

Det andra offret

- när oönskade händelser sker

Sammanfattning

När det som inte ska hända ändå händer, och en patient skadas eller utsätts för risk för allvarlig skada, berörs alla inblandade parter. Den primärt drabbade är patienten och dennes närstående (*first victim, det första offret*). Den/de sekundärt drabbade är de medarbetare som varit inblandade (*second victim, det andra offret*). I tredje hand drabbas själva verksamheten (*third victim, det tredje offret*). Oönskade händelser kommer tyvärr alltid att inträffa inom hälso- och sjukvård, och fokus behöver därför ligga på hur man tar hand om situationen.

Kunskapen om det andra offret har de senaste åren ökat dramatiskt, både vad gäller omfattning, vilka som drabbas och vad som kan göras. Däremot har kunskapen ännu inte i tillräcklig omfattning omsatts i vårdens verksamheter så att de som behöver hjälp faktiskt får det.

Detta dokument beskriver en modell för att minimera negativa kort- och långsiktiga konsekvenser för vårdpersonal när oönskade och/eller överväldigande händelser sker. I sammanfattning går modellen ut på att:

- Bedriva ett effektivt patientsäkerhetsarbete med syfte att undvika att skada och göra rätt så ofta som möjligt
- Förbereda individer och organisationer på att oönskade händelser inträffar
- Förbereda en kamratstöds-modell baserad på psykologisk första hjälpen
- Ha en plan för mer omfattande hjälp när och där det krävs
- Använda någon form av lärandegenomgång och omsätta lärande till faktisk förbättring
- Helt avstå från att använda psykologisk debriefing.

Författare

Pelle Gustafson, chefläkare, Lof – regionernas ömsesidiga försäkringsbolag

Marita Danielsson, chefsjuksköterska, Lof – regionernas ömsesidiga försäkringsbolag

Anna Oscarsson Tibblin, chefläkare, Lof – regionernas ömsesidiga försäkringsbolag

Faktagranskare

Fredrik Bååthe, PhD, senior forskare på Legeforskningsinstitutet-LEFO, Oslo; Institutet för Stressmedicin VGR, Göteborg; Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, Göteborg.

Anamaria Whitmer Jacobsson, överläkare, Sjukhuset i Varberg, vice ordförande nationell expertgrupp psykosocial obstetrik och gynekologi med ansvar för läkare hälsa SFOG.

Whitmer-Jacobsson och Bååthe ansvarar för utvecklingen av SFOGs program ”Reparativt personcentrerat krisstöd” - ett svenskt alternativ till psykologisk debriefing. Programmet har utvecklats i nära samarbete med kliniker och forskare, prövats i klinisk verksamhet under flera år, ges återkommande i kurser och har presenterats i en artikelserie 2022–2024 i SFOGs medlemstidning SFOG Journalen.

Lotta Millde Luthander, PhD, överläkare, Patientsäkerhetssamordnare tema Kvinnohälsa, Karolinska universitetssjukhuset, Ordförande kommittén för säker vård, Läkarsällskapet.

Socialstyrelsen (enheten för patientsäkerhet och hälsoskydd) och NSG patientsäkerhet har fått möjlighet att ta del av och lämna synpunkter på innehållet.

Pär Lindgren, Region Kronoberg, Cornelia Orhagen Brusmark, Region Jämtland-Härjedalen, Monica Eriksson, Region Jämtland-Härjedalen, Carl-Jacob Khailat Holmberg, Region Stockholm, har också lämnat värdefulla bidrag till dokumentets innehåll.

Inledning

När det som inte ska hända ändå händer, och en patient under vård skadas eller utsätts för risk för allvarlig skada, berörs alla inblandade parter. Verkligheten är att oönskade händelser alltid kommer att hända inom hälso- och sjukvård. Beredskap för och kunskap om hur man tar hand om situationen behöver finnas. Den primärt drabbade är patienten och dennes närstående (*first victim, det första offret*). Den/de sekundärt drabbade är de medarbetare som varit inblandade (*second victim, det andra offret*). I tredje hand drabbas själva verksamheten (*third victim, det tredje offret*).

Även om detta dokument inte berör omhändertagande av patienten och dennes närstående har detta högsta prioritet, och för detta hänvisas läsaren till andra källor. Inte heller berörs annat än indirekt det tredje offret, varför läsaren även här hänvisas till andra källor. Slutligen berörs inte heller behandling av PTSD (post-traumatiskt stressyndrom), utan för detta hänvisas till andra källor [1, 2].

