



Vårdpersonal som "second victim"

- En studie utförd på en BB-Gyn klinik

Ann-Sofie Aspelin-Hiltunen

Maria Långström

Masterarbete

Avancerad klinisk vård 2018

2020

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård, Högre YH
Identifikationsnummer:	7318, 7320
Författare:	Ann-Sofie Aspelin-Hiltunen och Maria Långström
Arbetets namn:	Vårdpersonal som "second victim" – en studie utförd på en BB-Gyn klinik
Handledare (Arcada):	HVD, överlärare emerita Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Ålands hälso- och sjukvård BB-Gyn klinik
<p>Sammandrag:</p> <p>"Second victim" är den vårdare som är inblandad i en ogynnsam händelse. Syfte med denna studie var att utforska begreppet "second victim" och utreda om vårdpersonalen på Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik erbjudits stöd då de blivit "second victims". Forskningsfrågorna var: Hur beskrivs "second victim" i litteraturen? Vilket stöd får vårdpersonal då ett misstag uppstår? Hur har personalen upplevt stödet? Som teoretisk referensram användes stödmodellen Resilience in Stressful Events, RISE, som grundar sig på arbetskamratstöd. Stödmodellen är skapad av Professor Wu. Litteraturoversikten i studien består av artiklar inom området vårdpersonal som "second victim". Metod: Metoden i studien var enkätundersökning som utfördes på Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik. Resultat: Enkäten besvarades av 25 informanter av 30 möjliga. Stödet från arbetskamraterna upplevdes som det bästa stödet. Med familj och vänner hade vårdpersonalen inte förmått diskutera på grund av tystnadsplikten. Stödet från chefen ansåg 14 informanter vara lagom eller utmärkt och stödet från arbetskamrater var lagom eller utmärkt enligt 18 informanter. Begreppet "second victim" var inte bekant från tidigare för fem informanter och 14 av informanterna hade känt till begreppet mindre än ett år. Av informanterna hade 19 varit med om en ogynnsam händelse, men ingen av informanterna hade svårt att visa sina känslor efter den ogynnsamma händelsen. Vårdslost eller självdestruktivt beteende efter en ogynnsam händelse var det tre av informanterna som hade upplevt. Konklusioner: Barnmorskor är utsatta för ogynnsamma händelser och är benägna att bli "second victims". Man kan inte utgå från att familj och vänner ger stöd efter ogynnsamma händelser, utan istället måste stöd arrangeras från arbetsplatsen. Utbildning i patientsäkerhet och ogynnsamma händelser under sjukskötartutbildning förbereder blivande sjukskötare för kommande händelser, därför skulle det vara viktigt att redan i grundutbildning ta upp begreppet "second victim".</p>	
Nyckelord:	"second victim", barnmorska, obstetrik, vårdpersonal, ogynnsam händelse, resiliens
Sidantal:	58
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	15.5.2020

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced clinical care
Identification number:	7318, 7320
Author:	Ann-Sofie Aspelin-Hiltunen and Maria Långström
Title:	Health professionals as second victim – the study is executed in the obstetrics and gynecology clinic
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta, PhD
Commissioned by:	Ålands hälso- och sjukvård BB-Gyn klinik
<p>Abstract:</p> <p>Second victim is a career that is involved in an adverse event. The aim of this study was to explore the concept of second victim and to investigate if the health care personnel on Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik has been offered support when they have been second victims. The research questions were: How is second victim described in literature? What support does health care personnel get when a mistake happens? How was the support experienced by health care personnel? The aid model Resilience in Stressful events RISE, which is based on support from co-workers, was used as the theoretical reference. The aid model is created by Professor Wu. The literature overview in the study comprises of articles about health care professionals as second victims. Method: the method of the study was questionnaires at Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik. The result: the questionnaire was answered by 25 out of 30 informants. The support of co-workers was experienced as the best support. The health care personnel had not been able to talk with their friends and family due to professional secrecy. The support from the manager was considered moderate or excellent by 14 informants and 18 informants considered the support from co-workers moderate or excellent. The concept second victim was not familiar from before to five informants and 14 informants had known of the concept less than a year. Of the informants 19 had been part of an adverse event, but none of them had difficulties in showing their emotions after the event. Three of the informants had experienced carelessness or self-destructive behavior after the adverse event. Conclusion: Midwives are exposed to reverse events and are prone to be second victims. It can't be expected that family and friends would give support after adverse events, but rather the support must be arranged by the workplace. Education about patient safety and adverse events during nursing education prepares future nurses for upcoming events, so it would be imperative to already have the term second victim used during basic education.</p>	
Keywords:	Second victim, midwife, obstetric, health professional, adverse event, resilience
Number of pages:	58
Language:	Swedish
Date of acceptance:	15.5.2020

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntijuus YAMK
Tunnistenumero:	7318, 7320
Tekijä:	Ann-Sofie Aspelin-Hiltunen ja Maria Långström
Työn nimi:	Hoitohenkilökunta toisena uhrina ("second victim") – tutkimus on suoritettu naistentautien- ja synnytysklinikalla
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta, TtT
Toimeksiantaja:	Ålands hälso- och sjukvård BB-Gyn klinik
<p>Tiivistelmä:</p> <p>"Second victim" on hoitaja, joka on osallisena haitallisessa tapahtumassa. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli tutkia käsitettä "second victim", ja ottaa selvää onko Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik:an henkilökunnalle tarjottu tukea, kun he ovat joutuneet "second victimeiksi". Tutkimuskysymykset olivat: miten "second victim" kuvataan kirjallisuudessa? Minkälaista tukea hoitohenkilökunta saa vahingon tapahtuessa? Miten henkilökunta on kokenut saadun tuen? Teoreettisena tukena käytettiin Professori Wun kehittämää Resilience in Stressful Events (RISE) mallia, joka perustuu työkavereiden tukeen. Tutkimuksen kirjallisuuskatsaus perustuu artikkeleihin, jotka käsittelevät "second victimeiksi" joutuneita hoitohenkilökunnan jäseniä. Menetelmä: tutkimuksen menetelmä oli kyselytutkimus, mihin vastasivat Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik:an henkilökunta. Tulokset: Kyselyyn vastasi 25 henkilöä 30:sta. Työkavereiden tuki koettiin parhaaksi tueksi. Salassapitovelvollisuuden takia hoitohenkilökunta ei voinut puhua perheen tai ystävien kanssa. Esimiehen tukea piti 14 vastaajaa kohtalaisena tai erinomaisena. 18 vastaajaa piti työkavereiden tukea kohtalaisena tai erinomaisena. Käsite "second victim" ei ollut ennestään tuttu viidelle vastaajalle ja 14 vastaajaa oli tuntenut käsitteen alle vuoden ajan. Vastaajista 19 oli ollut mukana haitallisessa tapahtumassa, mutta kenelläkään vastaajista ei ollut vaikeuksia näyttää tunteitaan haitallisen tapahtuman jälkeen. Kolme vastaajaa oli kokenut huolimatonta tai itsetuhoista käytöstä haitallisen tapahtuman jälkeen. Tiivistelmä: Kätilöt ovat alttiita haitallisille tapahtumille, jonka vuoksi riski joutua "second victimiksi" on korkea. Ei voi olettaa, että perhe ja ystävät tukevat haitallisen tapahtuman jälkeen, vaan työpaikan pitää järjestää tuki. Sairaanhoito-opiskelun aikana järjestettävä koulutus potilasturvallisuudesta ja haitallisista tapahtumista valmistaa tulevia sairaanhoitajia tuleville tapahtumille, joten olisi tärkeää ottaa esille jo perusopetuksessa käsite "second victim".</p>	
Avainsanat:	"second victim", kätilö, obstetriikka, hoitohenkilökunta, haitallinen tapahtuma, resilienssi
Sivumäärä:	58
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	15.5.2020

