte emosjonell støtte etter en uheldig hendelse?

1 Ja

2 Nei, men det er planer om å innføre det

3 Nei, og så vidt jeg vet finnes det ikke planer om å få det

99 Vet ikke

Prosedyre_nyttig En prosedyre for oppfølging av ansatte som har opplevd å være med på en uheldig pasienthendelse er nyttig

Oppfølgingsprogram_nyttig Et oppfølgingsprogram for ansatte som har opplevd å være med på en uheldig pasienthendelse er nyttig

Gode_verktoy_leder Min arbeidsplass gir meg som leder gode nok verktøy til å kunne følge opp ansatte som har vært del av en uheldig pasienthendelse

1 Enig

2 Uenig

99 Vet ikke

Situasjoner_oppfølging I hvilke situasjoner blir det tilbudt støtte/hjelp/oppfølging til anestesisykepleieren på din arbeidsplass?

- 1 Dersom anestesisykepleieren selv ber om det
- 2 Dersom en leder føler det er nødvendig
- 3 Dersom en anestesisykepleier er involvert i en uheldig pasienthendelse, uavhengig av om de selv ber om støtte eller virker som de trenger det
- 4 Dersom en anestesisykepleier er part i en tilsynssak eller rettssak
- 5 Dersom en anestesisykepleier har fravær og/eller sykemelding etter en uheldig pasienthendelse
- 6 Andre situasjoner
- 7 Ingen

Situasjoner_oppfølging_andre Hvilke andre situasjoner blir anestesisykepleieren tilbudt støtte/hjelp/oppfølging? Beskriv:

Hvem_ivaretar Hvem er det på din arbeidsplass som ivaretar og gir hjelp/støtte til anestesisykepleieren etter en uheldig hendelse?

- 1 Personell tilknyttet organisasjonens støtteprogram
- 2 Bedriftshelsetjenesten
- 3 Psykolog tilknyttet organisasjonen
- 4 Prestetjenesten
- 5 Nærmeste leder
- 6 Kollegaer (både anestesisykepleiere, anestesileger, operasjonssykepleiere, kirurger eller andre aktuelle) i de-briefing-møter/komplikasjonsmøter
- 7 Kollegaer med særlig opplæring i å ta seg av andre kollegaer etter uheldige hendelser
- 8 Kollegaer med utdanning i veiledning
- 9 Kollegaer, uten av dette er satt i system
- 10 Andre

11 Ingen

Hvem_ivaretar_andre Hvem andre er det som tar ivaretar og gir hjelp/støtte til anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse?

Henvisning Dersom din arbeidsplass har et oppfølgingsprogram/oppfølgingsteam: Hvordan blir en anestesisykepleier som har vært med på en uheldig pasienthendelse henvist dit?

- 1 Anestesisykepleieren henviser seg selv
- 2 Nærmeste leder, eller annen leder, henviser
- 3 Tilfeldig henvisning fra kollega
- 4 Automatisk henvisning (f.eks ved at et oppfølgingsteam kontakter den/de som har vært involvert i enhver uheldig hendelse)
- 5 Aktiv overvåking av behov for støtte meldes inn av kollegaer som er opplært til å oppdage at noen er plaget med emosjonelt stress
- 6 Annen måte
- 7 Vi har ikke et oppfølgingsprogram/oppfølgingsteam

Henvisning_andre På hvilken annen måte blir en anestesisykepleier som har vært med på en uheldig pasienthendelse henvist til oppfølgingsprogrammet/oppfølgingsteamet?

Beskriv:

Kommentarer_fritekst Har du noen kommentarer til dette temaet?

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	32
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	32
1.1.1 Historien om Laila.....	32
1.2 Begrepsavklaring	33
1.3 Valg av litteratur	34
1.3.1 Fagbøker	34
1.3.2 Forskningsartikler.....	35
2.0 TEORETISK FORANKRING	37
2.1 Helsepersonell sin rett til beskyttelse.....	37
2.1.1 Lovverk.....	37
2.1.2 Pasientsikkerhetsarbeidet som nasjonalt satsningsområde.....	38
2.2 Helsepersonell sitt behov for beskyttelse, ivaretagelse og støtte.....	39
2.3 Stressmestringsmodellen	41
3.0 OPPFØLGINGSPROGRAM FOR HELSEPERSONELL	44
3.1 Funn fra studien som kan ha betydning for praksis	44
3.2 Hva er det oppfølgingsprogram for helsepersonell vanligvis inneholder?	45
3.2.1 Tenk både individ og organisasjon.....	45
3.2.2 Formelle ordninger for kollegastøtte	45
3.2.3 Et formelt støtteprogram bør være oppsøkende	48
3.2.4 En pause fra klinisk arbeid	48
3.2.5 Støtte på kort og lang sikt.....	49
3.2.6 Gjør oppfølgingsprogrammet kjent	49

4.0 FORSLAG PÅ NASJONALT PROGRAM FOR OPPFØLGING AV HELSEPERSONELL ETTER UHELDIG PASIENTHENDELSE.....	50
4.1 Hvorfor trenges det et nasjonalt program?.....	50
4.1.1 Lailas historie	50
4.2 Hva et nasjonalt program for oppfølging av helsepersonell etter uheldig pasienthendelse bør inneholde?	52
4.2.1 Før uønskede hendelser skjer	52
4.2.2 Etter en uønsket hendelse har skjedd.....	53
5.0 KONKLUSJON.....	56
6.0 REFERANSER.....	58

MASTEROPPGAVENS DEL 2:

REFLEKSJONSOPPGAVE

Ivaretagelse av ansatte etter uheldige hendelser - Studiets implikasjon for praksis

Antall ord: 6594

1.0 INNLEDNING

Refleksjonsoppgaven er en oppfølging av masteroppgavens artikkel (Øien, 2023). Den tar for seg hvordan oppfølging og ivaretagelse av helsepersonell etter uheldig pasienthendelse burde skje, og skisserer et forslag til oppfølgingsprogram.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Historien om Laila

Et par år inn i min karriere som anestesisykepleier opplevde jeg at en av de mest erfarne anestesisykepleierne på min avdeling gjorde en alvorlig feil som kunne ha kostet pasienten hennes livet. Laila var en kollega som jeg så opp til og hadde stor faglig, respekt for.

Laila forvekslet to medisinampuller da hun skulle vekke pasienten sin fra narkose. Hun skulle gi en milliliter av et medikament som reverserer virkningen av muskelblokkerende legemiddel, men tok feil ampulle og ga isteden en milliliter med et svært potent, ufortynnet medikament som brukes til å øke lavt blodtrykk under operasjoner. Pasienten fikk øyeblikkelig hjertestans. Laila skjønnte straks hva som hadde skjedd, fikk startet med hjertekomperasjoner og tilkalt hjelp og hjertestarter. Pasienten fikk et støt av hjertestarter og normal hjerterytme kom tilbake.

Selv om pasienten overlevde, så hadde feilen Laila gjorde satt pasienten i livsfare. Hendelsen satte dype spor, selvsagt hos pasienten, men også hos Laila. Hun har fortsatt ikke kommet over den.

Hendelsen ga meg en skrekk. Om dette kunne skje en så erfaren og dyktig anestesisykepleier, så kunne det skje oss alle. Også meg. Men det som gjorde mest inntrykk var å se hva dette gjorde med henne. Hun fikk problemer med å gi anestesi igjen. Hun var delvis sykemeldt en periode, før hun igjen begynte å jobbe. Da ville hun helst ha oppgaver med koordinering og vaktledelse, ikke pasientbehandling. Etter en stund sluttet hun. Hun har ikke kommet tilbake til yrket igjen. Laila ble traumatisert av å gjøre en feil på jobben. Hun ble et «second victim».

Jeg ønsket å bidra til at det ikke ble flere Laila-er. Det er ikke mulig å forhindre at feil og uheldige pasienthendelser skjer, men det er mulig å gjøre noe for at fagfolk som blir involvert i en uventet uheldig pasienthendelse, en feil eller pasientskade, skal klare å håndtere det i ettertid og fortsatt kunne klare å stå i jobben sin.