Albert Wu beskrev 2000 fenomenet "second victim syndrome" [3], vilket efterhand har kommit att innefatta alla emotionella, kognitiva, fysiologiska och beteendemässiga symptom som kan uppträda i efterförloppet till att en patient har skadats [4]. Fenomenet är självklart vanligare om skadan var undvikbar, men kan ses även om skadan inte var det.

Kunskapen om det andra offret har de senaste åren ökat dramatiskt, både vad gäller omfattning, vilka som drabbas och vad som kan göras. Däremot har kunskapen ännu inte i tillräcklig omfattning omsatts i faktisk hjälp till de som behöver det. Detta är problematiskt, då det andra offret kan skadas dubbelt, dels av det inträffade, dels av hur det inträffade handläggs [5].

Ytterligare forskning betonar betydelsen av ett helhetsperspektiv där man integrerat jobbar med första, andra och tredje offret [6].

Detta dokument riktar sig i första hand till ansvariga chefer och är tänkt att beskriva en modell för att på förhållandevis kort tid kunna bygga upp en struktur och ett sätt för att minimera långsiktiga negativa konsekvenser av att bli det andra offret. Det teoretiska underlaget för ett bra omhändertagande av det andra offret beskrivs i korta stycken. Avslutningsvis finns ett mer komprimerat schema över faktiska handlingar som sammanfattar ett bra omhändertagande. Dokumentet kan tjäna som underlag för lokala riktlinjer.

Förekomst

Hur stor del av anställda inom hälso- och sjukvård som varit med om att en patient under deras vård blivit skadad och därigenom blivit det andra offret är oklart. Internationella siffror varierar beroende på urval, metod och definitioner.

Det finns nu tillräckligt underlag för att slå fast att andra offret kan ses i alla professioner, åldrar, specialiteter och länder. Det andra offret tycks alltså vara mer av ett mänskligt fenomen än något som bara ses i vissa sammanhang [7, 8, 9].

I grunden är vi människor resilienta och klarar ofta svåra påfrestningar, men i vissa situationer är vi mera sårbara. Vissa grupper löper också större risk att drabbas. Anställda i början av sin karriär och de vars arbete i högre grad präglas av "ensamarbete", eller lider av överbelastning är särskilt utsatta. Erfarenhet och teamarbete är ingen garanti för att skyddas mot att bli det andra offret. Ytterligare en grupp som kan vara särskilt utsatta är chefer. Organisationer med tystnads- och perfektionskultur och som saknar kollegial krisstödstruktur ökar sårbarhet.

Även händelsens utgång och karaktär kan påverka. Självklart ökar risken för det andra offret om utgången var katastrofal, men även omvälvande och intensiva händelser med "lyckligt slut" kan orsaka det andra offret.

Det finns inget samband mellan hur allvarlig skadan är och förekomst av andra offret [5], men ju allvarligare skadan är, desto större är risken för långvariga och/eller bestående besvär [10]. I sin avhandling visade Wahlberg att 15% av svenska barnmorskor och obstetriker som hade varit med om en traumatisk händelse under en förlossning hade symptom som vid partiellt post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) och 5 – 7% hade symptom som vid fullt utvecklad PTSD [9].

En varierande andel, siffror varierar men anges till cirka 10%, av de som blivit det andra offret påverkas i så stor utsträckning att de väljer att byta arbetsuppgifter eller lämna sin profession helt [11, 12]. Detta kan få stora konsekvenser, dels för individen som lämnar, dels för organisationen som riskerar att gå miste om kompetens och erfarenhet.

Nyliga skandinaviska och europeiska publikationer ger omfattande beskrivningar av fenomenet och dess tänkbara konsekvenser [6, 13, 14].

I Sverige har SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi) utvecklat ett program för omhändertagande av första, andra och tredje offret efter överväldigande händelser. Programmet har prövats i klinisk verksamhet under flera år, ges som återkommande utbildning och har presenterats i en artikelserie 2022–2024 [15 – 21].

Symptom

Efter en överväldigande händelse reagerar människor väldigt olika. Ibland kan individen behöva hantera intensiva symptom innan läkning och nyorientering initieras. Individens emotionella, kognitiva, fysiologiska symptom och beteendemässiga uttryck varierar i karaktär och tidsförlopp, därför kan individuellt anpassade åtgärder behövas.

De symptom som kan ses vid andra offret beskrivs i tabellen nedan. De flesta är kortvariga och övergående, men alla kan i varierande omfattning bli långvariga och/eller bestående.