INNEHÅLL

1	Inledning.....	8
2	Bakgrund.....	10
2.1	Ålands hälso- och sjukvård	10
2.2	Centrala begrepp.....	11
2.3	Vad innebär "second victim"	12
2.4	Patientsäkerhet.....	15
2.5	Samarbete inom organisationen	16
2.6	Stödåtgärder för vårdpersonalen.....	18
2.6.1	<i>Critical incidentstress debriefing</i>	19
2.6.2	<i>Tammerfors universitetssjukhusstödmall</i>	19
3	Teoretisk referensram	20
4	Avgränsning, syftet och frågeställningar.....	22
5	Studiens design	23
6	Tidigare forskning	24
6.1	Litteratursökning och kvalitetsgranskning	24
6.2	Ogynnsamma händelser på BB- och gyn avdelningar	25
6.3	Posttraumatiskt stressyndrom inom barnbörd.....	28
6.4	Det upplevda stödet.....	30
6.5	Sammanfattning av litteraturöversikten	33
7	Etiska överväganden.....	34
8	Enkätundersökning	35
8.1	Data av enkätundersökningen.....	36
8.1.1	<i>Bakgrundsfakta</i>	37
8.1.2	<i>Resultatet av enkätundersökningen</i>	37
9	Diskussion	40
10	Kritisk granskning.....	43
10.1	Studiens pålitlighet	44
	Källor	46
	Bilaga 1 Informations brev	52
	Bilaga 2 Enkätundersökningens frågor.....	53

Bilaga 3 Litteratursökning.....	58
--	-----------

Figurer

Figur 1. Studiens design	23
Figur 2. Det upplevda stödet.....	38

FÖRORD

Ett stort tack till personalen på Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik att ni så aktivt tog del i enkätundersökningen.

Vi vill även tacka docent Jyrki Kettunen som har hjälpt skribenterna med att analysera data på SPSS, samt våra handledare Eivor Wallinvirta och granskare Heikki Paakkonen för de fina och givande diskussioner och råd vi fått när vi haft handledning.

Slutligen vill vi även tacka Ann-Sofies flickor Nicola Aspelin och Aurora Hiltunen som granskat språket, samt Soile Haapalainen som hjälpte till med översättningen av abstrakten.

Ann-Sofie Aspelin-Hiltunen & Maria Långström

1 INLEDNING

“Second victim” handlar om vårdpersonal, som upplever känslomässig smärta och obehag efter en ogynnsam händelse. Begreppet har använts inom vården sedan år 2000. (Edrees et al. 2016) Tidigare användes begreppet “second victim” inom vården endast för patienten. Det var bara patienterna som var ett offer, inte vårdpersonalen. (Wahlberg 2018) Senare har man kommit underfund med att patienten, den som skadan sker åt, är ”first victim” och vårdaren, den som har varit med om felet eller misstaget, är “second victim”. (Mäkinen 2019) Med andra ord blir “second victim” den utövaren, som känner sig personligen ansvarig för ett vård fel som i värsta fall kan leda till ett dödsfall. (Dekker 2013, Seys et al. 2012)

“Second victim” begreppet är trots allt relativt nytt i vårdlitteraturen. Det har i stället utgått från begreppet resiliens. (Burlison et al. 2017) Poijula (2018 s.18) som grundade det första traumaterapicentret i Finland 1994, konstaterar att begreppet resiliens blivit känt först under de senaste åren i Finland, eftersom man har nonchalerat begreppet resiliens och istället använt “sisu”.

Typiska tecken för ”second victims” kan likna det som kännetecknar posttraumatiskt stressyndrom. (Burlison et al. 2016) Ogynnsamma händelser kan förorsaka en traumatisk stressreaktion som innefattar både fysiska och psykiska symptom. Vanligen rapporterade reaktioner bland vårdpersonal är rädsla, skuld, skam, självtvivel, ilska samt besvikelse. Det rapporteras också ökad ångest om framtida fel, förlust av självförtroende, sömnsvårigheter samt minskad arbetstillfredsställelse. (Ullström 2014, Harrison & Wu 2017, Lee et al. 2019, Croskerry et al. 2010, Seys et al. 2012, Brunelli et al. 2018) Detta kan även leda till att vårdpersonalen inte längre vill arbeta inom samma organisation eller att vårdaren vill lämna sitt yrke. (Seys et al. 2012)

I Finland har man uppskattat att det årligen avlider 700 till 1700 patienter på grund av ogynnsamma händelser. Institutet för hälsa och välfärd har som mål att ogynnsamma händelser skall ha minskat med hälften år 2020. (THL 2013)

Studier har granskat förekomsten och svårighetsgraderna av sekundära trauman som vårdpersonal upplever efter en ogynnsam händelse, samt värderat behovet av en effektiv stödmodell från organisationerna åt ”second victims”. (Seys et al. 2012, Scott et al. 2009, Wu 2000, Schröder et al. 2017) Det argumenteras att en fungerande ”second victims” stödmodell på arbetsplatsen hjälper vårdpersonalen att återhämta sig från en plötslig, ogynnsam händelse. (Burlison et al. 2017, Lee et al. 2019)

”Second victim”-stödm modeller används i stor utsträckning i USA, men också i Europa. De används i situationer som har konsekvenser för patienter eller deras släktingar. Syftet med stödm modellerna är att stödja personalen, eftersom då det sker ett fel blir vårdpersonalen ”second victim” för händelsen. På Tammerfors universitetssjukhus har det i maj 2018 tagits i bruk en så kallad ”second victim” stödmodell vars syfte är att stödja och hjälpa vårdpersonal som gjort misstag. Den är den första kända så kallade ”second victim”-stödm modellen i Finland. (Västilä 2018) Skribenterna var i kontakt med Sally Järvelä, som år 2014 blev inspirerad av stödm modellen då hon deltog i en kongress, där det hölls en föreläsning om ämnet. Sally Järvelä utvecklade modellen då hon arbetade som biträdande överläkare på Tammerfors universitetssjukhus, TAYS. År 2017 blev hon regionchef på sjukhuset och fick möjlighet att berätta mera om stödm modellen till andra. Vasa sjukvårdsdistrikt och centrala Tavastlands centralsjukhus, där Sally Järvelä nu är ledande överläkare, har också tänkt ta i bruk stödm modellen. Sally Järvelä visste emellertid inte om TAYS fortfarande använder stödm modellen. På TAYS intranätssidor finns materialet fortfarande kvar.

Denna studies uppdragsgivare är Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik med syfte på att utreda om vårdpersonalen på kliniken har blivit ”second victims” och om stödet upplevts vara tillräckligt. Studien utförs genom en enkätundersökning bland barnmorskor och obstetrikers på Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik. Den tidigare forskningen har focus på hur barnmorskor har upplevt ogynnsamma händelser och vad ”second victim” innebär för dem. Således kommer TAYS stödmodell inte att ha någon central roll i denna studie.

Studien utfördes av två skribenter. Materialet var inte uppdelat, utan skribenterna har träffats på skolan, via zoom eller telefonsamtal och bearbetat materialet tillsammans. För att

skribenterna skulle få en bättre inblick av avdelningen där studien utfördes ett studiebesök till Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn kliniken i januari 2020. Före studien påbörjades diskuterades det med uppdragsgivaren om vilken term som används i studien; det engelska begreppet "second victim" eller det svenska begreppet det andra offret. Uppdragsgivaren önskade att det engelska begreppet används eftersom begreppet redan används på sjukhuset.

2 BAKGRUND

Studier ger kunskap om att många i vårdpersonalen har varit utsatta för ogynnsamma händelser och blivit "second victims". Trots detta så är begreppet "second victim" ännu obekant både för förmännen och vårdpersonalen.