Laila ble tatt vare på av kollegaer og av egen leder. Men sykehuset hadde ikke noe oppfølgingsprogram for «second victims», som henne. Jeg begynte å spørre kollegaer på andre sykehus om deres arbeidsplass hadde noe system for oppfølging, og fikk inntrykk av at det ikke var noe som var så vanlig.

Det ble bakgrunnen til at jeg valgt å undersøke forekomsten av systemer for oppfølging av «second victims» tilgjengelig på norske anesthesiavdelinger som tema for masteroppgaven.

Artikkelen «*Systemer for ivaretagelse av anesthesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv*» (Øien, 2023) presenterer funn fra et spørreskjema som ble sendt til alle landets anesthesisykepleierledere. Der fant vi at det ikke er etablert oppfølgingssystemer ved alle arbeidsplasser anesthesisykepleiere jobber, til tross for at ledere mener dette er viktig (Øien, 2023).

I refleksjonsoppgaven ønsker jeg å følge opp dette, og se på hvordan studiets funn kan ha implikasjoner for praksis.

1.2 Begrepsavklaring

I spørreskjemaet som respondentene i studien «Systemer for ivaretagelse av anesthesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse – fra et lederperspektiv» (Øien, 2023) svarte på var tre viktige begreper definert på følgende måte:

Second victim

Et «second victim» er når en helsearbeider involvert i en uventet uheldig pasienthendelse, medisinsk feil og/eller en pasientskade, selv blir et offer ved at helsearbeideren blir traumatisert av hendelsen (Scott et al., 2009).

Uheldig pasienthendelse

Med «uheldig pasienthendelse» menes her en alvorlig og utilsiktet hendelse som har oppstått mens helsehjelp ble gitt, eller ved mangel på helsehjelp, og som enten har ført til eller kunne ført til, alvorlig, utilsiktet skade eller død for pasienten. Det er i spørsmålene ikke lagt vekt på om anestesisykepleieren har skyld i hendelsen eller ikke (Øien, 2023).

I myndighetsdokumenter benyttes ofte begrepet «uønsket pasienthendelse». Uheldig pasienthendelse forstås her som synonymt med uønsket pasienthendelse.

Prosedyre

Med «prosedyre» menes en skriftlig nedtegnet framgangsmåte for å utføre en aktivitet eller prosess i en konkret situasjon (Øien, 2023).

Oppfølgingsprogram

Med «oppfølgingsprogram» og/eller «oppfølgingsteam» menes her at det finnes et igangsatt system med hensikt å ha systematisk oppfølging av såkalte «second victims», altså helsepersonell som har vært en del av en uheldig pasienthendelse. Dette kan ha et annet navn ved din arbeidsplass (eksempelvis «Kollegastøtteordningen» eller «EFOK – Emosjonell førstehjelp og krisehåndtering») (Øien, 2023).

Disse begrepene blir brukt og forstått på samme måte i denne refleksjonsoppgaven.

1.3 Valg av litteratur

1.3.1 Fagbøker

Det er særlig to fagbøker som har satt det å ivareta helsepersonell på agendaen i Norge. Disse danner derfor en grunnmur i denne refleksjonsoppgaven.

Den ene er «Når noe går galt. Fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjeneste» av teolog og profosser i etikk, Terje Mesel (2014). Boken gjengir dybdeintervjuer med til sammen 23 leger, psykologer og sykepleiere som har vært i situasjoner der noe gikk galt, altså

helsepersonell som har vært med på en uheldig pasienthendelse. Mesel er opptatt av refleksjonen rundt og håndteringen av de ulike hendelsene.

Den andre boken er «Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?» av de to psykologspesialistene Marie Haavik og Siri Toven (Haavik & Toven, 2020). Denne er skrevet som støtte til profesjonelle hjelpere som sykepleiere, vernepleiere, leger og andre. Hensikten er å gi dem verktøy og kunnskap om hvordan beskytte seg mot, og forebygge emosjonelle belastninger.

For å sette seg inn i håndtering av traumatiske opplevelser på jobben, er det naturlig å se til krise- og belastningspsykologien. Belastningsreaksjoner har vært tabu. Noe som må bæres i taushet, ensomhet og skam (Isdal, 2023). Høgsteds bok «Grunnbok i belastningspsykologi. Forebygging av primær og sekundærtraumer ved psykiske krevende arbeid» (2023) er tabubrytende og vil hjelpe hjelpere til å føle seg som normale mennesker med normale reaksjoner, skriver den kjente norske psykologspesialisten og psykoterapeuten Per Isdal (Isdal, 2023) i forordet til Høgstads norske utgave av boken. Boken retter seg mot personer med høyrisikjobber, som helsepersonell typisk har. Høgsted har delt opp boken i tre; Påvirkningene, reaksjonene og strategiene, altså hva som kan hjelpe. Særlig hennes siste del om strategiene som er særlig interessant for denne refleksjonsoppgaven. Hva er det man som organisasjon, som leder, gruppe og individ kan gjøre? (Høgsted, 2023).

1.3.2 Forskningsartikler

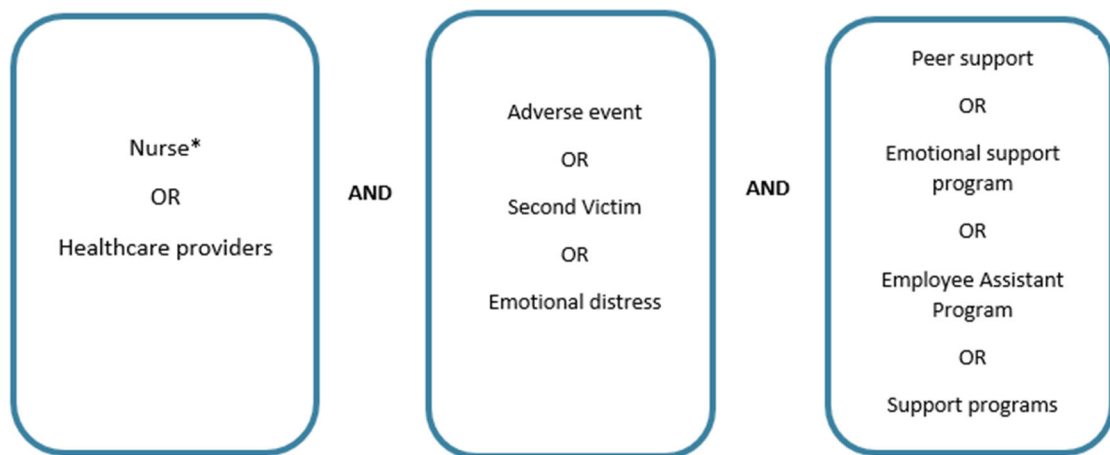
Jeg har valgt å ta utgangspunkt i forskningsartiklene som vises til i artikkelen «Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse – fra et lederperspektiv» (Øien, 2023) i refleksjonsoppgaven. Relevante søkerord er funnet i disse artiklene.

For å finne andre, relevante forskningsartikler som viser effekt av oppfølgingsprogram har jeg gjort litteratursøk i databasene Oria og PubMed.

Søketabell (Søk & Skriv, 2023) er benyttet til hjelp med søketeknikken (se figur 1). Det er kun søkt etter forskningsartikler fra de siste fem år. Søket ga 33 treff i PubMed, derav ble elleve artikler inkludert. Tre av disse er også brukt i artikkelen (Øien, 2023) Artiklene ble valgt ut fra å lese abstraktene. Kun artikler som inkludere sykepleiere og som omhandler

erfaringer med oppfølging etter uheldig hendelser (adverse events) ble ansett som interessante for denne refleksjonsoppgaven.

Figur 1: Søkertabell



2.0 TEORETISK FORANKRING

I dette kapitlet presenteres det lovmessige, politiske og faglige forankringen for å ha formelle systemer for oppfølging av helsepersonell etter uheldige pasienthendelser.