Symptomgrupp	Exempel på symptom
Emotionella	Skam, skuld, ångest, ilska, depression, rädsla
Kognitiva	Flashbacks, påträngande tankar, mardrömmar, återupplevelser, grubblande, hjälplöshet, suicidtankar
Fysiologiska	Utmattning, sömnstörningar, illamående, huvudvärk, gastrointestinala symptom
Beteendemässiga	Överdriven vaksamhet, tillbakadragenhet, irritabilitet, undvikande av sociala kontakter, avtrubning, nedsatt koncentration, minnesstörningar, undvikande av utlösande faktorer

Tabell 1. Symptom som kan ses hos det andra offret. Efter [4]

Dessa symptom kan predisponera för ökad risk att begå misstag och ge suboptimal vård. Därför är det centralt att ledningen har en struktur för att hjälpa utsatta individer att till exempel undvika de mest krävande eller konfliktfyllda arbetsuppgifterna.

Scott och medarbetare beskrev 2009 sex faser i efterförloppet till en oväntad allvarlig händelse med en eller flera patienter [22]:

1. Kaos och (akut) omhändertagande av patienten – i denna fas ligger fokus på att förstå vad som hänt och att ta hand om det första offret
2. Påträngande reflektioner – i denna fas förekommer återupplevande av det inträffade och ifrågasättande av egen förmåga
3. Återställande av egen integritet – denna fas kännetecknas av sökande efter stöd
4. Uthärdande av utredning – här förekommer insikter om eventuella personliga följdverkningar och bestraffningar av det inträffade
5. Sökande efter emotionell första hjälpen – det andra offret söker efter mer adekvat och formell hjälp att bearbeta det inträffade
6. Att gå vidare – här kan tre principiellt olika utfall ses; 1) att lämna professionen, 2) att överleva men att alltid bära med sig det inträffade eller att 3) lyckas lära sig av det inträffade och fortsätta i professionen som en säkrare individ.

Det är värt att notera hur Rinaldi [23] förtydligade att efterförloppet upplevs olika för olika personer och att faserna inte följer ett linjärt förlopp. Den icke-linjära komplexa förändringsprocessen involverar fluktuationer bland symptom, beteende och minne. En dag kan en drabbad person känna sig kompetent och hoppfull, och i nästa ögonblick kan personen känna sig helt överväldigad. Denna oförutsägbarhet kan vara frustrerande och skapa en känsla av uppgivenhet, både för individen, omgivande kollegor och organisationen.

Termer och begrepp

Inom området förekommer tyvärr en omfattande begreppsförvirring. I detta dokument används följande termer och definitioner:

Psykologisk första hjälpen – här avses aktiviteter enligt WHO:s definition ”medmänsklig stödjande och praktisk hjälp till människor som nyligen utsatts för allvarlig kritisk händelse” [24]. Detta innefattar:

- Icke-påträngande praktiskt och emotionellt hjälp och stöd
- Hjälp till individen att nå anhöriga eller vänner för socialt stöd
- Hjälp med basala behov som mat, dryck, vila, och lite längre fram sömn
- Beredskap att lyssna utan att pressa människor att prata
- Tröst och hjälp att känna sig lugn
- Hjälp till individen att skaffa information om vad som gjorts, görs och vad som planeras ske rörande händelsen
- Skydd från ytterligare skada, exempelvis genom att undvika förnyad traumatisering.

Psykologisk första hjälpen är inte:

- Något enbart professionellt utbildade och tränade kan göra
- Professionell rådgivning
- Psykologisk debriefing
- Att få människor att analysera vad som hänt eller förstå vad som hänt
- Pressa människor att delge sina känslor eller reaktioner på det som hänt.

Psykologisk debriefing – med psykologisk debriefing avses någon form av krisbearbetning innefattande känslomässig bearbetning av det inträffade genom återskapande eller samtal eller återupplevande. Skillnader mellan teknisk genomgång och psykologisk debriefing framgår av tabellen. Syftet med psykologisk debriefing avses vara att reducera psykologiska följdverkningar av ett genomlevt trauma och undvika utveckling av post-traumatiskt stress syndrom (PTSD). Aktuell forskning visar dock att det inte minskar PTSD, kan skada vissa individer och riskerar att störa den naturliga återhämtningen. Att behöva lyssna till andras känslor och dramatiska återberättande i nära anslutning till överväldigande händelse ger ökad risk för skada. *Det råder samstämmighet kring att psykologisk debriefing inte ska genomföras* [24, 25].

Teknisk genomgång – med detta begrepp avses en kort och saklig genomgång av det inträffade. Den hålls så tidigt i efterförloppet som är praktiskt möjligt. Den riktar sig till de som varit med (gruppen) och syftar till att ge en första bild av vad som inträffat och ge utrymme för klarläggande frågor, så att patienten kan vårdas säkert, och kollegialt krisstöd kan aktiveras. Den innefattar inte individuella reaktioner på det inträffade. Individer som är emotionellt starkt påverkade av det som hänt ska undvika att samtala om händelsen i grupp. De ska i stället erbjudas att delge informationen om det inträffade till bakjour/chef/ansvarig.