När det sker misstag i ett välfungerande samhälle så ser man snabbt till att skapa säkerhetsprocesser för att stöda de instanser som blivit utsatta, däremot i sjukvården när det sker ogynnsamma händelser som medför "second victims" är man inte lika snabba på att åtgärda händelserna och ge stöd åt de drabbade. (Santomauro et al. 2014)

2.1 Ålands hälso- och sjukvård

Åland ligger mellan Finland och Sverige och hör till Finland men är självstyre och enbart svenskspråkigt. Invånarantalet är nästan 29 800. År 1953 fick de egen flagga. Ålands parlament, lagtinget, har rätt att stifta egna lagar och paragrafer på Åland inom flera områden. Hälso- och sjukvården är till exempel ett av områdena. Stora förändringar som dras igenom på fastlandet gällande hälso- och sjukvården berör inte Åland, till exempel social- och hälsovårdsreformen. (Visit Åland 2019)

Enligt den nya rikslagen blev Ålands centralsjukhus år 1953 Finlands första centralsjukhus. Den första januari 1994 bildades Ålands hälso- och sjukvård genom en administrativ reform. Ålands hälso- och sjukvård förkortas ÅHS. På Åland är det ÅHS som ansvarar för hela den offentliga hälso- och sjukvården. ÅHS samarbetar med Åbo universitets centralsjukhus på fastlandet och Uppsala Akademiska i Sverige. (ÅHS 2019, Ekholm 2019)

Ålands hälso- och sjukvård förkortas ÅHS. BB-Gyn kliniken är det officiella namnet för Barnbörds- och gynekologikliniken och innefattar BB-, gyn- och förlossningsavdelningarna samt polikliniken. Officiellt har BB och gyn 12 sängplatser och två förlossnings-salar. Dessutom finns det övriga sängplatser, som kan tas i bruk vid behov. Det är samma personal som ansvarar för BB-, gyn- och förlossningsavdelningarna. På kliniken finns det skild vårdpersonal, men vid sjukfrånvaro och vid semestrar roterar personalen mellan polikliniken och avdelningarna. Det finns inte förutbestämt vem som sköter vad utan fördelningen görs i början av varje skift, till exempel vem som tar vilken patient. Under samma skift kan man ha både gyn- och BB patienter, men vid förlossningar får barnmorskan oftast ansvara och koncentrera sig på en patient. På polikliniken är arbetsfördelningen en annan. Vårdarna har även egna barnmorskemottagningar, sköter patient-kontakter, har telefonrådgivning samt assisterar till exempel läkare. (ÅHS 2019, Ekholm 2019) Åsa Wahlberg från Sverige har skrivit sin doktorsavhandling om "Second Victims in Swedish Obstetrics" och arbetar som vikarie på ÅHS BB- och Gyn kliniken.

På ÅHS har man 260 födselar per år vilket är alldeles för lite enligt nationella riktlinjer för att upprätthålla en förlossningsavdelning då kravet är 1000 födselar per år. Om man skulle utgå från de nationella kriterierna, borde inte Ålands BB-Gyn klinik existera mera. Det är tack vare att Åland har egen sjukvårdslagstiftning och deras unika ö-läge som gör att detta är möjligt. Det vill säga Åland har egen lagstiftning och behöver därför inte följa de nationella kriterierna, alltså gäller dessa regler och kriterier inte på Åland. (Lindroos & Stolpe 2019, Ekholm 2019)

2.2 Centrala begrepp

I studien har det använts följande termer, "second victim", ogynnsamma händelser, post-traumatiskt stressyndrom och resiliens. Dessa begrepp definieras på följande sätt.

"Second victim" är den i vårdpersonalen som är involverad i en ogynnsam händelse och på så vis blivit offer och är traumatiserad av vad som hänt. (Scott et al. 2009) Ogynnsamma händelser är en negativt avvikande händelse som inom hälso- och sjukvården kan vara "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits". (Karlsson 2019)

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, är en avvikelse som utvecklas av en långvarig eller fördröjd respons på en sällsynt skräckinjagande eller katastrofal händelse. Till exempel onda drömmar, uppleva på nytt eller minnesbilder som förbinder till traumat. Avstå från händelser som förbinder eller påminner om traumat. Typiska tecken på PTSD är överaktivitet och fysisk överkänslighet som till exempel sömnsvårigheter, spasmer eller koncentrationssvårigheter. Posttraumatiskt stressyndrom uppkommer inom sex månader efter den ogynnsamma händelsen. (HNS 2019)

Resiliens har att göra med flexibilitet, återhämningsförmåga och uthållighet (Poijula 2018). Nemeth et al. (2008) definierar resiliens som systemets förmåga att ändra sin funktion antingen före, under eller efter en förändring eller störning, så att den nödvändiga handlingen förblir konstant och stabil, trots en betydande störning eller ett konstant tryck. Hollnagel et al. (2006 s.14) definierar resiliens som "Förmågan att upprätthålla effektiva skyddsmekanismer, som klarar av att motverka anfall förorsakade av negativa faktorer och erosion av latenta tillstånd."

2.3 Vad innebär "second victim"

Albert Wu var den första som använde begreppet "second victim" i en brittisk tidskrift om läkarvetenskap år 2000. Han är den ledande experten för flera patientsäkerhetsaspekter, bland annat om hur kliniska fel har psykologisk inverkan på både patienter och vårdpersonal. (Wachter 2011) Wu skrev att många fel är inbyggda i dagliga rutiner och anordningar, och kan ställa till med problem för både vårdpersonalen och patienterna. Även om patienter är obestridligt det första offret för kliniska misstag skadas läkare också av samma ogynnsamma händelse, och blir "second victims". Sjuksköterskor, farmaceuter och andra medlemmar av vårdteam är också utsatta för ogynnsamma händelser och är lika sårbara för dessa händelser. Med tanke på sjukhushierarkin har de i mindre utsträckning möjlighet att hantera sina misstag. De blir ofta vittnen för misstag och kämpar tyst över motstridig lojalitet till patienter, institution och lag. Dessa omständigheter gör att vårdpersonal blir "second victims". (Wu 2000)

Även om vården har blivit effektivare har den också blivit mer komplex. Det används mera ny teknik, läkemedel och behandlingar. (WHO 2019) Under det senaste decenniet har vårdorganisationer antagit standardiserade procedurer för att utreda händelser och personalen har blivit mera medveten om systemfel. Organisationerna misslycka ändå ofta med att känna igen konsekvenserna av ogynnsamma händelser hos vårdpersonalen. (Edress et al. 2016)

Det har emellertid redan länge varit känt att vårdpersonal är utsatt för emotionell börda. Eftersom det finns undersökningar om att en av nio patienter får en skada av den vård de får. Det handlar oftast om ett läkemedelsfel. Följdverkan kan vara traumatisk inte enbart för patienten och patienternas närstående, utan också för den berörda vårdpersonalen. (Harrison & Wu 2017) Den första reaktionen som vårdpersonal kan få kan vara chock eller förnekande. Det kan ta tid innan vårdpersonalen accepterar felet och kan fortsätta sin karriär utan emotionell stress. (Badrudin et al. 2018)

Så länge som människor arbetar sker det misstag, även om man försöker förhindra det. Ingen går till arbetet för att göra misstag och om det händer är det alltid en överraskning och en chock för den anställde. (Västilä 2018) Vårdarbetet är mänskligt och alla fel kan inte förhindras men vårdpersonalen är personligen ansvarig för vad de gör eller lämnar ogjort. (Flinkman & Salanterä. 2015) Varje upplevelse lämnar ett spår på människokroppen, hjärnan och nervsystemet, antingen kortvarigt eller långvarigt. Minnet är inte ett videoband, det är flexibelt och föränderligt. Redan tanken om att utföra en uppgift under press förorsakar tillfälligt en fysiologisk stressreaktion och man måste återhämta sig för att klara av uppgiften. (Åhman & Gustafsberg 2019 s.245) Fel och oväntade ogynnsamma händelser uppstår eftersom människor i sig är involverade i ett mycket komplext medicinskt system med tusentals möjligheter att misslyckas. (Pettker 2017)

Scott & McCoig (2016) konstaterar att en överväldigad majoritet av vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården har lidit i tystnad av arbetsrelaterad ångest och stress på grund av oavsiktliga konsekvenser från den kliniska patientvården. Känslor av skam, skuld, ilska, förlust av förtroende och depression är reaktioner som vårdpersonalen kan uppleva. Tecken och symptom på den emotionella stressen kan pågå dagar, några veckor, några månader eller till och med längre. De flesta "second victims" känner sig försvarslösa mot

symptomen och har uttryckt att de aldrig har upplevt en så extrem emotionell reaktion i sitt liv. Vissa av vårdpersonalen isolerar sig och undviker att återvända till jobbet. De känslor och tvivel som följer “second victims” löser sig inte utan stöd.