2.1 Helsepersonell sin rett til beskyttelse

2.1.1 Lovverk

Sykepleiere har det samme rettsvernet som andre arbeidstakere. I det norske lovverket er det i hovedsak Arbeidsmiljøloven (2005) § 1-1 som gir ansatte rettigheter og beskyttelse. I formålet til loven står det:

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er:

- a) *å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet,*

Det betyr at vi som arbeidstakere har rett til et arbeidsmiljø som gir oss trygghet mot psykiske skadevirkninger. I dette burde det ligge å bli beskyttet mot å bli emosjonelt traumatisert etter uheldige hendelser som skjer som en del av ditt arbeide.

Studien avdekker at det er ulikt hvilken måte helsepersonell får oppfølging for å håndtere det emosjonelle stresset etter å ha vært en del av en uheldig pasienthendelse. Ikke alle arbeidsteder har prosedyrer eller oppfølgingsprogrammer tilgjengelig (Øien, 2023).

Arbeidsmiljøloven er mangelfull når det kommer til det psykososiale arbeidsmiljøet. Arbeidsmiljøloven med forskrifter er tradisjonell HMS-tekning hvor målet er færrest mulig fysiske skader og ulykker. Med unntak av noen bestemmelser om vold og trusler om vold, finnes det ingen spesifikke reguleringer om det psykososiale arbeidsmiljøet i forskriften, påpeker fagsjef og advokat i Unio, Henrik Dahle i et innlegg (Dahle, 2022).

Krisepsykolog Høgsted har skrevet en bok om forebygging av primær og sekundær traumatisering ved psykisk krevende arbeid; «Grunnbok i belastningspsykologi» (2023). Der peker hun på at det overordnede ansvaret for både det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet er både juridisk og moralsk alltid organisasjonens. Om organisasjonen operer i det mentale høyriskoområdet så er det viktig å utarbeide god personalpolitikk for området. Det vil si en personalpolitikk som reelt sett setter lederne i stand til å lede arbeidet på en slik måte at teamene og den enkelte ansatte har verktøy til å håndtere den risiko jobben innebærer.

2.1.2 Pasientsikkerhetsarbeidet som nasjonalt satsningsområde

I Norge har det vært et sterkt fokus på pasientsikkerhetsarbeid, ledet an av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» (Helsedirektoratet, 2023).

Pasientsikkerhet har altså vært et nasjonalt satsningsområde og som en del av dette har det vært fokusert på åpenhet om feil. Men selv om det nevnes at de ansatte skal ivaretas etter uønskede hendelser, så gis det ingen føringer på hvilken måte dette skal eller bør gjøre på.

I januar 2021 kom det ut en rapport fra Healthcare Safety Investigation Branch (2021) i England som handler om ulike ordninger for ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige hendelser. Med den som utgangspunkt, startet Ukom i Norge et arbeid med å se på ulike kollegastøtteordninger. De vil forsøke å identifisere ulike suksesskriterier som bør være til stede for at ordningene skal fungere. Denne rapporten er nå i sin slutfase, og det forventes snarlig ferdigstilling og publisering (Ukom - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, 2021).

Samtidig har Helsedirektoratet startet et prosjekt kalt «Når skaden er skjedd – ivaretagelse av pasienter, pårørende og medarbeidere etter uønskede hendelser, i avdeling for

kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, Helsedirektoratet». Prosjektlederen for dette prosjektet har, sammen med avdelingsdirektør i Helsedirektoratet skrevet en kronikk der de framhever at nettopp støtte fra kollegaer skaper trygghet og fremmer åpne diskusjoner og læring (Joy Buikema Fjærtøft & Advocaat-Vedvik, 2021). De påpeker at kollegastøtte og kulturendringer er viktige tiltak for å forebygge og håndtere de emosjonelle og faglige belastningene på involverte helsepersonell.

Det arbeidet som er satt i gang i både Helsedirektoratet og i Ukom tyder på at denne problemstillingen er noe som begynner å få mer oppmerksomhet på myndighetsnivå. Forhåpentligvis er dette starten på mer konkrete tiltak, gjerne som en del av pasientsikkerhetsarbeidet og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

2.2 Helsepersonell sitt behov for beskyttelse, ivaretagelse og støtte

Har helsepersonell et særskilt behov for beskyttelse, ivaretagelse og støtte? Helsepersonell som sykepleiere jobber med folk, med liv og død. Det er grunn til å tro at relasjonelt arbeid i seg selv kan være belastende. Det er forskjell på å jobbe med ting og med mennesker (Hagen & Jensen, 2022).

Den danske krisepsykologen Rikke Høgsted (2023) bruker begrepet «mental høyrisikojobb» om arbeid der ansatte blir konfrontert med voldsomme hendelser som ulykker, traumer og død, eller der det på andre måter stilles krav til det å håndtere smertefulle følelser. Hun inkluderer sykepleie som en slik type mental høyrisikojobb (Høgsted, 2023). Jeg opplever at begrepet på en presis måte setter ord på at den emosjonelle belastningen sykepleiere utsettes for kan være en risiko. På lignende vis omtaler teolog og professor i etikk Terje Mesel i boken *Når noe går galt* det som å være i moralske risikosoner, der vi utfører arbeid som kan påføre skade på pasienter, kollegaer og en selv (Mesel, 2014). Å gå fra å være hjelperen til å bli en som skader en pasient kan bli vanskelig å håndtere.

Ivaretagelse av den enkelte må skje i et systemperspektiv, ifølge Haavik og Toven (2020). Risikoen for å bli syk eller skadet av den emosjonelle smerten en opplever på jobb blir mindre dersom en blir tatt vare på. Kollegaer, ledere og systemet rundt må bidra (Haavik & Toven, 2020).

For mange vil kollegaene være de nærmeste til å hjelpe med å håndtere de emosjonelle reaksjonene etter en uheldig hendelse. Terje Mesel gjorde dybdeintervjuer med 23 helsearbeidere som fortalte ham sine historier om «når noe går galt». I sine vurderinger av funnene peker han på at kollegiet er stedet for håndtering. Det er kollegaer som forstår situasjonen og de faglige utfordringene, og som virkelig er i stand til å gi god hjelp. Han mener at mange kunne ha utbytte av psykolog eller psykiater, men at den umiddelbare håndteringen og gjennomgangen etter feil og uheldige hendelser bør gjøres sammen med en trygg og erfaren kollega som kjenner faget (Mesel, 2014).

I Mesel sin analyse av egne funn, peker han på at feil og uheldige hendelser bør settes på dagsorden, ikke forbigås i stillhet. Det er to elementer som bør være på plass i gjennomganger etter uheldige hendelser, ifølge hans informanter:

1. Det bør være en rutine at når uheldige ting inntreffer, skal man tilbys oppfølging. Det burde også muligens forventes å ta imot tilbud om oppfølging. Det bør ikke være et tilbud man selv er nødt til å oppsøke.
2. En slik gjennomgang av hendelsen bør ha to nivåer. Det første nivået er muligheten for følelsesmessig «utlufting», styrt av behovet der og da. Det andre nivået er en saklig, klinisk gjennomgang av saken. Den bør først komme når situasjonen har roet seg ned. Det bør ikke være en jakt på syndebukker, men et forsøk på å forstå hendelsen (Mesel, 2014).

