

Personal som varit inblandad i vårdskador lämnas utan hjälp

Önskvärt med systematiskt stöd från kolleger och chefer, visar intervjustudie

MAGNA ANDREEN SACHS, docent, senior forskare, institutitionen för lärande, informatik, management och etik, Medical Management Centre, Karolinska institutet
magna.andreen-sachs@ki.se
SVANTE BAEHRENDTZ, docent, vid studiens genomförande chefläkare, Karolinska universitetssjukhuset
STINA FRANSSON SELLGREN, med dr, bitr omvårdnadschef, Karolinska universitetssjukhuset

SUSANNE ULLSTRÖM, leg psykolog, forskningsassistent, institutitionen för lärande, informatik, management och etik, Medical Management Centre, Karolinska institutet
JOHN ØVRETVET, professor, institutitionen för lärande, informatik, management och etik, Medical Management Centre, Karolinska institutet; samtliga Stockholm

När en patient kommer till skada i hälso- och sjukvården riktas uppmärksamheten först och främst mot patienten och de närstående. Åtgärder vidtas för att minimera skadan, följdverkningarna och förhindra en upprepning. Hur hälso- och sjukvårdspersonalen som varit inblandad i händelsen påverkas och vad de har för behov av hjälp att bearbeta händelsen är inte lika uppmärksammat.

BMJ hade i början av år 2000 ett temanummer om avvikelser i vården. En av numrets ledare handlade om »det andra offret« (the second victim) – den som genom ett misstag åsamkar eller riskerar att åsamka en patient skada – och som lämnas utan hjälp och stöd att bearbeta händelsen [1].

I en enkätstudie riktad till 3171 läkare i USA och Kanada inom invärtesmedicin, kirurgi, pediatrik och allmän medicin (64 procent svarsfrekvens) beskrevs konsekvenser som ökad oro för att göra fel (61 procent), förlorat självförtroende (44 procent), sömnproblem (42 procent) och påverkan på det professionella anseendet (13 procent) efter inblandning i vårdskador eller tillbud [2]. Studien uppmärksammades i Läkartidningen och önskemål om liknande studier i Sverige uttrycktes [3].

I samråd med Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm beslöts att göra en intervjustudie bland personal som varit inblandad i en avvikelse som lett till lex Maria-anmälan. Syftet var att undersöka hur hälso- och sjukvårdspersonal påverkas av en sådan händelse och vilket stöd de upplever sig ha fått eller behövt. Vi använder här begreppet avvikelse som ett samlingsbegrepp för vårdskador och tillbud.

METOD

En av medförfattarna (SFS) gick igenom de lex Maria-ärenden under åren 2009–2010 där Socialstyrelsen fattat beslut. Ärenden där ingen specifik vårdkontakt mellan enskild personal och patient förelegat (tex haveri i sjukhusets datasystem eller annan teknisk utrustning) rensades bort.

En lista på personal som varit delaktiga i resterande avvikelser upprättades. Listan omfattade 133 namn. Samtliga erhöll ett brev från chefläkaren (SB) och biträdande omvårdnadschefen (SFS) med en inbjudan att delta i en intervjustudie gällande upplevelser och påverkan på hälsan i relation till lex Maria-händelsen. Om intresse fanns att delta i studien

kunde en av medlemmarna i forskargruppen (SU) kontaktas anonymt via telefon. 29 personer hörde av sig, och av dem var 21 villiga att låta sig intervjuas. Övriga åtta var nöjda med att få svar på frågor om studiens bakgrund och syfte och information om Socialstyrelsens beslut i ärendet (lämnades av SB och SFS).

Vid intervjuerna användes en manual som använts i en liknande studie och som översatts till svenska [4]. Intervjumanualen återges i Fakta 1. Alla intervjuer utom tre spelades in och transkriberades ordagrant. Utskrifter av och anteckningar under intervjuerna försågs med löpnummer. Forskarna förfogar inte över någon lista över deltagarnas identitet. Materialet genomgick konventionell kvalitativ innehållsanalys [5]. Studien var godkänd av regionala etikprövningsnämnden. Samverkan hade skett med sjukhusets fackliga organisationer, och dessa hade samtyckt till genomförande av studien.