Första mötet (morgonmöte, klinikmöte, rond, reflektion) – erfarenheter säger att det första mötet mellan det andra offret och arbetsplatsen kan upplevas oerhört påfrestande. Psykologisk säkerhet och en hövlighetskultur på arbetsplatsen är grundstenar för att det första mötet kan ske på ett bra sätt. Ansvarig för det första mötet är ansvarig för att, i samråd med det andra offret, förbereda och planera mötet. Mötet bör inledas med en första bild av vad som hänt, vad som händer och vad som planeras hända. Man påminner varandra om att använda psykologisk första hjälpen, aktivera buddy-struktur och uppmana alla att undvika ryktesspridning och skuldbeläggning.

Innan mötet bör ansvarig stämma av med den/de medarbetare som drabbats, om de själva vill vara med på mötet, och om man i så fall själv vill berätta om händelsen.

Lärandegenomgång – med detta begrepp avses aktiviteter som syftar till att skapa lärande, individuellt och gemensamt, för att förbättra verksamheten och minska risken för nya liknande händelser. I detta ingår också att sprida kunskapen till andra.

Genom att genomföra en utredning i samarbete med drabbade individer och med syfte att skapa lärande kan risken för ytterligare skada minska. Samtidigt inhämtas insikter från medarbetare om befintliga och nya skyddande barriärer som minimerar risken för återupprepning. Då det kan ta tid för de inblandade att orka delta i en lärandegenomgång behöver arbetet organiseras så att medarbetarna känner tillit till att man tids nog kommer att få bidra – och ta del av – insikter från utredningen. Att dela insikter från en utredning med den övriga verksamheten är viktigt för att bidra till ett brett organisatoriskt minne om var verksamhetens styrkor och sårbarheter finns.

Lärandegenomgång kan ske på flera olika sätt. Sjukvårdens normala rutiner med händelseanalys och eventuell Lex Maria kan, om den utförs korrekt, vara en form av lärandegenomgång, men kan också bli för utdragen i tid och medföra att viktiga hågkomster och lärdomar går förlorade. Andra modeller, exempelvis After Action Review [26] har fördelen av att gå snabbare och kan enklare genomföras vid lämplig tidpunkt då hågkomster fortfarande är aktuella, men tillräcklig tid har förflutit för att deltagarna orkar delta i genomgången.

Kamratstöd – med detta begrepp avses här psykologisk första hjälpen förmedlad av betrodd och tränad kollega, som den drabbade personen själv har förtroende för. Se Kamratstödjare/betrodd kollega/buddy.

Debriefing – begreppet har kommit att betyda en hel rad saker och bör inte användas som eget begrepp. För psykologisk debriefing, se ovan. Debriefing efter simulering och teamträning, till exempel som en del i Interprofessionell Simuleringsbaserad Utbildning (IPSE), anses inte skadligt [27].

Åtgärder

Teoretisk bakgrund

Det kan tyckas självklart, men det bästa sättet att förebygga problemet med det andra offret är att bedriva ett bra och systematiskt patientsäkerhetsarbete. Ju färre patienter som skadas undvikbart, desto färre första, andra och tredje offer kommer att genereras. Detta är sant samtidigt som vårdens komplexa uppdrag och de ofrånkomliga mänskliga faktorerna kommer att leda till att oönskade överväldigande händelser uppstår och behöver hanteras.

En mogen organisation med välutvecklad säkerhetskultur och god psykologisk säkerhet kännetecknas av fem karakteristika som hjälper det andra offret efter allvarlig händelse [28]:

- Att behandlas rättvist
 - Rättvisa är inte att slippa ansvar utan att ansvar hanteras på ett korrekt sätt där människor litar på process och utfall.

- Att bli respekterad
 - Behålla sin professionella värdighet, sin legitima röst och sin plats i organisationen. Undvika att hamna i tyst kollegial misstro, ifrågasättande av omdöme, eller social distansering.
- Att mötas med förståelse och medkänsla
 - Förståelse för mänsklig stressrespons i akuta situationer och komplexa systemfel. Att som det andra offret få samma medkänsla som man önskar en drabbad patient.
- Att erbjudas hjälp
 - Att organisationen tar aktivt ansvar för att stödja den professionelle, snarare än att förutsätta att individen själv ska klara av konsekvenserna av att ha varit involverad.
- Att uppleva transparens i processen och att bli involverad i lärandet
 - Att individen kan följa vad som händer efter en oönskad händelse, vilka frågor som ställs, hur slutsatser dras och hur lärande uppstår samt ges möjlighet att bidra med sin erfarenhet till detta lärande.