Det er altså å forstå at Mesel anbefaler at helsepersonell som har vært i uheldige pasienthendelser rutinemessig og systematisk får oppfølging. Oppfølgingen består av oppfølging i to trinn, der den første har fokus på å få utløp for umiddelbare følelser. Også Høgsted (2023) omtaler to typer psykologisk oppfølging som kan ligne de to trinnene som Mesel anbefaler. Den ene kaller hun *psykologiske defusing* eller avlastningssamtale. Dette er en delvis strukturert gruppesamtale ledet av en person som er trent i metoden, men ikke nødvendigvis psykologisk utdannet. Formålet er å skape en felles forståelse av den kritiske hendelsen, samt å orientere om vanlige krisereaksjoner og vurdere videre støttetiltak. Den andre kaller hun *psykologiske debriefing*. Det beskriver hun som en strukturert gruppesamtale for personer som har vært involvert i en meget belastende opplevelse. Målet er å forebygge

traumatisering. Debriefing ledes ofte av en profesjonell, som en psykolog eller psykiater. Den kan ledes av en erfaren fagperson som har samme profesjon som de som skal debriefes. Her snakkes det om de følelsesmessige og kroppslige reaksjonene som en hadde, og hvordan en har det nå. Hvordan både gruppen og den enkelte kan komme videre, og hvordan de kan hjelpe hverandre blir også diskutert. I en psykologisk debriefing vil leder av gruppa kunne bruke gruppesamtalen til å vurdere om det er enkeltpersoner som trenger ytterligere oppfølging og hjelp. Vil slike gjennomganger og gruppesamtaler være til hjelp for å håndtere følelsesmessige og kroppslige reaksjoner etter traumatiske hendelser?

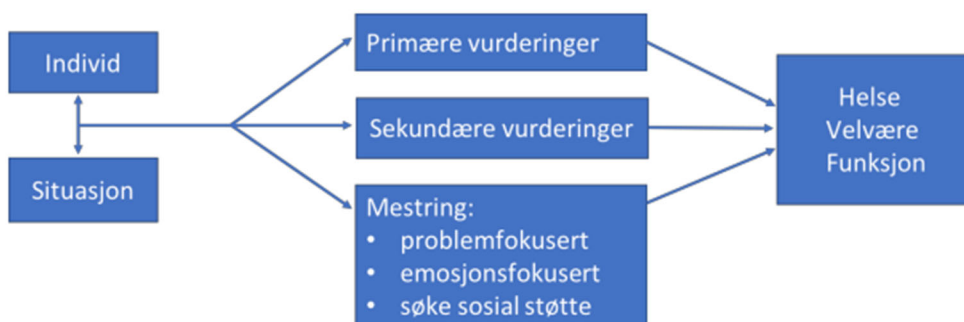
På oppdrag fra Helsedirektoratet fikk Folkehelseinstituttet i 2021 i oppdrag å lage en systematisk kunnskapsoppsummering over den forskningen som finnes på psykologisk debriefing. Formålet var å få et kunnskapsgrunnlag om effekten av psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser. Rapporten kom i fjor, og konkluderte med at det manglet forskningsbasert kunnskap på denne problemstillingen og derfor ikke kunne trekke noen konklusjon om effekt av psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser. De anbefalte forskning på dette. (Meneses Echavez, Borge, Nygård, Gaustad, & Hval, 2022). Vi vet altså ikke om psykologisk debriefing fungerer.

2.3 Stressmestringsmodellen

Stressmestringsmodellen utarbeidet av de amerikanske psykologene og forskerne Richard Lazarus og Susan Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) forstår stress og mestring som et samspill mellom både individet og omgivelsene. Bakteppet for utviklingen av modellen er fysiologisk forskning på fysiske og psykiske stressreaksjoner hos militært personell. (Vågan et al., 2019).

I en fagrappport fra Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (Vågan et al., 2019) har forfatterne illustrert stressmestringsmodellen med en figur som viser sammenhengen mellom de ulike deler av stressmestringen (se figur 2).

Figur 2: Stressmesstringsmodellen til Lazarus og Folkman (1984) (Figuren er bearbejdet av Vågan et al. (2019)).



Lazarus og Folkmans arbeider retter seg ikke spesifikk mot helsepersonell, men det er en del av deres beskrivelser i modellen, og senere hvordan Lazarus (Lazarus, Folkman, & Visby, 2006) omtaler posttraumatisk stress, som kan ha overføringsverdi til måten organisasjoner og ledere ser på både forebygging av traumer og oppfølging av helsepersonell som har stått i situasjoner som har vært svært belastende for dem. Selve begrepet «post» traumatisk henviser til en situasjon eller hendelse, og det er mulig at selve hendelsen blir gitt for stor betydning, mener Lazarus. Han påpeker at det er tydelige, vitenskapelige bevis som viser at det kun er en liten del av dem som har vært utsatt for traumatiske hendelser som utvikler posttraumatisk stress (Lazarus et al., 2006). Altså, det er å forstå at individets personlige egenskaper spiller en stor rolle.

Det er interessant, særlig fordi dagens psykologspesialister anbefaler at både individet selv og arbeidsplassen som gruppe bør ta forebyggende grep som gir den enkelte økt motstandskraft og mestringssevne til å kunne håndtere uønskede og mulig traumatiserende hendelser (Høgsted, 2023; Haavik & Toven, 2020). Fra mitt kliniske virke har jeg inntrykk av at det i hovedsak jobbes for å forhindre uheldige situasjoner, ikke å gjøre hver og en i personalgruppen best mulig rustet til å håndtere slike situasjoner.

Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, 2023) har uttalt ønske om å åpenhet og læring av uønskede hendelser, og retter den forebyggende innsatsen inn mot tiltak for å

minimere risikoen for at hendelser skjer, og gjentar seg. Det er liten forebyggende innsats rettet mot individet.

I modellen ligger det en kognitiv vurdering, som Lazarus og Folkman (1984) kaller for *primære og sekundære vurderinger*. Primære vurderinger er hvordan en vurderer om hendelsen har konsekvenser for en selv. Sekundære vurderinger er vurderinger av hva som må gjøres, altså hva kan jeg gjøre med problemet. De argumenterer for at både de primære og sekundære vurderingene skyldes egenskaper hos den enkelte personen («internal demands») og egenskaper ved situasjonen («external demands»). Stressmestringsmodellen må derfor forstås som relasjonsorientert. Oppfatningen av en situasjon som en trussel mot egen helse, er ikke kun et uttrykk for personlig egenskap. Den er heller ikke kun et uttrykk for egenskaper ved situasjonen, skriver Vågan et al. (2019).

Stressmestringsmodellen beskriver tre former for mestring; Problemfokusert mestring, emosjonsfokusert mestring og å søke sosiale støtte som mestringsform. Problemfokusert mestring retter seg mot å forsøke å løse, håndtere eller endre det som forårsaker stresset. Emosjonsfokusert mestring fokuserer på å regulere de emosjonelle reaksjonene som situasjonen har forårsaket. I tillegg er det en vanlig mestringsstrategi å søke sosial støtte. De tre mestringsformene kan benyttes om hverandre (Vågan et al., 2019).

Selv om stressmestringsmodellen ble til på 80-tallet, så finner vi en stor likhet mellom stressmestringsmodellens tre former for mestring og de funnene som ble gjort i en meta-analyse fra 2020 (Isolde M. Busch et al.) som undersøkte mestringsstrategiene til «second victims». De fant at oppgave- og følelsmessig orienterte strategier var hyppig benyttet, og anbefalte at disse mestringsstrategiene bør undersøkes nærmere for å finne hvordan de påvirker «second victim» på profesjonelt og personlig plan.

3.0 OPPFØLGINGSPROGRAM FOR HELSEPERSONELL

Internasjonale studier anbefaler å innføre formaliserte støtteprogrammer for ansatte som har opplevd alvorlige, uheldige hendelser (Isolde M. Busch et al., 2019; Cabilan & Kynoch, 2017; Liukka et al., 2020; Pratt & Jachna, 2015; Rinaldi, Leigheb, Vanhaecht, Donnarumma, & Panella, 2016; Scott et al., 2009)(Wolf, Smith, Basu, & Heiss, 2023)

3.1 Funn fra studien som kan ha betydning for praksis

I min studie (Øien, 2023) mente nesten alle respondentene at en prosedyre for oppfølging av ansatte som har opplevd å være med på en uheldig pasienthendelse er nyttig, likeledes at et oppfølgingsprogram er nyttig. Likevel er det bare omtrent halvparten som oppgir at deres organisasjon har en slik prosedyre, og enda færre (39 %) har et oppfølgingsprogram for å gi ansatte emosjonell støtte etter en uheldig pasienthendelse.