RESULTAT

Av de intervjuade var tio läkare, nio sjuksköterskor, en undersköterska och en biomedicinsk analytiker. 16 var kvinnor. Ingen hade tjänstgjort i vården kortare tid än fem år, de flesta elva år eller mer. Avvikelserna hade inträffat i samband med läkemedelsbehandling (åtta fall), diagnostik (fyra fall) eller invasiva åtgärder inklusive operationer (tre fall). Fem fall erhöll rubriken »övrigt« (onödig, utebliven, försenad eller otillräcklig åtgärd). Ett fall var suicid. Utfallet för patienterna i de 21 lex Maria-händelserna framgår av Tabell I.

Innehållsanalysen av intervjumaterialet har visat på två huvudkategorier: egna och omgivningens reaktioner på inträffad avvikelse samt bearbetning och behov av stöd.

Egna och omgivningens reaktioner på inträffad avvikelse

Alla informanter gav uttryck för mer eller mindre påtagliga känslomässiga reaktioner i form av sorgsenhet, förtvivlan, skuld- och skamkänslor: »Jag hade mardrömmar långt efteråt, jag mätte jättedåligt och anklagade mig själv.« Hos tre av informanterna utlöste händelsen en klinisk, behandlingskrävande depression. Nästan alla beskrev hur de gick igenom händelseförloppet gång efter gång, både för sig själva och – när möjligt – tillsammans med andra. Majoriteten återupplevde händelsen efteråt i form av »flashbacks«. Avvikelsen ledde för

SAMMANFATTAT

Vårdpersonal (tio läkare, nio sjuksköterskor och två övriga) som varit inblandade i lex Maria-händelser deltog anonymt i en intervjustudie om hur händelsen påverkat dem.

Informanterna beskrev känslomässiga reaktioner, märkbara under lång tid efteråt, såsom nedstämdhet, oro och osäkerhet i yrkesrollen.

Ett systematiskt stöd i form av samtal med kolleger och chefer efterfrågades liksom en mer

öppen attityd på arbetsplatsen till det faktum att alla begår misstag.

Artikeln syftar till att ge ökad kunskap om den känslomässiga stress som drabbar vårdpersonal vid inblandning i vårdskada eller tillbud och om behovet av ett systematiskt stöd i samband med sådana händelser.

En snabbare hantering av lex Maria-ärendena skulle troligen minska stressen.

■ FAKTA 1. Intervjumanual baserad på den manual som användes i studien av Scott et al [4].

A. Den intervjuades bakgrund

1. Kön
2. Yrkestillhörighet
3. Antal år i yrket
4. Är du fortfarande anställd på Karolinska universitetssjukhuset?

B. Händelsen

5. Inträffade händelsen på Karolinska universitetssjukhuset?
6. Hur länge sedan var det den här händelsen inträffade?
7. Skulle du kunna berätta vad det var som hände? (Om det inte är uppenbart: vilken var din roll i händelsen?)
8. Hur gick det för patienten? (Ingen skada, övergående skada, bestående skada, död?)

C. Händelsens påverkan på din hälsa och ditt arbete

9. Tycker du att händelsen påverkade ditt mående på något sätt efteråt (och din hälsa) – och i så fall, kan du beskriva hur?
10. Tycker du att händelsen påverkade ditt arbete efteråt?
11. Tycker du att händelsen påverkade din relation till arbetskolleger på något sätt?

12. VISA LISTA MED REAKTIONER.

- Här är en lista på reaktioner/symtom som sjukvårdspersonal har beskrivit i samband med inblandning i en negativ händelse/vårdskada (berätta lite om den amerikanska studien). Skulle du kunna titta igenom listan och kryssa för det som stämmer bäst in på dig?
13. Är det några symtom eller reaktioner som inte är på den här listan och som du tycker ska stå med?
 14. Den här påverkan som du upplevde, hur länge varade den?
 15. Tycker du att händelsen påverkar dig fortfarande på något sätt?
 16. Vilka av de reaktioner du har beskrivit var värst för dig?