Vårdpersonalen upplever ofta kliniska fel som personliga misslyckanden med efterföljande känslomässiga reaktioner av förlägenhet, rädsla för misstag i framtiden och känslor av otillräcklighet. Dessa känslor kan vara en följd av att vårdpersonalen förväntas vara felfria och deras strävan efter fullständighet. Vårdpersonalens grad av utbrändhet och depression, liksom självmordstankar är starkt relaterade till kliniska fel. (Wahlberg et al. 2019) Omedelbart stöd bör erbjudas via kommunikation och mentorskap, samt stödjas av stödmodeller som är fokuserade på välbefinnande. (Hauk 2018) Eftersom “second victims” har även begått självmord för att avsluta sitt lidande. (Burlison et al. 2017, Badruddin et al. 2018)

Dekker (2016) tar upp professor Jens Rasmussens rationella valteori om antagandet att dåliga resultat inte är resultatet av människans omoraliska val utan det är produkten av normala interaktioner mellan människor och system. Om vi inte förstår varför människan handla på ett visst sätt, beror det inte på att människan uppför sig oförklarligt, utan det beror på att människan har utgått från fel perspektiv. Enligt Åhman & Gustafsberg (2017 s. 146–147) har människans hjärna en begränsad förmåga att ta itu med sensorisk information, även om människan kontinuerligt strävar efter att upptäcka ny information. Då människan fokuserar sig på någon viss information är det svårt att upptäcka annan information samtidigt. Ju större stresstillstånd, desto sämre uppmärksamhet och desto lättare gör människan misstag. Det har konstaterats att uppmärksamhet påverkas av känslor. Om det sker två stimuleringar nästan samtidigt påverkar stimulansens känslighet på hur man uppfattar dessa. Ifall den första stimulansen är mer emotionell är det svårare att uppfatta den andra stimulansen. Då den andra stimulansen är mer emotionellt är koncentration förmågan på den första kortare. Detta betyder att en människa inte kan koncentrera sig på två saker samtidigt, eftersom hjärnan endast klarar av att koncentrera sig på en sak åt gången. Det som gör att människan klarar av två prestationer nästan samtidigt beror i verkligheten på hur snabbt hjärnan klarar av att övergå från en prestation till en annan.

Vårdpersonal påverkas ibland också känslomässigt av klagomål, vilket i sin tur kan bidra till "second victim". Efter klagomål är vårdpersonalen mer benägna att undvika högrisk-patienter och att visa defensivt beteende som i sin tur kan leda till ökad risk för ogynnsamma händelser och försämrar vården av patienter. (Bolton & Goldsmith 2018)

För att stödja patienten, familjen och den berörda personalen behövs empati och emotionell beröring som ibland, vid svåra situationer, kräver en strukturell uppmaning, det vill säga en på förhand uttänkt stödstrategi. (Pettker 2017) Den inblandade vårdpersonalen kan också drabbas av emotionell stress och på så vis bli "second victims" även om de inte förorsakat den ogynnsamma händelsen som skadat patienten. (Edress et al. 2016, Lee et al. 2019)

2.4 Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är att förebygga fel och händelser som har negativ inverkan på patienter och är sammankopplade med vården. (WHO 2019) Psykiska förhållanden som kan äventyra patientens säkerhet borde omedelbart detekteras, diagnostiseras och hanteras. (Burlison et al. 2016, Edress et al. 2016) Patientsäkerhet kan hotas omedelbart efter en ogynnsam händelse eftersom vårdpersonalens förmåga att behandla patienter kan vara försämrade. Det har rapporterats om förhöjda risker på att begå flera misstag, så med andra ord är konsekvenserna av "second victims" flera och potentiellt långvariga samt förändrar livet på den drabbade. I extrema fall är det möjligt att vårdpersonalen byter karriär eller lämnar arbetslivet, (Harrison & Wu 2017, Lee et al. 2019, Burlison et al. 2016, Ullström 2014, Burlison et al. 2017, Badruddin et al. 2018) eftersom vårdpersonalen påverkas av rädsla för tvister och straff som minskar på professionellt förtroende och arbets-trivsln. (Burlison et al. 2016)

Även om vårdpersonal kan förbises när en ogynnsam händelse inträffar, bör de inte lämnas ensamma att hantera sina känslor. Om en lämplig åtgärd inte tillhandhålls kan vårdpersonalens emotionella och fysiska hälsa skadas, vilket kan påverka individens sätt att fungera både ensamt och i team. Det kan äventyra patientsäkerheten. (Hauk 2018)

Burlison et al. (2016) tar upp hur vårdpersonalens emotionella tillstånd kan påverka patientvården på många sätt. De poängterar, att för att minska på känslomässiga fel, bör medvetenheten om dessa faktorer höjas. Både Burlison et al. (2016) och Croskerry et al. (2010) betonar att emotionell kompetensutbildning bör integreras i utbildningen av vårdpersonal. Specifikt bör klinisk undervisning främja mer öppenhet och diskussion om vårdpersonalens känslor gentemot patienter. Strategier bör utvecklas för att hjälpa vårdpersonalen att identifiera och fördjupa sig inom emotionella influenser som kan påverka vården, särskilt då det är i fråga om den känslomässigt framstående patienten.

2.5 Samarbete inom organisationen

Det är viktigt att vårdpersonalen känner till vad arbetet går ut på och klarar av att ta ansvar över det. Känslan om att ha kunnat tillämpa sin kunskap och effektivitet i arbetet samt ett gott samarbete med andra behövs för att nå en uppmuntrande och stimulerande arbetsmiljö. (Arbetshälsoinstitutet 2019) Den mentala prestationsförmågan beror i det stora hela på relationen av samspelet mellan människor och hur man observerar andra människor. Våra sociala färdigheter definierar många saker. Ibland utvecklar vi i organisationen människor, även om problemet är i systemet, strukturen eller i program som hindrar människor från att agera på bästa möjliga sätt. Då det finns ett problem bland människor eller inuti en människa, så finns det också en orsak för det. Denna orsak leder till en känsla som leder till ett visst beteende. Förvånansvärt ofta förvärras situationen av det faktum att vi inte kan tolka det korrekt. När man utvecklar mentala prestationer och situationsmedvetenhet så är det inte bara en människa som drar nytta av det utan människans situationsmedvetenhet påverkar ett stort antal människor runt omkring. (Åhman & Gustafsborg 2017 s.31)

Känslomässig ångest är ofta långvarig och en följd av ogynnsamma händelser. Dessutom rapporteras att organisationens svar på den ogynnsamma händelsen relaterar till hur händelsen inverkar på vårdpersonalen. Stödet inom många organisationer är ofta obefintligt (Ullström 2014, Ullström et al. 2014, Scott 2015). Det otillräckliga stödet och bristen på respons gör det svårt att känslomässigt bearbeta händelsen och nå ett slut. Många bland vårdpersonalen fruktar för disciplinära åtgärder och förlust av professionellt rykte. (Ullström 2014) Ångest kan leda till att vårdpersonalens livskvalitet försämras. Det blir risk

för utbrändhet, ökad användning av alkohol och droger samt skolkning (Ullström 2014) dessutom ökar självmordstankar. (Ullström 2014, Burlison et al. 2017) Detta i sin tur medför konsekvenser för vårdpersonalen och organisationen. Arbetsmiljön spelar en stor roll på återhämtningen. (Burlison et al. 2016) Tillräckligt stöd kan minska ångesten medan negativa attityder och brist på stöd kan öka emotionell börda. Organisationen kan hamna i en ond cirkel då emotionell ångest och otillräckligt stöd leder till suboptimal patientvård och ökar risken för ogynnsamma händelser. Undersökningsresultat bekräftar att patienter och vårdpersonal kan påverkas på två sätt av en ogynnsam händelse. För det första av händelsen själv och för det andra av det sätt på vilket händelsen hanteras. (Ullström 2014)