Det er et paradoks at ikke mer enn halvparten av de spurte anestesisykepleierlederne rapporterte at deres organisasjon har en prosedyre eller et oppfølgingsprogram, når nesten alle mener det er nyttig. Det forteller at slike programmer ikke er systematisk innført.

Spesielt i små sykehus er det fravær av prosedyrer og/eller program for oppfølging av ansatte etter uheldig pasienthendelse (Øien, 2023).

Det er oppløftende at studien viser at det tross alt er både prosedyrer og oppfølgingsprogram til stede på mange arbeidssteder, selv om dette ikke er noe nasjonalt krav (Øien, 2023). Det betyr at det finnes erfaringer innen norsk helsetjeneste med å innføre og drifte slike støtteprogrammer. Slike erfaringer er et fint utgangspunkt for kunnskapsdeling med mål om å samordne tiltak eller anbefale nasjonale retningslinjer for oppfølging av anestesisykepleiere, og andre yrkesgrupper som har opplevd uheldige hendelser med alvorlig pasientskade.

Funnene fra studien kan bidra som en motivasjon til å samordne tiltak eller anbefale nasjonale retningslinjer for oppfølging av både anestesisykepleiere og annet helsepersonell som har opplevd uheldige hendelser.

3.2 Hva er det oppfølgingsprogram for helsepersonell vanligvis inneholder?

Selv om de fleste sykehus og medisinske senter i verden ikke har oppfølgingsprogram for «second victim» (Isolde Martina Busch et al., 2021; Marr, Goyal, Quinn, & Chopra, 2021), så finnes det steder i helsetjenesten verden over som har igangsatt ulike strategier for å møte utfordringene for helsepersonell etter uheldige pasienthendelser. De kan i hovedsak deles inn i strategier for individet og for organisasjoner (Kappes, Romero-García, & Delgado-Hito, 2021).

3.2.1 Tenk både individ og organisasjon

Personer sine individuelle mestringsstrategier er i første rekke å identifisere og forstå situasjonen (Kappes et al., 2021). Deretter er det flere stadier som inkluderer vurderinger av hva som må gjøres og hva en selv kan gjøre med situasjonen, også inngående beskrevet i tidligere forskning av Scott et al. (2009). Dette ligner på det som i stressmestringsteorien til Lazarus and Folkman (1984) beskrives som individets primære og sekundære vurderinger (se redegjørelse av stressmestringsteorien i kapittel 2). På organisasjonsnivå er det oppfølgingsprogrammer som ofte består av kollegastøtte, systemer for å hjelpe helsepersonell med å kommunisere åpent med pasienter og pårørende om feil og en kultur for pasientsikkerhetsarbeid innad i kollegiet. Dessuten er det mange som tilbyr sine ansatte nettbaserte oppfølgingsprogrammer med mestringsverktøy, eller med lenker til eksterne kilder som tilbyr mestringsverktøy. Formell evaluering av disse strategien mangler som oftest (Kappes et al., 2021).

3.2.2 Formelle ordninger for kollegastøtte

I følge Dyregrov and Regel (2012) er det overveldende evidens for at sosial støtte er en viktig, beskyttende faktor etter traumer. Det finnes ulike måter å gi sosial støtte på, og typen støtte som bør gis er avhengig av kontekst og de individuelle behov fra gang til gang. Støtte bør tilbys så tidlig som mulig, i følge dem. Selv om Dyregrov og Regel skriver om tidlig intervensjon etter traumer generelt, ikke kollegestøtteordning i helsetjenesten spesielt, så kan erfaringene deres ha overføringsverdi også for traumeoppfølging av helsepersonell i fare for å bli «second victim».

Ved to avdelinger på et universitetssykehus i Danmark ble det innført et program for «second victims» kalt «The buddy study program», som samtidig ble fulgt med følgeforskning (Schröder, Bovil, Jørgensen, & Abrahamsen, 2022). Det var bygd opp av tre deler. Først et obligatorisk to-timers seminar som ga deltakerne kunnskap om second victim-fenomenet, hvilke stressresponser som kunne oppstå etter en traumatisk eller uheldig pasienthendelse. Deretter måtte alle deltakere velge seg to kollegaer som skulle være deres *buddy* (kamerat) som de kunne snakke med dersom de kom i en uheldig pasienthendelse. Den siste delen var et formelt system som aktiverte buddy-ordningen etter en uheldig pasienthendelse.

Forskergruppen målte effekt ved å be deltakerne av seminaret om å svare på et spørreskjema rett i etterkant. De målte deretter effekt av programmet ved å sende ut spørreskjema til alle deltakerne 18 måneder etter siste seminar. På bakgrunn av resultatene på spørreskjemaene ble det gjort semistrukturerte intervjuer. Underveis registrerte og kategoriserte de alle hendelser som førte til at buddy-programmet ble aktivert. De kvantitative funnene viste at deltakerne var veldig positive til seminaret. De fikk mer kunnskap om temaet, og seminaret fikk dem til å føle seg tryggere. Seminaret førte til en mer åpen og inkluderende kultur på arbeidsplassen. De som hadde vært i en uheldig pasienthendelse og brukt sin buddy, rapporterte at de syntes det var til hjelp. De fikk både faglig og emosjonell støtte fra buddy. De som hadde blitt brukt som buddy hadde også positive erfaringer. De satte pris på å få lov til å hjelpe en kollega, samt å få reflektere over egne erfaringer. Ut fra de kvalitative funn kunne forskningsgruppen trekke ut tre fordeler og tre ulemper med The buddy study program. Fordelene var at programmet oppfordret til en åpen og omsorgsfull kultur, økt oppmerksomhet på kollegaers helse og velbefinnende og at de selvvalgte relasjonene til buddy'ene førte til at det følte trygt å dele erfaringer. Utfordringene var at selv om kollegastøtten er verdifull så bør den ikke stå alene som eneste tiltak, den uformelle kollegastøtten var allerede til stede og at buddy-programmet krever kontinuerlig oppdatering og synlighet (Schröder et al., 2022).

Denne studien av buddy-ordningen i Danmark er særlig interessant, fordi det danske og norske helsesystemet er relativt like. Studiet er også nylig gjennomført og bygger derfor på den nyeste, internasjonale forskningen.

På en amerikansk avdeling for anestesisykepleier ble et innført et kollegastøtteprogram (Thompson, Hunnicutt, Broadhead, Vining, & Aroke, 2022). Åtte frivillige anestesisykepleiere fullførte et nett-kurs om psykologisk førstehjelp for å settes i stand til å gi kollegastøtte. Disse åtte utgjorde dermed et kollegastøtte-team som var tilgjengelig for avdelingens anestesisykepleiere alle dager, døgnet rundt. All kommunikasjon mellom kollegastøtten og anestesisykepleier ble holdt konfidensielt. Av den grunn kunne ikke forskerne samle inn data spesifikt fra anestesisykepleiere som hadde mottatt kollegastøtte, men brukte et spørreskjema før og etter programmet ble innført. Her erfarte de at det ikke var sikkert at anestesisykepleiere som var en del av en uheldig pasienthendelse selv oppsøkte hjelp. Derfor burde leder og kollegastøtten selv følge med på uheldig hendelser på avdelingen og aktivt oppsøke anestesisykepleiere som kanskje vil trenge oppfølging og støtte. Dette samsvarer med Mesel (2014) sin anbefaling om at dette ikke er et tilbud som en selv må oppsøke, men heller systematisk få tilbud om når hendelser oppstår. Akkurat som andre helsepersonellgrupper, så foretrekker også anestesisykepleiere å få støtte og oppfølging fra kollegaer etter å ha vært i en uheldig hendelse. Kollegaer forstår jobben og de komplekse utfordringer den medfører. For at implementering av et kollegastøtte-program skal være vellykket så krever det gode vurderinger og støtte fra ledelsen, opplæring av de som skal fungere som kollegastøtte og at programmet gjøres godt kjent på arbeidsplassen (Thompson et al., 2022).