Begreppet "Restorative Just Culture" har myntats av Dekker [29] och innefattar läkande, lärande och förbättring genom att fokusera på vem som skadats (patient, kollega, organisation), vad de behöver, vems ansvar är det att möta behoven, reparativ process samt organisatoriskt lärande.

Psykologisk säkerhet handlar om att individer i ett team eller på en arbetsplats uppfattar att de vågar ta sociala och mellanmänskliga risker (till exempel lyfta obekväma frågor eller visa osäkerhet) utan risk för negativa konsekvenser [30]. Att våga göra så är en grundläggande förutsättning för att kunna ta hand om det andra offret.

Gemensamt för de modeller som fungerar bäst är att de innehåller ledningens engagemang, organisatoriska förberedelser inklusive undervisning, ett strukturerat och nivåindelad stödprogram som innefattar evidensbaserad stöd av utsedda kollegor, mer omfattande hjälp om så krävs, samt slutligen såväl individuellt som organisatoriskt lärande [25, 31, 32, 33].

Detta är också vad som efterfrågas av de som varit det andra offret [7, 8, 9, 34]. Det finns goda bevis på positiva kortsiktiga effekter av sådana program. Däremot saknas än så länge forskning och erfarenheter av hur effektiva de är på längre sikt [35].

Den yttersta skymfen mot framför allt det första offret, men även övriga offer, är att händelsen inte tas på allvar och att inget lärande sker [36]. Lärandet kan vara individuellt och/eller institutionellt och bör självklart resultera i åtgärder som minskar risken att det inträffade upprepas, eller om det upprepas, konsekvenserna blir så lindriga som möjligt.

Socialstyrelsen presenterade 2018 [37] en rekommendation för omhändertagande av hälso- och sjukvårdspersonal efter allvarliga händelser: *"Ett bra krisstöd vid allvarliga händelser förutsätter en helhetssyn på människan. Det innebär att arbetet måste bygga på kunskaper från olika kompletterande kunskapsområden och ta hänsyn till biologiska, psykologiska, sociala, socialpsykologiska, samt existentiella och andliga faktorer."*

Verksamhetens ledning

I Agera för säker vård, nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025 – 2030 [38], lyfts betydelsen av att händelser som drabbar en patient hanteras på ett öppet och systematiskt sätt, vilket inkluderar omhändertagandet av och stöd till medarbetarna. WHO:s ”Global action plan for Patient Safety 2021-2030” [39] betonar ledningens betydelse och har trygghetskultur som en grundläggande princip. Det gäller trygghet för både patienter och medarbetare. Det betonas att en skuld-skam-straff-kultur inte skapar trygghet. Det klargörs att de flesta oönskade händelser är ett komplext samspel av systemorsaker, och bara undantagsvis orsakat av riskbeteende eller oaktsamhet från en medarbetare.

Ledningens roll i hantering av det andra offret är central, framför allt i förberedande aktiviteter [40].

Dessa handlar huvudsakligen om:

- Att vara öppen och tydlig med att det kan hända vem som helst i organisationen
- Att det förr eller senare kommer att hända och att verksamheten då måste vara förberedd, vilket innefattar att organisatorisk struktur, färdiga planer och utsedda utbildade personer ska finnas på plats
- Att bedriva undervisning om vad det andra offret innebär, normala reaktioner i sammanhanget, vilket stöd som finns att få, hur processen ser ut samt hur verksamheten har arrangerat sitt stödprogram
- Erbjudna undervisning och träning i olika former av samtalsmodeller.

Kamratstödjare / betrodd kollega / buddy

En samstämmig litteratur pekar på vikten av att erbjudas personligt stöd av en kamratstödjare, även kallad ”betrodd kollega” eller ”buddy”. En kamratstödjare är ofta att föredra framför den formella chefen. Det som är avgörande är att stödet upplevs relevant och hjälpsamt av det andra offret. Konceptet med kamratstödjare följer principerna i WHO:s definition för ”Psykologisk första hjälpen” (se ovan).

Olika former för att utse och/eller bli kamratstödjare förekommer, men denne måste vara en betrodd och respekterad person för just den individ som är drabbad, samt ha en grundläggande utbildning i vad rollen kräver och hur man gör. Dessutom måste kamratstödjaren själv vilja vara kamratstödjare och känna sig trygg i rollen. Kamratstödjare ska själva erbjudas stöd om så erfordras. Dansk ”buddy-forskning” rekommenderar att medarbetare själva väljer vem/vilka personer man önskar som kamratstödjare för att säkra den skyddande och läkande relationella komponenten [41].