Då ett vårdfel uppstår, behövs det stöd från organisationens ledarskap och ledning. (Burlison et al. 2016) Lämpliga åtgärder för ogynnsamma händelser kräver ett organiserat och ett välplanerat tillvägagångssätt. En utmaning för ledare på fältet är att förstå de grundläggande elementen i säkerhetsvetenskap som krävs för att hålla allting under kontroll även då när någonting håller på att gå fel. (Pettker 2017) Patientsäkerhetsforskare har uppskattat det faktum att "second victim" potentiellt kan vara en allvarlig konsekvens för vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården. Effekterna av "second victim" och tillhållandet av stöd eller brist på stöd åt de inblandade, kan ge konsekvenser i en större omfattning. Konsekvenserna kan inverka på arbetsmiljön i enheten och på hela inrättningen. En organisatorisk förståelse och medvetenhet om begreppet "second victim" tillsammans med stödåtgärder, ger en unik möjlighet att göra det möjligt för "second victims" att få det känslomässiga stöd som så många önskar. (Scott 2015)

Scott (2015) konstaterar att sjukvårdsorganisationer borde ha skyldighet att säkerställa känslomässiga stödstrategier, för att mildra lidande och optimera den befintliga patientsäkerhetskulturen. Stödinsatser bör utformas för att klara av att hantera olika svårighetsgrader av "second victim". Det vill säga allt från enkla arbetskamrats interaktioner, till långvarigt professionellt stöd. Burlison et al. (2016, 2017) påminner om att organisationen behöver i sin tur en välfungerande infrastruktur och resurser för att kunna upprätthålla och öka utvecklingen av program som stöder "second victims". Det är också viktigt med korrekt information för att kunna styra utvecklingen av dessa program åt rätt håll.

Ett viktigt socialt och organisatoriskt stöd för “second victims” är psykologisk förstahjälp och debriefing. Detta bidrar till att vårdpersonalen klarar av att behandla negativa individuella konsekvenser. Organisationen får samtidigt en möjlighet att lära sig om sina egna svagheter, förnekanden och försvar. Genom att göra en intervention av “second victim” i stället för att avskeda eller ge sanktioner kan vara en viktig organisatorisk investering för säkerhet och lärande (Seys et al. 2012, Pettker 2017) eftersom resiliens mellan “second victim” och organisationen är komplicerad. (Ullström et al. 2014)

Resiliens handlar om individens förmåga att klara av att hantera stress och stressfaktorer i omgivningen samt om hur individen bemöter olika situationer och hanterar dem på ett sätt som främjar personligt välbefinnande. (Burlison et al. 2017, Poijula 2018 s.19) Resiliens bistår med snabbare och grundligare återhämtning. Vissa svårigheter efter en ogynnsam händelse förväntas och kan till och med vara till hjälp för att anpassa sig. (Poijula 2018 s.27) Ullström et al. (2014) poängterar att erfarenhet av händelser som leder till “second victim” ger stor tillgång till fakta om hur säkerhet utövas och bryts. Detta borde integreras med hur människan samt en organisation hanterar risk och säkerhet.

2.6 Stödåtgärder för vårdpersonalen

För att kunna stödja “second victims” är det nödvändigt att gå igenom omständigheterna av de aktuella händelserna tillsammans, diskutera de symptom som vårdpersonalen upplever och ge det stöd de behöver. Det är viktigt att förstå att det behövs olika stöd för “second victims” för att kunna ge det rätta emotionella och administrativa stödet. (Lee et al. 2019) Upplevd “second victim” kan ha en bestående negativ effekt på människan, oavsett yrke, karriärlängd eller kön. (Lee et al. 2019, Burlison et al. 2017) Arbetskulturen borde bestå av förtroende, lärande och ansvarighet. Då det händer en ogynnsam händelse skall man inte ställa frågor om regler och överträdelser och konsekvenser. Istället borde man samla de som drabbas av händelsen, samarbetar med att kollektivt ta itu med de skador och behov som uppstått, efter den ogynnsamma händelsen, på ett sätt som respekterar alla parter. (Dekker & Breakey 2016)

Återhämtning påverkas av en mängd olika faktorer i arbetsmiljön, särskilt stödet eller bristen på det, som tillhandahålls av arbetskamrater och organisationen. Det borde upprättas en rättvis kultur för lärande, engagera all personal för debriefing. Ge vägledning om hur vårdpersonal kan ge ömsesidigt stöd åt varandra. (Hauk 2018)

2.6.1 Critical incidentstress debriefing

Critical incidentstress debriefing, CISD, har tillhandahållits för yrkesverksamma som utsätts för traumatiska och höga stressrelaterade händelser. CISD är ett gruppdiskussions tillfälle. Det anses vara ett effektivt sätt för att främja resiliens och återhämtning. (Harrison & Wu 2017) Debriefing är inriktat på att sönderdela luckorna i det mycket komplexa kliniska systemet och på så sätt försöka minska på de ogynnsamma händelserna. (Pettker 2017) Vårdpersonal som bevittnar eller bidrar till förekomsten av en ogynnsam händelse kan uppleva psykologiska effekter som stör både deras professionella och personliga liv, samt förmågan att leverera säker vård av hög kvalitet. (Harrison & Wu 2017) Debriefing minskar på de negativa psykologiska följderna. Debriefing sker bäst i små homogena grupper för varje person har ett unikt behov av stöd i relation till erfarenhet. (Harrison & Wu 2017) Att få diskutera detaljerna i en händelse med en kollega framträder som en konsekvent önskan. (Burlison et al. 2016) Det föredras stöd från utbildad personal av profession på samma nivå eller något högre, men det finns dock fall där personer har fått väsentligt stöd från personer med annan bakgrund. Om det finns spänning mellan individer i den ansvarige, professionella gruppen, så behövs det anlitas stödtjänster från utomstående. (Harrison & Wu 2017) Förutom debriefing har "second victims", för att kunna återhämta sig, uttryckt en önskan om att få vara personligen med och korrigera system och process fel som ingått i händelsen. (Burlison et al. 2016) Det har också konstaterats att vårdpersonal som är involverade i en ogynnsam händelse kan i vissa fall dra nytta av att befrias från sitt vårdansvar under en tid. (Hauk 2018)

2.6.2 Tammerfors universitetssjukhusstödmödel

På Tammerfors universitetssjukhus har man tagit i bruk en så kallad "second victim" stödmödel, den första och enda mödel som finns i Finland. Mödelen togs i bruk på våren

2018. Modellen fungerar i USA, Australien och England. Modellen är till för att hjälpa vårdpersonal som blivit "second victim". Istället för att ignorera händelsen, så finns det nu en stödmodell som följs för att stöda den som blivit "second victim". "Second victim" stödmodellen är en längre version av debriefing. (Grönroos 2019) Enligt materialet som finns på Tammerfors universitetssjukhusintranätssidor resonerar TAYS sitt bruk av stödmodellen så här. I händelse av patientskada eller misstag är det viktigt att begränsa skadan för patienten och deras nära och kära på alla sätt. Att få lärdom av skada och fel, är enheters gemensamma intresse. Handledarens uppgifter inkluderar att hantera skador på ett adekvat sätt för att identifiera och avlägsna svagheter från systemet med tanke på framtida förhållanden. Handledaren har ansvar för att stödja den anställda som har fallit offer för felet. Då den ogynnsamma händelsen inte är förorsakad av allvarlig vårdslöshet eller avsiktligt uppträdande, så är det viktigt att på långsikt ge adekvat stöd åt arbetstagaren. Stöd till att höja arbetsförmågan, höja självkänslan, ge känslan av att tillhöra arbetsgemenskapen och beakta behovet om stöd för att återfå en positiv bild av arbetets mening. (Gynther 2020) Stödmodellen är uppbyggd på fyra skeden för att göra det lättare att kunna stegvis följa upp och stöda samt leda personalen vidare från det som skett. Samtidigt utförs korrigerande åtgärder så att misstaget inte sker på nytt. (Västilä 2018)