I en masterstudie (Våge, 2021) ble to akuttavdelinger ved Oslo Universitetssykehus sammenlignet, den ene avdelingen var uten formell kollegastøtteordning og den andre hadde en etablert kollegastøtteordning som hadde fungert siden 1990-tallet, EFOK (Emosjonell førstehjelp- og krisehåndtering). På spørsmål om informantene i studien hadde fått den oppfølgingen de trenger var det et klart språk mellom de som jobbet på avdelingen med formell kollegastøtteordning og de som jobbet på avdeling uten. Samtlige på avdeling med en slik støtteordning svarte at de hadde fått den oppfølgingen de mente de trengte, og oppga at det var et resultat av kollegastøtteordningen. På avdelingen uten formell støtteordning svarte de fleste at de ikke hadde fått den oppfølgingen som de trengte. De ønsket seg en mer organisert oppfølging, og de ville gjerne ha tid og anledning til å snakke om belastende hendelser uten å måtte etterspørre det selv. Ansatte fra begge avdelingene sa at de hentet mest støtte gjennom sine nærmeste kollegaer, altså gjennom den uformelle kollegastøtten. (Våge,

2021). Det samsvar delvis med det respondentene i studiet mitt (Øien, 2023) svarte; nesten samtlige rapporterte at anestesisykepleiere blir ivaretatt av kollegaer gjennom debriefing-møter. Imidlertid mente bare 9 av 30 anestesisykepleierledere at de rammede hadde blitt ivaretatt av uformell kollegastøtte.

3.2.3 Et formelt støtteprogram bør være oppsøkende

Våge (2021) konkluderer med at det er nærliggende å tro at formell kollegastøtteordning har en betydning for opplevd ivaretagelse og trygghet. Den vil sannsynligvis bidra til økt trygghet på jobb, bedre arbeidsmiljø og bedre pasientbehandling. Et sentralt funn var at en kollegastøtteordning ikke i seg selv er nok. Den bør også være oppsøkende. Dersom ordningen baserer seg på at den enkelte helsepersonell selv må ta kontakt, vil trolig ordningen ikke fungere så godt som ønsket. Dette samsvarer med den første av de to tidligere nevnte elementene som Mesel (2014) mener bør være på plass, nemlig at dette ikke bør være et tilbud en selv er nødt til å oppsøke. I vår studie (Øien, 2023) fant vi at det stort sett var lederen som henviste anestesisykepleier som hadde vært i en uheldig pasienthendelse videre til oppfølgingsprogram eller oppfølgingsteam. Bare 17 % av respondentene svarte at anestesisykepleieren selv oppsøker hjelp hos oppfølgingsprogrammet.

3.2.4 En pause fra klinisk arbeid

En undersøkelse blant 378 koreanske sykepleiere som hadde vært en del av uheldige pasienthendelser (Choi, Pyo, Ock, & Lee, 2022) fant at det var ulikt hvor nyttig de syntes ulike tiltak og mestringsstrategier er, basert på hvor alvorlig second victim-symptomer de hadde. De som hadde alvorlige symptomer syntes gjennomgående at de ulike tiltak hadde vært nyttige for dem, sammenlignet med de som hadde milde eller medium sterke symptomer. Felles for alle tre gruppene er at de alle mente at det var nyttig å få mulighet til å ta en pause fra kliniske oppgaver. De med mest alvorlig symptomer ønsket seg veiledning og psykologisk/psykiatrisk oppfølging (Choi et al., 2022). Ut fra dette kan det være klokt å ha et

oppfølgingsprogram med flere trinn, slik at det favner både personell med milde og med alvorlige symptomer.

I likhet med de koreanske sykepleieren som oppga at de først og fremst hadde behov for en pause fra kliniske oppgaver, så omtaler også Høgsted (2023) at det noen ganger kan være nødvendig med en hel eller delvis sykemelding som en liten time-out for den kriserammede medarbeideren. Da blir det lederens ansvar å holde kontakt med den ansatte, og igangsette tiltak for å få hjulpet vedkommende tilbake i arbeid. Etter en eventuell sykemelding er det klokt å ha en gradvis oppstart og tilpasning av oppgaver. Høgsted (2023) framhever at leder selvsagt må sikre at personen kun får arbeidsoppgaver som er på hans eller hennes funksjonsnivå, og ikke presser vedkommende.

3.2.5 Støtte på kort og lang sikt

I tillegg til å gi umiddelbar støtte og hjelp til helsepersonell etter at de har vært en del av en uheldig hendelse, så bør også oppfølgingsprogram for «second victim» inkludere støtte på medium- og lang sikt. Slik vil programmet lettere kunne følge med på helsepersonells faglige og personlige velvære over tid, og fokusere på de strategier som fungerer best etter en uheldig hendelse (Isolde Martina Busch et al., 2021).

3.2.6 Gjør oppfølgingsprogrammet kjent

Det anbefales at helseorganisasjoner som har fått et oppfølgingsprogram på plass, bruker ressurser på å gjøre dette kjent. Det kan være å reklamere for det gjennom sosiale medier og egne nettsider. Slik vil terskelen for å både be om og ta imot hjelp bli lavere. I tillegg vil det være med på å rekruttere personer som kan tenke seg rollen som kollegastøtte (Isolde Martina Busch et al., 2021; Thompson et al., 2022). Det gir mening. Det er liten vits i å bruke ressurser på noe som ingen vet om at finnes. Da vil ikke oppfølgingsprogrammet bli benyttet.

4.0 FORSLAG PÅ NASJONALT PROGRAM FOR OPPFØLGING AV HELSEPERSONELL ETTER UHELDIG PASIENTHENDELSE

4.1 Hvorfor trenges det et nasjonalt program?

4.1.1 Lailas historie

Min kollega dokumenterte grundig hendelsesforløpet, og sendte inn melding om pasientskade. Hun informerte egen leder samme dag.

Hun oppsøkte pasienten dagen etterpå og fortalte hva som hadde skjedd og beklaget. Pasienten hadde ingen minne av episoden, hun var jo fortsatt ikke våknet av narkosen da hendelsen inntraff. For hen var derfor det Laila fortalte hen helt ny informasjon. Ovenfor pasienten tok Laila på seg all skyld. Pasienten takket for åpenheten og sa at hen tilga henne. Hun var åpen med oss kollegaer om hva som hadde skjedd, og hendelsen ble brukt som utgangspunkt for diskusjon om forbedringsarbeid og pasientsikkerhet.

Det norske pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, 2023) har først og fremst satt søkelyset på «first victim», altså pasienten og pårørende. Hvordan forhindre uønskede hendelser og pasientskader. Når skaden har skjedd: Hvordan være åpen om feil, og hvordan ivareta pasient og pårørende. I tillegg har det vært jobbet med forbedringsarbeid slik at «third victim», organisasjonen, skal lære av feil. Hvordan ivareta helsearbeideren som har vært involvert i en uheldig pasienthendelse, har ikke hatt samme systematiske fokus.

Etter den alvorlige hendelsen gjorde Laila alt etter boka, altså etter hvordan Pasientsikkerhetsprogrammet beskriver at uønskede hendelser og feil skal håndteres. Hun var åpen opp hendelsen, informerte og fulgte opp pasient og pårørende. Hennes erfaringer ble brukt til læring for både anestesisykepleiere og anestesileger. Men å gjøre alt riktig etter en slik hendelse beskyttet ikke Laila mot å selv bli traumatisert av hendelsen.

Jeg har ikke klart å finne noen studier som har sterkt dokumentasjon på hvilke tiltak og intervensjoner som har effekt på å hjelpe «second victims». Som tidligere nevnt, heller ikke Folkehelseinstituttet kunne finne studier som beviser effekten av psykologisk debrifing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser (Meneses Echavez et al., 2022).

Betyr manglende kunnskap om effekten av psykologisk debrifing for helsepersonell at vi ikke bør anbefale noen slike tiltak? Om en ser til eksperter i krise- og belastningspsykologi, så anbefaler de å ha en plan for å håndtere traumatiske opplevelser.