Rollen som kamratstödjare är ett förtroendeuppdrag, och ska ersättas som ett sådant. Kamratstödjaren ska inte agera på egen hand, utan sätta i gång först när chef eller annan ansvarig ger uppdraget att sätta i gång. Den drabbade ska godkänna att kamratstöd initieras. En kamratstödjare har alltid möjlighet att tacka nej om det inte just då passar.

Ett kamratstödsprogram kan bidra till att organisationen utvecklar en högre grad av lärande, sårbarhet och patientsäkerhet och mindre risk för känslor som skam, skuld och social isolering [42].

Tabell 2. Sammanfattning över likheter och skillnader mellan olika begrepp och aktiviteter. Anpassad och kompletterad från [6]. Vit bakgrund = gör. Grå bakgrund = avstå ifrån.

	Teknisk genomgång	Psykologisk första hjälpen	Första mötet	Lärandegenomgång	Psykologisk debriefing
Beteckning	Teknisk genomgång	Psykologisk första hjälpen, psykosocialt stöd, omsorgsfullt stöd	Första mötet/kontakten med kliniken (morgonmöte, klinikmöte, rond, reflektion)	Återrapportering av händelseanalys, haveriutredning, After Action Review, och flera andra modeller	Psykologisk debriefing, CSID/CISM (Critical Incident Stress Debriefing/Management)
Avsikt och mål	Att få en första bild av vad som hänt så att patienten kan vårdas säkert, och kollegialt krisstöd kan aktiveras. Utrymme för korta frågor av teknisk eller klargörande karaktär.	Emotionellt och praktiskt stöd. Skapa känsla av trygghet, tillhörighet, kontroll, lugn och hopp. Hjälpt med basala behov (mat, vila, dryck).	Att åstadkomma en så trygg och säker återkomst som möjligt för alla medarbetare till arbetsplatsen	Huvudsakligen lärande (individuellt och/eller kollektivt), men också främja gemenskap, psykologisk säkerhet och känsla av kontroll	Förhindra långsiktiga allvarliga efterverkningar och konsekvenser, främja gemenskap, normalisering. Bearbetning av känslor och emotionella reaktioner
När	Så tidigt som möjligt	Tidigt i förloppet	Normalt tidigt, men kan variera	Ej tidigt i förloppet (ofta flera veckor/månader)	Tidigt i förloppet
Typisk struktur	Inhämta information om vad som skett. Presentera fakta för inblandade. Ledd av ansvarig eller annan person med överblick. Kortfattad och saklig. Ingen bearbetning av känslor för det inträffade.	Huvudsakligen individuellt. Efterforskande av behov av praktisk hjälp och stöd. Lyssnande. Erbjudande av kamratstödjare / buddy / betrodd kollega. Information till närstående.	Innan mötet bör ansvarig stämma av med den/de som drabbats om de vill vara med samt om de i så fall själva vill berätta om händelsen.	I grupp eller individuellt. Vilken var intentionen/planen? Vad hände? Vad har vi lärt oss? Vad gör vi framöver? Hur delar vi lärdomar? Vad ska vi fortsätta med? Vad ska vi sluta med? Vad ska vi börja med?	Huvudsakligen individuellt, men förekommer ofta i grupp. Fokus på hantering av känslomässiga reaktioner
Evidens	Omfattande praktisk erfarenhet	Brett rekommenderat. God evidens för positiv kortsiktig effekt. Studier av långsiktig effekt saknas	Omfattande praktisk erfarenhet	Samstämmigt god evidens för förbättring av resultat	Avrådes ifrån då studier har låg kvalitet och de som finns visar ingen effekt eller negativa effekter. Cochrane och WHO avråder starkt från användning i det akuta förloppet

Handlingsplan

Innan det händer

- Utbilda verksamheten i vad det andra offret är. Detta kan ske genom korta föreläsningar på exempelvis arbetsplatsträffar, där fenomenet beskrivs och hur organisationen för omhändertagande ser ut
- Utse kamratstödjare (se ovan) och se till att dessa har relevant utbildning och erfarenhet för att kunna fungera som kamratstödjare
- Verksamhetschefen är formellt ansvarig för patientsäkerhet, ekonomi och medarbetarnas arbetsmiljö. Normalt är det verksamhetschefens ansvar att proaktivt organisera krisstöd, men detta kan också delegeras till annan chef
- Träna på att hålla teknisk genomgång och det första mötet efter allvarlig händelse. Det är en fördel om ett antal personer i organisationen har vana att hålla dessa genomgångar, på cirka 15 - 20 minuter. Öva också på att inte låta dessa genomgångar glida över i "psykologisk debriefing". Definiera gärna vid genomgångens början syftet med genomgången samt hur lång tid den maximalt får ta.
- Bestäm hur utredning (händelseanalys, Lex Maria, After Action Review eller andra former) av händelsen ska ske och gör en tidplan.