D. Stödet efter händelsen

17. Erbjuds du något stöd efter händelsen?
18. Vad skulle du säga att du behövde/hade behövt efter händelsen (på både det personliga och yrkesmässiga planet)? Tycker du att du fick det du behövde?
19. Efter den här händelsen,

- vände du dig till någon för att få stöd? Vem i så fall? (Använd inte specifika namn, utan ange relationen, t ex partner, chef, kollega)
20. Vad var den mest avgörande eller viktigaste hjälpen du fick under den här perioden? Vem gav den här hjälpen?
21. När du är bekymrad eller stressad över någonting på din arbetsplats, hur brukar du vanligtvis hantera dessa situationer?
22. Vem brukar du vanligtvis vända dig till när du behöver råd eller stöd i frågor som rör arbetet? (Känner du dig bekväm att prata med andra eller försöker du hantera situationen på egen hand?)
23. Under din utbildning, fick du någon utbildning/träning i att hantera vårdskadesituationer? (I klassrummet eller under klinisk praktik?) Har du på annat sätt fått sådan utbildning/träning?
24. Var tycker du skulle vara bästa sättet för medarbetare att lära sig hantera vårdskadesituationer?
25. Baserat på dina egna

- erfarenheter, hur skulle du stötta en kollega om hon/han råkade ut för något liknande som det du har varit med om?
26. Hur skulle du beskriva miljön på Karolinska universitetssjukhuset när det gäller att stötta/hjälpa (alternativt inte stötta/hjälpa) medarbetare som varit involverade i en negativ händelse?
27. Vad är ditt bästa råd till oss om vi skulle ta fram bästa tänkbara stöd till en anställd som har varit med om en sådan här händelse eller liknande händelser? Hur ser en ideal lösning ut?
28. Har du någon gång varit inblandad i en liknande händelse, och i så fall, hur länge sedan var det?
29. Om ja, tror du att detta hjälpte dig eller gjorde det det svårare att hantera den händelsen vi har pratat om?
30. Är det något annat du vill dela med dig av om din upplevelse i samband med den här lex Maria-händelsen eller det som hände efteråt?

många till en osäkerhet i yrkesrollen. De beskrev tvivel på sig själva och sitt omdöme, och vissa uttryckte även tvivel i fråga om yrkesvalet: »Tryggheten försvinner på något vis, man tror inte att man kan det som man har lärt sig en gång och man blir lite frågande i huvudet. Är det rätt det jag gör? Är det dags att byta yrke?»

De flesta klarade, trots det som inträffat, av att arbeta som vanligt även om arbetet kändes tyngre, särskilt närmaste tiden efter händelsen. Självförtroendet var lägre och kontrollbehovet stort, och det fanns en rädsla att något skulle gå fel igen. Några informanter beskrev att de haft en konkret rädsla för att förlora jobbet. De flesta upplevde att det professionella anseendet tagit skada. Det kunde både handla om hur de trodde att andra såg på dem efter händelsen, men också hur de såg på sig själva.

De känslomässiga reaktionerna satt i länge, från ett par månader till över ett år efter händelsen. Många beskrev att händelsen fortfarande levde kvar inom dem och att konsekvenserna än i dag var märkbara: »Händelsen kommer alltid att påverka mig, jag kommer nog aldrig vara opåverkad av den.»

Kollegernas reaktioner beskrevs av många som stödjande med visad empati och vilja att tala om händelsen, men en tredjedel av informanterna tyckte att händelsen påverkade relationen till kollegerna negativt. Det kunde handla om allt från avståndstagande till förnekande och bagatellisering av det in-

träffade: »... det var lite så där käcka kommentarer liksom, jaja, välkommen i klubben ... Det är ju skönt att veta att man inte är ensam liksom om det som har hänt ändå, men ja, just när man står där och det är rätt så obehagligt, den där skräckkänslan, då blir det inte bra om man är alltför käck kring det heller.»