Høgsted (2023) skriver at traumeeksponering som ikke håndteres profesjonelt, kan føre til belastningstilstander og psykiske lidelser. Hun ber ledere vise ansatte som har tatt mentalt skade, og ansatte som i fremtiden kan komme til å ta skade, behørig respekt. De var sannsynligvis på feil sted til feil tid. Å forveksle uhell med individuelle evner kan føre til at disse opplever å føle at det er deres egen skyld at de har tatt skade av arbeidet. Hun beskriver også kollegiets rolle og ansvar til å yte hverandre støtte på ulike måter. Traumer kan nemlig påvirke alle i organisasjonen. Det vil både i hverdager og press kunne svekke alles evne til å tenke og handle klart og agere profesjonelt (Høgsted, 2023).

Å vente til forskningen er god nok til å kunne konkludere med hvilken oppfølging av helsepersonell etter en uheldig pasienthendelse som har best effekt, før tiltak blir iverksatt nasjonalt og ved den enkelte virksomhet, vil gå ut over både den enkelte helsearbeider og organisasjonene.

Målet er klart: Å ta vare på de som tar vare på andre. Å hjelpe dem å håndtere og mestre egne traumer slik at vi beholder erfarne fagfolk i helsetjenestene, der vi trenger dem mest.

Som i stressmestringsmodellen til Lazarus og Folkman, målet er å oppnå helse, velvære og gjenopprette normal funksjon.

4.2 Hva et nasjonalt program for oppfølging av helsepersonell etter uheldig pasienthendelse bør inneholde?

Med inspirasjon fra den tidligere redegjorte faglitteratur og tidligere forskning, samt egne funn fra min studie, vil jeg skissere et opplegg for hvordan et oppfølgingsprogram for helsepersonell etter uheldig pasienthendelse kan være. Det er ønskelig at det utarbeides nasjonale retningslinjer eller nasjonale faglige råd for alle landets helseinstitusjoner.

4.2.1 Før uønskede hendelser skjer

Det er ønskelig at arbeidsplassen gjør forebyggende grep som kan gi den enkelte arbeidstaker økt motstandskraft og mestringsevne til å kunne håndtere uønskede og mulig traumatiserende hendelser.

Forslag til tiltak:

Kurs/seminarer om second victim-fenomenet

Eget kurs, eller kan legges opp som tema på arbeidsplassens fagdager eller personalmøter.

At kollegiet som grupper bruker tid på å sette seg inn i hvilke reaksjoner som er normale og forventende, samt hvordan disse kan håndteres vil øker bevisstheten til gruppen om at feil kan og vil skje, og hvordan vi sammen kan håndtere dette. Gjør gruppen bedre i stand til å hjelpe kollega(er) som rammes, og forstå reaksjonene.

Gir økt trygghet på jobb, og derfor et mer helsefremmende arbeidsmiljø.

Rekruttere fagpersoner til å være kollegastøtte

Når plutselige og alvorlige hendelser skjer må støtteprogrammet være på plass. Dersom kollegastøtte er en del av dette, må nødvendigvis personer som kan fungere som kollegastøtte være klare. Det betyr at det må ha sagt seg villige til å påta seg denne rollen, ha fått opplæring

og gjort avtale om når de skal være tilgjengelig. Økonomisk kompensasjon må også være avklart.

Dersom det velges en modell som den danske buddy-programmet, så må alle ansatte på ha fått valgt seg hvem som er deres kollegastøtter, og de utvalgte må ha samtykket til dette.

Nettkurs

For å gi ansatte mer kunnskap og informasjon om fenomenet, samt gjøre dem kjent med verktøy og ressurser som er tilgjengelige for dem. Kan gjerne lenke til ressurser utenfor organisasjonen.

Gjøre oppfølgingsprogrammet kjent

Bruk alle tilgjengelige kommunikasjonskanaler for å gjøre oppfølgingsprogrammet kjent for alle ansatte. Dette kan skje via nettsider, sosiale medier, plakater på vaktrom, eposter til ansatte med informasjon og mediesaker.

4.2.2 Etter en uønsket hendelse har skjedd

Anbefaler at det lages en systematisk og obligatorisk støtteordning som trer i kraft for helsepersonell som har vært involvert alle uheldige pasienthendelser og ved nesten-hendelser. Det skal ikke være nødvendig å oppsøke dette selv, og det bør være en kultur for at det forventes av den enkelte å ta imot tilbud om oppfølging.

Fordi både enkeltindividets personlige motstandskraft og mestringssevne, situasjonene som oppstår og hvordan individet og situasjonens egenart påvirker hverandre vil være forskjellig, så er det mest hensiktsmessig å innføre flere tiltak for oppfølging etter en uønsket hendelse. Det varierer hvor alvorlige symptomer ulike personer vil ha etter en alvorlig, uheldig hendelse. Ikke alle vil ha behov for alt.

Forslag til tiltak:

Defusing

Direkte etter en alvorlig hendelse bør de involverte få tilbud om defusing. Det er en avlastningssamtale i gruppe for å snakke om det som nettopp har hendt. Formålet er å få en felles forståelse av hendelsen.

Debriefing

Skjer etter at situasjonen har roet seg ned etter hendelsen. Strukturert gruppesamtale der det snakkes om hver enkelt sin opplevelse av hendelsesforløpet, samt følelsesmessige og kroppslige reaksjoner både underveis og etterpå. Fokus på vanlige stressreaksjoner og hvordan man best kan takle disse. Ikke et sted for å fordele skyld.

Kollegastøtteordning

Oppfølging, hjelp og støtte for den enkelte hos en kollega. Oppstart kan gjerne være direkte etter hendelsen har skjedd, og foregå parallelt med defusing og debriefing.

I en formell kollegastøtteordning er kollegaen fått særlig opplæring i å gi kollegastøtte. Det må settes av tid til dette, enten i arbeidstiden eller ved å gi timebetaling utenfor arbeidstid. Her kan det snakkes om alt, og samtalen er konfidensiell. Fordel av kollega i kollegastøtteordningen har samme eller lignende fagbakgrunn som en selv, da vil det være enklere å gi både faglig og emosjonell støtte.

Kollegastøtteordningen kan organiseres på ulike måter. Anbefaler å hente erfaring og inspirasjon fra eksisterende programmer i Norden, som det danske Buddy study program eller Oslo Universitetssykehus sitt EFOK.

Pause fra kliniske oppgaver

Noen vil ha behov for en pause fra kliniske oppgaver. Når vedkommende er i stand til å gjenoppta sine vanlige arbeidsoppgaver må vurderes i et samarbeid mellom leder og den rammende selv. I en periode kan det være behov for å tilpasse oppgavene. Delvis eller hel sykemelding kan være aktuelt, men ikke alltid nødvendig.

Psykologisk krisehjelp

Dersom kollegastøtteordningen ikke er nok. Oppfølging hos psykolog eller psykiater. Spesielt nødvendig for dem som opplever alvorlige stress- og krisereaksjoner etter en uheldig pasienthendelse.

5.0 KONKLUSJON

Det finnes omfattende forskning på forekomst av helsepersonells reaksjoner etter uheldige hendelser, og om «second victim»-fenomenet. Vi vet mye om konsekvensene av å bli «second victim». Det er derimot lite å finne om effekter av tiltak.

Sykepleiermangelen er både en nasjonal og global krise (International Council of Nurses, 2023). Da bør ivaretagelse av personell være en prioritet. Å miste erfarne og høyt utdannende sykepleiere, spesialsykepleiere og annet helsepersonell ut av yrket fordi de ikke fikk støtte og hjelp til å håndtere sine reaksjoner og traumer etter en uheldig pasienthendelse kan ikke sies å være god samfunnsøkonomi. Det er heller ikke god personalpolitikk, eller «helsefremmende arbeidssituasjon», som det står i arbeidsmiljøloven (Arbeidsmiljøloven, 2005). Å investere i gode oppfølgingsprogrammer for «second victim» bør være høyt prioritert for organisasjoner innen helsetjenesten, som en del av arbeidet for pasientsikkerhet og helsefremmende arbeidsmiljø (Isolde Martina Busch et al., 2021).