När det hänt

- Säkra att patient och närstående erhåller fortsatt relevant vård och stöd. Detta har i det akuta skedet högsta prioritet. Överväg här att låta de involverade i händelsen vara delaktiga i fortsatt vård, men med stöd av kollega som har fortsatt patientansvar.
- Säkra att en teknisk genomgång hålls så tidigt som praktiskt möjligt efter det inträffade så att patienten kan vårdas säkert, och kollegialt krisstöd kan aktiveras.
- Säkra att psykologisk första hjälpen används (se ovan)
- Bedöm behovet av kamratstöd och erbjud detta till de som önskar, samt (utan tvång) även till de som bedöms behöva det men inte själva uttrycker det
- Låt kamratstödjarna utföra sina uppgifter i lugn och ro. Lämplig omfattning anges vara start inom 24 timmar efter det inträffade samt cirka 2 timmars samtal under loppet av 4 veckor.
- Förbered organisation och medarbetare på återgång till det normala. På det första mötet, lämna kort information till övriga medarbetare om vad som inträffat och vad som görs samt vad som ska göras. Poängtera vikten av att det andra offret inte möts med tystnad eller ifrågasättande.

Efter en tid (dagar/veckor/månader)

- Följ upp med kamratstödjarna och den drabbade individen om behov föreligger av mer avancerad psykologisk hjälp hos någon av de inblandade
- Se till att avvikelse rapport är skriven/skrivs och händelseanalys (eller annan utredning) är påbörjad/påbörjas. Var medveten om att även inkludera skyddande aspekter, dvs strukturer och processer som gjorde att händelsen inte blev värre. Säkra att lärande sker (se ovan)
- Planera in och genomför lärandegenomgång (se ovan).

- Bevaka att de olika perspektiven [43] enligt nedan finns med i alla utredningar (oavsett metod) som görs:
 - Patient- och närståendeperspektivet
 - Medarbetarperspektivet
 - Organisationsperspektivet
 - Åtgärds perspektivet
 - Lärande och spridning av lärande
 - Tidsperspektivet
- Låt patient och närstående (om de önskar) ge sitt bidrag i utredning och håll dem informerade om vad som i övrigt kommer eller har kommit fram. Under utredning håll aktiv kontakt med patient och närstående.
- Säkra att berörda medarbetare samt organisationen hålls informerade om vad som kommer eller har kommit fram i utredningar, och har varit delaktiga i processen.

Referenser

1. Bäärnhielm S, Ramel B, Theunis E, et al. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (CPTSD). *Läkartidningen* 2024;121:23090
2. Mijaljica G, Bäärnhielm S, Theunis E, et al. Utredning, handläggning och behandling av PTSD och CPTSD. *Läkartidningen* 2024;121:23091
3. Wu A. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000; 320:726-727
4. Simms-Ellis R, Harrison R, Sattar R, et al. *BMJ Open* 2025; 15:e087512. doi: 10.1136/bmjopen-2024-087512
5. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, et al. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf* 2014; 23:325-331
6. HelseDirektoratet. Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser, 2024. <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/ivaretagelse-etter-uonskede-hendelser>
7. Chong R, Yaow C, Chong N, et al. Scoping review of the second victim syndrome among surgeons: Understanding the impact, responses, and support systems. *Am J Surgery*. 2024; 229: 5-14
8. Neyens L, Stouten E, Vanhaecht K, et al. Open Disclosure Among General Practitioners as Second Victim of a Patient Safety Incident: A Cross-Sectional Study in Flanders (Belgium). *J Patient Saf* 2025; Jan 1;21(1): 9-14
9. Wahlberg Å. Second Victims in Swedish Obstetrics. Akademisk avhandling, Uppsala universitet. 2018. ISBN 978-91-513-0284-3
10. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open* 2019; 9:e029923
11. Martens J, Van Gerven E, Lannoy K, et al. Serious reportable events within inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Rev Calid Asist* 2016; 31 Suppl 2:26-33
12. Mahat S, Lehmusto H, Rafferty AM, et al. Impact of second victim distress on healthcare professionals ´ intent to leave, absenteeism and resilience: A mediation model of organizational support. *J Adv Nurs* 2024; 00:1-13
13. Dansk Selskap for Patientsikkerhed. Second victim och patientsikkerhed – et vidensnotat. <https://patientsikkerhed.dk/publikationer/second-victim-og-patientsikkerhed/>
14. Rescue Core Initiative. ERNST – RESCUE – a European strategy for supporting second victims in healthcare and long-term care. <https://cost-ernst.eu/news/rescue-e-book/> Digital ISBN 978-84-09-73611-9
15. Whitmer-Jacobsson A, Bååthe F. När vi nu alltmer börjar ta till oss att forskningen avråder från debriefing efter överväldigande händelser, hur ska vi då göra för att stödja varandra i stället? *Kvinnoläkaren* 2023, nr. 3: 22-24
16. Whitmer-Jacobsson A, Bååthe F. Några tankar om ”Buddy system” och hur det hänger ihop med andra krisstöds åtgärder. *Kvinnoläkaren* 2023, nr. 5: 27-29
17. Whitmer-Jacobsson A, Bååthe F. Att stödja patient och anhöriga efter överväldigande händelse. *Kvinnoläkaren* 2024 nr 2, 9–10
18. Whitmer-Jacobsson A, Bååthe F. Arbetsstöd vid första klinikmöten efter överväldigande händelse. *Kvinnoläkaren* 2024 nr 3, 20–21