En allmän uppfattning var att fel och misstag i vården inte var något man talade om. Det fanns sällan på agendan vare sig inom kliniken eller hos sjukhusledningen.

Bearbetning och behov av stöd

Informanterna beskrev olika sätt att själva bearbeta sina känslomässiga reaktioner efter händelsen. Många valde att tala med andra – på jobbet och i familjen eller vänkretsen – och samtidigt reflektera inom sig själv. Några valde att antingen förtränga händelsen och inte beröra den med någon, vare sig på eller utanför arbetsplatsen, eller förringa händelsens allvarlighetsgrad och den egna rollen i förloppet. Alla informanter uttryckte dock ett behov av att få tala om och gå igenom händelsen i detalj efteråt, antingen i grupp eller enskilt med chefen eller med någon erfaren kollega, gärna någon som hade varit med om något liknande själv: »Systematiskt gå igenom, vad är det som har hänt? Vem gjorde vad? Hur och var och när?»

Informanterna underströk vikten av att i samtal få dela den känslomässiga upplevelsen: »Bara att man hade fått berätta

TABELL II. Utfall för patienterna i de 21 avvikelser som informanterna varit delaktiga i.

	Patienten avliden	Bestående kroppsliga men	Kortvarig kroppslig påverkan	Ingen påverkan	Upplevelse av kränkning	Oklart
Antal	6	2	9	2	1	1

och lite hur man känner och så... kanske hade man släppt det lite tidigare då», men också att i samtal få bidra till att analysera händelsen, förhindra upprepning och dra lärdomar av det inträffade: »Det är ju som två delar, den ena är kunskapsfrågan, finns det kunskap som vi inte känner till som vi hade kunnat ha nytta av i ett sådant här läge? Och det andra är mera hur man tar det som person va, alltså själva obehaget eller vad man ska säga...«

Många hade önskat att redan under studietiden få höra från blivande kolleger om erfarenheter av inblandning i vårdskador och tillbud, hur det känns och hur man hanterar det, och ansåg även att ämnet borde ingå i den kontinuerliga fortbildningen på arbetsplatsen.

Behovet av känslomässigt stöd i form av medkänsla och uppbackning betonades särskilt av dem som gjort en odiskutabel felhandling, som tex misstag vid läkemedelshantering. Då behöver personen få höra att han/hon trots allt inte är en sämre kollega och att ingen är felfri. I de fall där misstaget mer hade karaktären av felaktig bedömning utgjordes behovet framför allt av att få analysera och få synpunkter på sin bedömning: »Jag tror man behöver höra att man är en bra doktor. Jag tror att man behöver liksom bekräftelse på det. Trots att det har hänt så är du bra ... Det är nog viktigt att känna att man du-ger ändå så att säga...«

Många uttryckte en önskan om att bli uppmärksam och sedd av chefen genom att han eller hon då och då frågade hur man mätte och om man behövde något stöd. Behovet sades kvarstå så länge som händelsen inte var avslutad, dvs beslut i lex Maria-ärendet inte fattats.

En faktor som visade sig viktig för bearbetningen och som de flesta informanter spontant tog upp under intervjun var själva avvikelshanteringsprocessen inklusive lex Maria-anmälan. Många sa sig vara oklara över vilka avvikelser som skulle rapporteras och i än högre grad vilka som skulle anmälas enligt lex Maria. Liknande avvikelser hade tex inträffat förut på arbetsplatsen utan att de lett till lex-Maria-anmälan. Utredningen av händelsen framstod också för flertalet som otydlig. Det värsta var att processen drog ut över tiden och att information saknades om hur processen förlöpte. Den utdragna processen, osäkerheten om utgången och oron för följderna gjorde det svårt att få en avslutning: »Man spänner sig när man tänkte att ... vad kommer de ... hittar de någonting ... vem ska åka?«