3 TEORETISK REFERENSRAM

År 2010 började ledare för patientsäkerheten, riskhanteringen och de kliniska avdelningarna på Johns Hopkins Hospital diskutera problemen och betydelsen över hur viktigt det är att stödja vårdpersonalen. Genom att lyssna på berättelser och upplevelser gjordes det upp strategier för att förbättra systemet. Denna process ledde till etablering av RISE, ett stödprogram som byggs upp på arbetskamratstöd 2016. (Edrees et al. 2016) Det var Professor Wu som skisserade programmet *Resilience in Stressful Events*, RISE, som han är pionjär för på Johns Hopkins Hospital. (McCullagh 2017) En stödmodell som leds av arbetskamrater var ett alternativ som föredrogs av personalen eftersom arbetskamraterna betraktades förstå de kliniska problemen. Dessutom hade det visat sig vara effektivt och ekonomiskt lönsamt. (Edrees et al. 2016) Tanken är att helt enkelt ta hand om vårdpersonalen. RISE programmet är en grupp dedikerade volontärer, som ger stöd åt vårdpersonalen konfidentiellt och med en icke-dömande attityd. Volontärerna ger emotionell förstahjälp till "second victims", som har problem med att hantera sina känslor efter en

ogynnsam händelse. (McCullagh 2017) Ett långsiktigt mål med programmet är att främja en kultur där alla anställda är resilienta och ömsesidigt stödjande före, under samt efter stressrelaterade händelser. (Edrees et al. 2016) Professor Wu påpekar att vårdpersonalen måste våga prata om patientsäkerhet. (McCullagh 2017)

Vårdpersonalen är utsatta för flera utmaningar under sin karriär. Eftersom arbetet som vårdpersonal är belastande fysiskt och psykiskt, är det viktigt att känna till utmaningarna som är relaterade till arbetet och vårdpersonalen bör vara medveten om hjälp som erbjuds på arbetsplatsen, då en ogynnsam händelse sker. Bristen på medvetenheten om utmaningarna kan leda till ytterligare patientskador, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för både vårdpersonal och patient. För att kunna stödja vårdpersonalen, bör arbetsplatsen erbjuda ordentliga stödmodeller till sin personal. Även om RISE- programmet utvecklades och marknadsfördes på sjukhuset, var det väldigt få från vårdpersonalen som var medvetna om stödmodellen under det första året. För att stödmodellen skall fungera, krävs det en kontinuerlig samt mångsidig insats för att öka medvetenhet och förtroende bland anställda. (Edrees et al. 2016)

4 AVGRÄNSNING, SYFTET OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Studien är ett uppdrag av Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik. Studien gäller vårdpersonalen på avdelningen. På BB-Gyn avdelningen är vårdpersonalen cirka 30 personer.

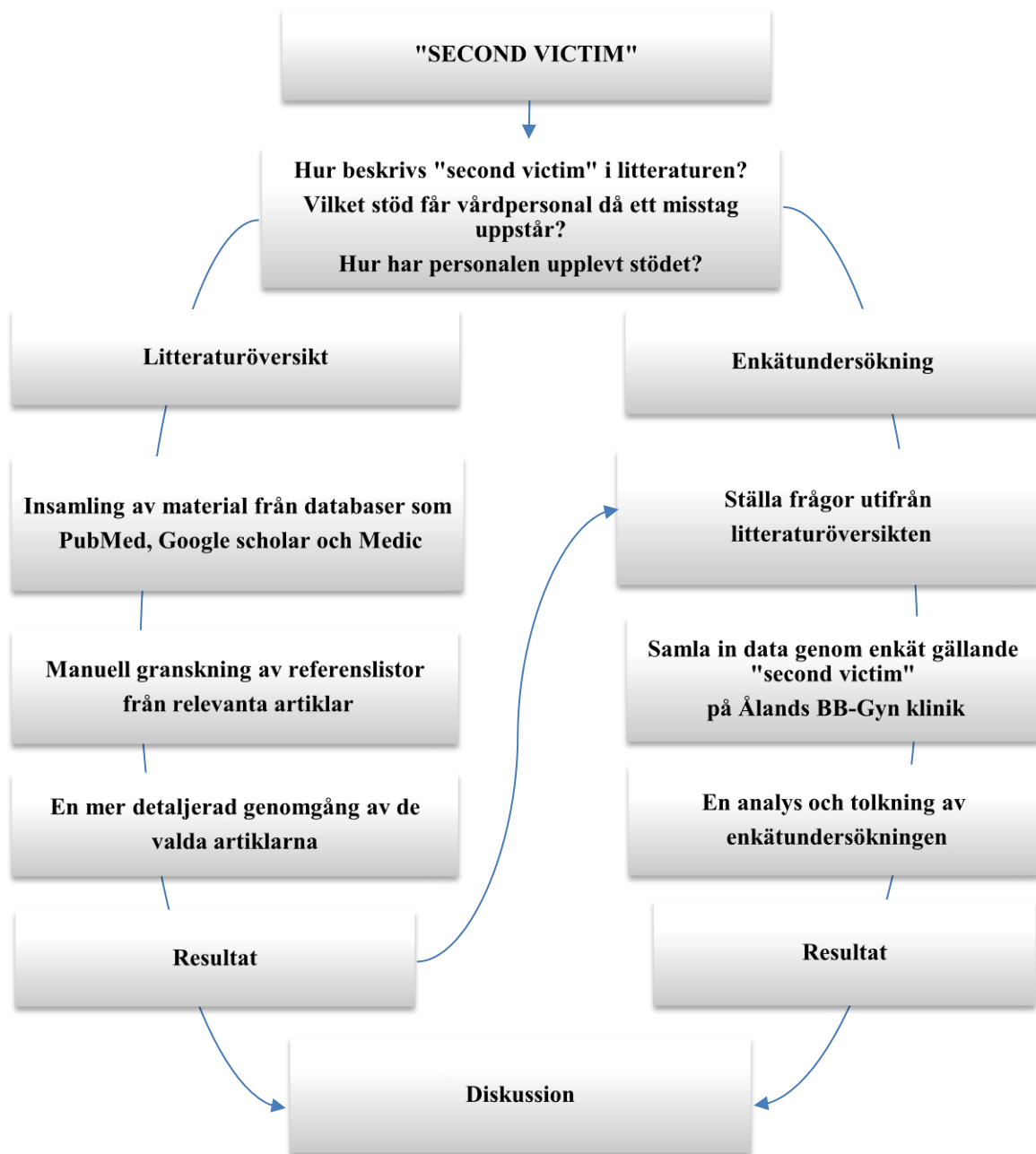
Syftet med denna studie är att utforska begreppet “second victim” och utreda om vårdpersonalen på Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn kliniken erbjudits stöd då de blivit “second victims”.

Frågeställningarna i studien är:

1. Hur beskrivs “second victim” i litteraturen?
2. Vilket stöd får vårdpersonal då ett misstag uppstår?
3. Hur har personalen upplevt stödet?

5 STUDIENS DESIGN

Här nedan illustreras studiens design med hjälp av en figur för att göra det lättare att analysera studiens förlopp. Genom att skriva ner enbart de väsentliga faktorerna så blir det en förenklad bild av det som upplevs som viktigt i processen (Eriksson & Finn 2014 s. 74–77).



Figur 1. Studiens design

6 TIDIGARE FORSKNING

Eftersom studien fokuseras på förlossningsarbete och gynekologisk verksamhet, så tas det upp i forskningsöversikten studier som behandlat begreppet “second victim” bland barnmorskor och obstetrikere.

6.1 Litteratursökning och kvalitetsgranskning

Skribenterna har bearbetat artiklar och valt ut dem som är relevanta för studien. Artiklarna skall vara av hög standard, vara reproducerbara och dessutom ha hög evidensgradering. (Rosén 2017, s. 375–377)

Artiklarna som valts till denna studie har skribenterna först på var sitt håll gått igenom på olika databaser som Pubmed, Google Scholar, Medic och SweMed+. Sedan valdes artiklar vars abstrakt varit relevanta med inklusionskriterierna. Därefter har skribenterna tillsammans gått igenom alla valda artiklar och valt ut de artiklar som gick att få i full text. Alla andra artiklar exkluderades. (SBU:s handbok 2017 s.15) Se bilaga 3.