Som de fleste internasjonale studier anbefaler, så trengs det mer forskning. Vi bør finne ut hva slags intervensjoner det er som virker. I et så nytt felt, der det mangler forskning på effekt av tiltak, bør ulike intervensjoner utprøves og evalueres. Slik kan vi få kunnskap om fordeler og ulemper av ulike tiltak (Schröder et al., 2022) Forskning på effekt kan også gi kunnskap om mulighet for gevinstrealisering ved å innføre tiltak for hjelp, støtte og oppfølging av helsepersonell som risikerer å bli traumatisert av å ha vært i en uheldig pasienthendelse (Marr et al., 2021).

Dette kan gjøres ved å utarbeide oppfølgingsprogrammer ut ifra den kunnskapen som finnes i dag. Flere sykehus har innført ulike versjoner av oppfølgingsprogrammer og kollegastøtteordninger (Amdahl, 2019). Det finnes altså allerede erfaringer innen det norske helsevesenet som det kan bygges videre på, og forskes på.

Evidensbasert forskning som dokumenterer fordelene med å ha et oppfølgingsprogram for «second victims» vil være av betydning for å kunne argumentere ovenfor helsemyndigheter og helseorganisasjoner at de bør bruke ressurser på dette, slik at oppfølgingsprogrammer kan igangsettes i stor skala (Isolde Martina Busch et al., 2021).

Innføring av nasjonalt program, nasjonale anbefalinger eller retningslinjer bør samtidig inkludere en plan for følgeforskning, evaluering og eventuelt gjøre endringer basert på funn fra følgeforskningen. Dette må det både planlegges for, og settes av ressurser til.

Måtte alle landets framtidige Laila'er bør få hjelp og støtte på en slik måte at de kan klare å fortsette som faglig kompetente og trygge helsearbeidere.

6.0 REFERANSER

- Amdahl, P. (2019). Vil ha mer system for kollegastøtte. *Sykepleien* Retrieved from <https://sykepleien.no/2019/10/vil-ha-mer-system-kollegastotte>
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (LOV-2005-06-17-62), § 1-1 C.F.R. (2005).
- Busch, I. M., Moretti, F., Campagna, I., Benoni, R., Tardivo, S., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2021). Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5080. doi:10.3390/ijerph18105080
- Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Dealing With Adverse Events: A Meta-analysis on Second Victims' Coping Strategies. In (pp. e51-e60). Philadelphia, Pa. .:
- Choi, E. Y., Pyo, J., Ock, M., & Lee, H. (2022). Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), 2872-2883. doi:10.1111/jan.15221
- Dahle, H. (2022). Arbeidsmiljøloven - det psykososiale arbeidsmiljøet. Retrieved from <https://www.unio.no/perspektiv/unio-perspektiv-2022-1/arbeidsmiljoloen-det-psykososiale-arbeidsmiljoet/>
- Dyregrov, A., & Regel, S. (2012). Early Interventions Following Exposure to Traumatic Events: Implications for Practice From Recent Research. *Journal of Loss & Trauma*, 17(3), 271-291. doi:10.1080/15325024.2011.616832
- Hagen, I., & Jensen, R. S. (2022). Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i kommunal sektor. *Innspill til en Debatt; Fafo: Oslo, Norway*. Retrieved from <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/kjonnsperspektiv-pa-arbeidsmiljoutfordringer-og-hms-arbeid-i-kommunal-sektor>
- Healthcare Safety Investigation Branch. (2021). *The national investigation: Support for staff following patient safety incidents*. Retrieved from <https://www.hsib.org.uk/investigations-and-reports/support-for-staff-following-patient-safety-incidents/>
- Helsedirektoratet. (2023). I trygge hender 24/7. Retrieved from <https://www.itryggehender24-7.no/>
- Høgsted, R. (2023). *Grunnbok i belastningspsykologi : forebygging av primær og sekundær traumatisering ved psykisk krevende arbeid* (T. Holter, Trans.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haavik, M., & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere : er vi ikke betalt for å tåle dette?* Oslo: Universitetsforlaget.
- International Council of Nurses. (2023, 20.04.2023). ICN report says shortage of nurses is a global health emergency. Retrieved from <https://www.icn.ch/news/icn-report-says-shortage-nurses-global-health-emergency>
- Isdal, P. (2023). Forord til den norske utgaven. In R. Høgsted (Ed.), *Grunnbok i belastningspsykologi. Forebygging av primær og sekundær traumatiering ved psykisk krevende arbeid* (pp. 12 - 15): Fagbokforlaget.
- Joy Buikema Fjærtøft, & Advocaat-Vedvik, J. (2021). Ufeilbarlighetskultur er en hindring for å snakke om uønskede hendelser. Retrieved from

- <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/ufeilbarlighetskultur-er-en-hindring-for-a-snakke-om-uonskede-hendelser/286784>
- Kappes, M., Romero-García, M., & Delgado-Hito, P. (2021). Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *International Nursing Review*, 68(4), 471-481. doi:10.1111/inr.12694
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., & Visby, M. (2006). *Stress og følelser : en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Marr, R., Goyal, A., Quinn, M., & Chopra, V. (2021). Support opportunities for second victims lessons learned: a qualitative study of the top 20 US News and World Report Honor Roll Hospitals. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1330-1330. doi:10.1186/s12913-021-07315-1
- Meneses Echavez, J. F., Borge, T. C., Nygård, H. T., Gaustad, J.-V., & Hval, G. (2022). *Psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser: en systematisk oversikt*. (978-82-8406-278-5). Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2022/psykologisk-debriefing-for-helsepersonell-involvert-i-uonskede-pasienthende/>
- Mesel, T. (2014). *Når noe går galt : fortellinger om skyld, skam og ansvar i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Schrøder, K., Bovil, T., Jørgensen, J. S., & Abrahamsen, C. (2022). Evaluation of the Buddy Study', a peer support program for second victims in healthcare: a survey in two Danish hospital departments. *BMC Health Services Research*, 22(1), 566-566. doi:10.1186/s12913-022-07973-9
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. In (pp. 325): BMJ Publishing Group Ltd.
- Søk & Skriv. (2023). Bruk av søketabell. Retrieved from <https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#bruk-av-s%C3%B8ketabell>
- Thompson, M., Hunnicutt, R., Broadhead, M., Vining, B., & Aroke, E. N. (2022). Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 37(2), 167-173.e161. doi:10.1016/j.jopan.2021.05.005
- Ukom - Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. (2021). *Kollegastøtteordning for helsepersonell*. Retrieved from <https://ukom.no/undersokelser/kollegastotteordning%20for%20helsepersonell>
- Vågan, A., Langeland, E., Rise, M. B., Olsson, A. B. S., Arntzen, C., Grue, J., & Haugland, T. (2019). *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse* Kapittel 6 Mestring (2 ed., Vol. 1/20181, pp. 101). Retrieved from https://mestring.no/wp-content/uploads/2019/03/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG_140319-2.pdf
- Våge, J. (2021). *Hvordan fungerer kollegastøtte? Ambulansepersonell og intensivsykepleieres opplevelse av kollegastøtte og emosjonell førstehjelp*. (Master). Universitetet i Oslo, Retrieved from <https://www.duo.uio.no/handle/10852/92257>
- Wolf, M., Smith, K., Basu, M., & Heiss, K. (2023). The Prevalence of Second Victim Syndrome and Emotional Distress in Pediatric Intensive Care Providers. *J Pediatr Intensive Care*, 12(2), 125-130. doi:10.1055/s-0041-1731666
- Øien, M. H. (2023). *Systemer for ivaretagelse av anestesisykepleieren etter en uheldig pasienthendelse - fra et lederperspektiv*. Master Thesis. Universitetet i Oslo.