19. Whitmer-Jacobsson A, Bååthe F. Små steg mot ett mer hållbart läkarliv: Hur mycket kan vi om kognitiv bias? *Kvinnoläkaren* 2023, nr. 1: 26-27
20. Whitmer-Jacobsson A, Bååthe F. "Introduktion till: Små steg mot ett mer hållbart läkarliv". *Kvinnoläkaren* 2022, nr. 5: 24-25
21. Whitmer-Jacobsson A, Bååthe F. Narrativ medicin för en hållbar vård: Små små steg mot ett mer hållbart läkarliv. *Socialmedicinsk tidskrift* (2024), 101(3), 353-361
22. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the health care provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-30
23. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, et al. Becoming a "second victim" in health care: Pathway of recovery after adverse events. *Rev Calid Asist*. 2016 Jul;31 Suppl 2:11-9
24. World Health Organization. Psychological first aid. 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/psychological-first-aid>
25. Rose SC, Bisson J, Churchill R, et al. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
26. Myndigheten för civilt försvar. Metod och verktyg After Action Review, AAR. <https://www.mcf.se/sv/verktyg--tjanster/metod-och-verktyg-after-action-review---aar/>
27. Amorøe TN. Interprofessional simulation-based education and resilience-focused debriefing for improved teamwork. Avhandling, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet, 2024. ISBN 978-91-8069-758-3
28. Denham CR. TRUST The 5 rights of the second victim. *J Pat Saf* 2007; 3(2): 107-119
29. Dekker S. Restorative Just Culture Checklist. 2022. <https://sidneydekker.com/papers>
30. Edmondson AC. The fearless organization. Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2019.
31. Russel B, Ahmadzadeh A, Haris K, et al. Peer Support Programs for Physicians and Health Care Providers: A Scoping Review. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2025; Sep;51(9):589-600 doi: 10.1016/j.jcjq.2025.05.003
32. Mira JJ, Potura E, Schröder K, et al. Standardizing second victim support: development of the RESCUE certification framework for health care institutions. *BMC Health Services Research* 2025; 25:1539 doi.org/10.1186/s12913-025-13741-2
33. Mira J, Carillo I, Tella S, et al. The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) Policy Statement on the Second Victim Phenomenon for Increasing Patient Safety. *Public Health Rev* 2024; 45:1607175 doi: 10.3389/phrs.2024.1607175
34. Andreen Sachs M, Baehrendtz S, Fransson Sellgren S, et al. Personal som varit inblandad i vårdskador lämnas utan hjälp. Önskvärt med systematiskt stöd från kolleger och chefer, visar intervjustudie. *Läkartidningen* 2013;11:550-552
35. Ong TSK, Goh CN, Tan EKYE, et al. Second victim syndrome among healthcare professionals: a systematic review of interventions and outcomes. *J Healthcare Leadership* 2025:17 doi.org/10.2147/JHL.S526565
36. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet* 1994; 343:1609-1613
37. Socialstyrelsen. *Krisstöd vid allvarlig händelse*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-10-9.

38. Socialstyrelsen. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025 – 2030. Artikelnummer 2025-5-9578
39. World Health Organization (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/343477>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
40. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, et al. Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster-exposed employees: a systematic review. *J Ment Health*. 2018 Feb 15:1-25. doi: 10.1080/09638237.2018.1437610.
41. Schrøder K, Bovil T, Jørgensen JS, et al. (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*, 2022; 22(1):566
42. Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. *Acad Med*. 2016 Sep; 91(9):1200-1209
43. Löf (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Utredning av allvarliga vårdskador. Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys. 2023. <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/handelseanalys>