Sökandet kring tidigare forskning började redan i januari 2019. Inklusionskriterierna inför första urvalet var att hitta artiklar som undersökte vårdare som “second victims” samt patientsäkerhet. Databaserna PubMed och Google Scholar användes. PubMed gav 67 träffar på ordet “second victim” och patient safety, skrivna inom de fem senaste åren, varifrån det valdes 19 artiklar som verkade enligt rubriken passa in på studien. En artikel exkluderades för den gick inte att få upp i fulltext och nio artiklar exkluderades för att abstrakten inte var relevanta för det dåvarande syftet och frågeställningarna. Dessutom gjordes en bredare sökning på Google scholar med sökorden “second victim” och ”nurse” för att få en förståelse om hur mycket litteratur det finns om “second victim” inom vården. Sökningen gav 209 000 träffar varav de valdes 27. PubMed gav med sökorden “second victim”, “patient safety”, “adverse events” inom fem år träff på 23 artiklar, av dem valdes fem artiklar. Sökorden gav ytterligare från Journal of patient safety egna nätsidor 28 artiklar varifrån de valdes åtta. Sökandet fortsatte med samma sökord som tidigare på PubMed och Google Scholar alla gånger kom det olika antal artiklar. En stor del av artiklarna var samma men på olika databaser. Det kommer dagligen ut nya artiklar, de flesta

kommer från USA men också vårt grannland Sverige har börjat forska i begreppet “second victim”.

Efter det att studien fått en uppdragsgivare i april 2019 ändrades syftet och frågeställningar samt inklusionskriterierna. Sökordet “patient safety” exkluderades och istället inkluderas förutom ”second victim” sökorden “midwife/obstetrics”, “resilience” samt “midwife/obstetrics” och “adverse events”. Skribenterna valde 15 artiklar utav dessa olika sökningar. Databaserna var fortfarande PubMed och Google Scholar men skribenterna sökte även på databaserna MEDIC och SweMed+ med det svenska ordet “det andra offret” och med finska ordet “toinen uhri” men det kom inga relevanta träffar.

6.2 Ogynnsamma händelser på BB- och gyn avdelningar

Många barnmorskor och obstetriker upplever allvarliga händelser som påverkar dem ibland allvarligt. Sårbarheten som vårdpersonalen utsätts för bör inte underskattas. (Wahlberg et al. 2018) Barnmorskor kan drabbas av trauma samtidigt som de ger kvinnor vård. (Sheen et al. 2015) Det rapporterades mer ångest hos barnmorskor på BB och gyn avdelningar än bland vårdare i den kliniska miljön. (Kerkman et al. 2019) Bristen på att känna igen eller erkänna skuld samt skuldkänslor kan hindra självförlåtelse som i sin tur kan ha en negativ effekt på återhämtning för barnmorskor och obstetriker efter ogynnsamma händelser. (Schröder et al. 2017) Förbättring av tillgången till professionell hjälp, förbättring av arbetskamratstöd och implementering av stödmodeller efter en ogynnsam händelse kan ha betydande positiv effekt på barnmorskors psykiska välbefinnande. (Kerkman et al. 2019) “Second victim” effekten inträffar ofta inom sjukvården och kan ha känslomässiga och professionella konsekvenser för vårdpersonalen. Speciellt de kvinnliga i vårdpersonalen som har familjer är mera utsatta. (Gupta et al. 2018)

Nödsituationer inom förlossning kommer alltid att involvera oförutsedda situationer och misstag är oundvikliga i den komplexa sjukvården. Detta kräver att man är förberedd på de ogynnsamma händelser som kan hända under förlossningen för att kunna främja en lärande och stödjande kultur. (Wahlberg et al. 2016) Ett stort dilemma inom sjukvården är att väl avsedda åtgärder kan orsaka skada eller till och med förorsaka att patienter dör. Vårdpersonal kan uppleva skuld fast de inte har gjort något fel då det hänt en ogynnsam

händelse. Schröder et al. Tog upp professor Gamlunds teori om att vårdpersonal kan ha tanken om att de kunde ha gjort något annorlunda som skulle ha ändrat resultatet, oavsett om de fick höra att de inte gjort något fel. (Schröder et al. 2017)

Då det händer ogynnsamma händelser känner vårdpersonalen ofta obehag. (Sheen et al. 2015) som till exempel när ett spädbarn dör eller försämras allvarligt under en förlossning kan barnmorskan och obstetrikern uppleva skuldkänslor. (Schröder et al. 2017) Då är det viktigt att det finns beredskap för kollegialt stöd samt medvetenhet om hur hårt den anställda kan bli drabbad på arbetsplatsen. (Wahlberg et al. 2018) Känslomässiga uppgörelser, självskuld och känslor av sårbarhet för utredningsförfaranden rapporteras. Barnmorskor med hög ångest är mer benägna att rapportera om att de personligen blir upprörda av händelser och uppfattar att alla aspekter av deras personliga och yrkesmässiga liv påverkas. (Sheen et al. 2015) Att öka tillgången till psykologiskt stöd kan vara viktigt för att minska på de psykiska hälsoproblemen i framtiden hos barnmorskor som utsätts för ogynnsamma händelser. Detta kan underlättas genom att göra barnmorskorna medvetna om det potentiella stöd som erbjuds då de har svårigheter med sitt arbete. (Kerkman et al. 2019) De flesta barnmorskor föredrar stöd genom att få prata om händelsen med arbetskamrater, (Kerkman et al. 2019, Sheen et al. 2015) men de fanns erfarenhet om att stödet från äldre arbetskamrater och handledare är ibland frånvarande eller olämpliga. (Sheen et al. 2015) En del får mera nytta av att ha lätt tillgång till professionell hjälp. (Kerkman et al. 2019)

Barnmorskearbetet anses som ett väldigt utmattande yrke, eftersom en barnmorska måste klara av att hantera stress, smärta, ångest, rädsla och ibland även sorg. För att kunna klara av ett så psykiskt utmattande yrke, krävs det ordentliga handlingsmönster. (Hunter et al. 2014) Då nyutbildade barnmorskor har kommit ut i arbetslivet, har flera noterat att det de fått lära sig i skolan inte alltid går att tillämpa i verkligheten. Barnmorskor har kommenterat att de ofta hamnar i konfliktsituationer med sig själva under arbetstid, då de märker att arbetet inte alltid är det som man blir förberedd till. Utbrändhet är därför väldigt vanligt bland barnmorskor. (Hildingsson et al. 2013) Känslomässigt utmattad barnmorska är mindre benägen att kunna visa medkänsla. (Sheen et al. 2014) Även om flera barnmorskor ger upp sitt yrke, finns det även många som stannar kvar. De som stannar kvar gör det inte endast på grund av ekonomiska skäl, utan för att de vill. De har hittat resiliens och

utvecklat fungerande handlingsmönster. (Hunter et al. 2014) Resiliens inom barnmorskearbetet anses viktigt. Därför är det viktigt att behandla resiliens redan under barnmorskestudierna. Självmedvetenhet, att komma ihåg sin professionella identitet och att identifiera ogynnsamma händelser är alla faktorer som underlättas då barnmorskor har kännedom om resiliens. Arbetsplatsernas utmaningar kräver också att barnmorskorna utvecklar ett handlingsmönster, för att undvika utbrändhet. (Hunter et al. 2014)

Patientsäkerhetsprogram har fått ökad uppmärksamhet, de ogynnsamma händelserna har lett till att vårdpersonalen deltar i händelseanalyser som har rapporterats av vårdpersonal eller patienten. Händelseanalyserna hanteras till en stor del genom att gå igenom den anställdas utförande för att få lärdom om hur förbättra patientsäkerheten. Detta kan leda till processförändringar i arbetsmetoderna för att förhindra liknande incidenser, men vårdpersonal och deras reaktioner samt hantering av ogynnsamma händelser beaktas inte lika. (Schröder et al. 2017, Wahlberg et al. 2016) Starka känslor av skuld och skam kan påverka patientvården. Den drabbade barnmorskan kan vara upptagen med tankar om vad som hände och hur saker och ting kunde gå så fruktansvärt fel. Barnmorskan kan även oro sig över vad andra vårdare tänker och hur man "bedöms" inom arbetssammanhang efter händelsen. (Wahlberg 2018) Sjukvårdsorganisationer borde ha potential till att se de känslomässiga konsekvenserna vid ogynnsamma händelser vilket omfattar de grundläggande mänskliga behoven som acceptans och tillhörighet. (Wahlberg et al. 2018) Utveckling samt förbättring av stödmodeller för vårdpersonal är en multifaktoriell uppgift och Schröder et al. (2017) föreslår att det borde minskas på fokuset på kliniska fel och istället komplettera patientsäkerheten med moraliska filosofiska perspektiv. Främja att inte anklaga och skuldsätta vid felaktig vård.