DISKUSSION

Resultaten visar att sjukvårdspersonal efter en vårdskadehändelse drabbas av känslomässiga reaktioner med påverkan på hälsan och arbetsförmågan. Det föreligger ingen skillnad mellan kön eller profession. Fenomenet har benämnts »det andra offret« (the second victim) för att tydliggöra att det är två utsatta parter i samband med en sådan händelse: dels patienten och de närstående, dels den inblandade vårdpersonalen [1]. En litteraturöversikt har visat att läkare som varit delaktiga i en vårdskadehändelse ofta upplever allvarliga emotionella reaktioner med risk för utmattningssyndrom och depression i efterförloppet, vilket i sin tur leder till försämrad arbetsprestation och ökad risk för misstag [6].

I en enkätstudie bland över 3 000 amerikanska och kanadensiska läkare sågs en korrelation mellan händelsens allvarlighetsgrad och förekomsten av negativa hälsoeffekter [2]. Ett sådant samband ser vi inte i vårt material, vilket kan bero på att det är mindre omfattande. Å andra sidan visade enkätstudien att var tredje läkare som »bara« varit involverad i ett tillbud ändå hade drabbats av hälsoproblem [2].

Utdragen hantering förlänger de negativa hälsoeffekterna

Scott et al [4] tyckte sig på basen av en intervjustudie kunna urskilja en gradvis övergång mellan sex olika stadier i det

»En allmän uppfattning var att fel och misstag i vården inte var något man talade om.«

emotionella reaktionsmönstret efter en inträffad vårdskada: från det första kaostillståndet via åltande av förloppet och gradvis återställande av självkänslan till slutfasen, som handlar om slutlig bearbetning och kraft att gå vidare. Samtliga faser kan spåras i vårt material, även om de framträder i olika hög grad hos informanterna och inte så tydligt sekventiellt ordnade. Trots att den händelse som gjorde att de ingår i vår studie låg minst ett, oftast två, år bakåt i tiden är bearbetningen i viss mån en ännu pågående process, vilket den utdragna hanteringen av lex Maria-ärendet tycks ha bidragit till.

Liksom i ovan nämnda enkätstudie [2] och litteraturöversikt [6] framkommer också i vårt material ett starkt behov av att få samtala med kolleger för att analysera de egna bedömningarna och de beslut som föregick misstaget och för att få bekräftelse på sin duglighet. Dessutom efterfrågades ett engagemang från chefs sida i hur man har det – ett engagemang som helst ska bestå intill dess att bearbetningen av det inträffade är avslutad. Sådant stöd har givits i en del av fallen men förefaller då mer ha varit ett uttryck för en viss chefs personlighet än för en etablerad rutin.

Studiens begränsningar

Begränsningen i denna studie är dess upplägg som intervjustudie med ett relativt litet urval av informanter, vilket gör att det inte går att dra slutsatser om prevalensen av denna typ av känslomässiga reaktioner efter inträffad avvikelse. Vi har dock anledning tro att det är långt vanligare än vad vi föreställer oss, vilket även enkätstudien av Waterman et al bekräftar [2].

KONKLUSION

Sammanfattningsvis har den här studien visat att vårdpersonal i efterförloppet efter en avvikelse riskerar att under en längre tid drabbas av känslomässiga reaktioner som påverkar hälsan och arbetsförmågan. Ett systematiskt stöd i form av samtal med kolleger och chefer efterfrågades liksom en mer öppen attityd på arbetsplatsen till det faktum att misstag görs. Förhoppningen är att resultaten av denna studie ska väcka medvetenhet om vårdpersonalens reaktioner och behov av systematiskt stöd vid inblandning i vårdskada eller tillbud.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Studien har finansierats av Vetenskapsrådet.*

REFERENSER

1. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320:726-7.
2. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33:467-76.
3. Teorell T. Många mår dåligt efter att ha gjort fel i vården. *Läkartidningen*. 2008;105:610-1.
4. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider »second victim« after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325-30.
5. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15:1277-88.
6. Scwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139:9-15.

LÄS MER Engelsk sammanfattning
Läkartidningen.se
Medicinsk kommentar sidan 546