En återvinning av den professionella självbilden, konstrueras och tolkas som att vara utgående av kategorier som illustrerar en ofta ojämn väg. Sårbarheten av vad arbetet innebär samt ett övervägande om hur arbetet ska framskrida ska gås igenom. Processen inkluderar letande efter extern acceptans för att återetablera känslan av tillhörighet genom att få stöd av arbetskamrater, chefen och det juridiska systemet. Vårdpersonalen är helt beroende av känslan om förtroende för att återfå sin självsäkerhet och lust till att stödja andra i liknande situationer genom att dela åsikter. Processen kan emellertid också leda till att man omprövar en professionell självbild genom att sätta upp gränser, skapa en bättre balans

mellan arbetsliv och liv eller skapa mentala handlingsmönster för liknande händelser. För vissa leder processen till en förändring av yrkesidentitet och byte av arbetsplats. (Wahlberg et al. 2018) Schröder et al. (2016) undersökte nivåer inom utbrändhet, sömnstörningar, allmän stress, depressiva symptom, somatisk stress och kognitiv stress bland danska barnmorskor och obstetrikare efter att de varit medverkande i en ogynnsam förlossning. En femtedel av barnmorskor och obstetrikare som blivit utsatta för en eller flera ogynnsamma förlossningar, arbetar inte mera inom sjukvården.

I en studie gjord i Sverige av Wahlberg et al. (2016) var det 72% av barnmorskorna och 84% av obstetrikare som upplevt en eller flera ogynnsamma händelser på arbetsplatsen. I en studie gjord i Israel av Cohen et al. (2017) hade de flesta barnmorskor 94,3% upplevt en ogynnsam förlossning på arbetsplatsen. Detta betyder att ogynnsamma händelser är mycket vanliga på BB- och gyn avdelningar. (Wahlberg et al. 2016, Cohen et al. 2017) Förekomsten av ogynnsamma händelser utanför arbetsplatsen var mindre vanligt. Men de flesta av deltagarna hade upplevt minst en. (Cohen et al. 2017)

6.3 Posttraumatiskt stressyndrom inom barnbörd

Barnmorskor och obstetrikare är förknippade med processen som följer en kvinna genom förlossningen. Ibland kan det dock hända att barnet eller mamman får permanenta skador eller i värsta fall dör. Det blir en ogynnsam händelse för familjen men även för vårdpersonalen. (Schröder et al. 2017, Gupta et al. 2018) Barnmorskor som upplever arbetsrelaterad stress och ogynnsamma händelser kan insjukna i posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, ångest eller depression. Då barnmorskor känner sig ansvariga för en ogynnsam händelse kan känslor som misslyckande och skuld framträda, då är de mer utsatta för att utveckla PTSD. (Kerkman et al. 2019, Schröder et al. 2017, Gupta et al. 2018) I en studie grundad på intervjuer med barnmorskor som alla hade upplevt en ogynnsam händelse och fått diagnosen posttraumatiskt stressyndrom var händelseegenskaperna liknande, oberoende om de hade hög eller låg nivå av ångest. Emellertid visade utvärderingen av effekterna att följderna av händelsen samt erfarenheten och tillgång till stöd skilde sig mellan grupperna. Barnmorskor med hög nivå av ångest hade en större benägenhet att uppleva alla aspekter av sitt personliga och yrkesmässiga liv negativt och rapporterade svårigheter av tillgång till stöd från vänner och äldre arbetskamrater. (Sheen et al. 2015) Det

kan spekuleras i att när identiska händelser upplevs som traumatiska så inverkas också den känslomässiga graden av andra faktorer som personlighet, arbetsförhållanden och miljöfaktorer. (Kerkman et al. 2019)

Barnmorskor har potential för att indirekt uppleva traumatiska perinatale händelser antingen genom att bevittna dem eller genom att lyssna på berättelser om förlossningar, båda ingår i definitionen traumaexponering. Indirekt exponering för trauma har förknippats med ett antal negativa psykologiska reaktioner, inklusive PTSD. (Sheen et al. 2014)

Förekomsten av arbetsrelaterad PTSD bland barnmorskor har utvärderats i länder som Australien, där rapporterades PTSD bland barnmorskor till 17%. I Storbritannien rapporterades det 33%. Beck et al. har undersökt PTSD-prevalens två gånger i sjukvården i USA och fann första gången en prevalens på 26% och andra gången 36% bland sjuksköterskor och barnmorskor. I Sverige var det 5% av barnmorskorna som hade varit inblandad i en svår arbetsrelaterad händelse som uppfyller kriterierna för sannolik PTSD. Kerkman et al. studie är den första som undersökte förekomsten av PTSD hos holländska barnmorskor och i den studien var det 17% som hade symptom som kunde tyda på PTSD. (Kerkman et al. 2019)

Personer som lider av PTSD kommer sannolikt också att uppleva medkänslig kraftlöshet. Dessa två koncept överlappar varandra. Enligt en studie som tog upp skillnaden mellan arbetsrelaterade, klientrelaterade och personlig utbrändhet betonades kraftlöshet som ett kännetecken för utbrändhet. Faktorer som yrkesår, långa arbetstider eller uppdragslängd och hög belastning av traumapatienter förknippas också med ökad nivå av medkänslig kraftlöshet. Under år 2015 hade 39,5 % av 475 barnmorskor i Sverige personlig utbrändhet och 15 % arbets- och klientrelaterad utbrändhet och av 473 barnmorskor i USA var det 42 % som hade rapporterat posttraumatiskt stressyndrom. (Cohen et al. 2017)

Det kvinnliga könet är en riskfaktor när det gäller PTSD. (Wahlberg 2018) En studie av Van Gerven et al. (2016) om psykologiska effekter poängterar könsrelaterade egenskaper. Kvinnor har i allmänhet en tendens att reagera starkare på ogynnsamma händelser. Wahlberg (2018) utgår från individuella skillnader mellan könen som utbildning,

trauma i barndomen, tidigare ogynnsamma händelser, psykisk ohälsa, genetik och dåligt socialt stöd. Till socialt stöd räknas också det tysta stödet från kolleger, familj och vänner. Även egna barn kan ha betydelse, det kan ses som styrka men också som en svaghet, då det gäller posttraumatiskt stressyndrom.

6.4 Det upplevda stödet

Det är nödvändigt att överväga effektiva sätt att främja och underlätta tillgång till stöd, både på en personlig och på organisatorisk nivå. (Sheen et al. 2015) Möjligheten att få diskutera med arbetskamrater, vänner och familj är avgörande vid en ogynnsam händelse. Stöd från överordnade kan också ha en skyddande effekt mot utbrändhet. Barnmorskor skulle dra nytta av ökad medvetenhet om ogynnsamma händelser samt implementering av standardiserade stödmodeller efter en ogynnsam händelse. Barnmorskor som var medvetna om förekomsten av stödmodeller efter en ogynnsam händelse var betydligt mer nöjda med det erbjudna stödet jämfört med barnmorskor utan stödmodeller. (Kerkman et al. 2019)

Det finns behov av att öka medvetenhet om stöd som erbjuds efter en ogynnsam händelse i synnerhet för barnmorskor utanför sjukhuset eftersom de är ofta mindre medvetna om stödmodeller, än barnmorskor på sjukhus. Åtgärder måste också vidtas för att behandla skillnaden mellan barnmorskor som önskar professionell hjälp och barnmorskor som får professionell hjälp. (Kerkman et al. 2019)

Potentiella ogynnsamma händelser kommer alltid att inträffa på fältet, men hur vi ser och hanterar patienten och den berörda vårdpersonalen kan påverkas genom kunskapsutveckling. (Wahlberg et al. 2016) Uppmärksamheten på behovet av att ge stöd till vårdpersonal har ökat, eftersom medvetenheten om att vårdpersonal som utsätts för ogynnsamma händelser och efterföljande klagomål eller utredningsförfaranden kan påverka så mycket, att förmågan att prestera på arbetet försämras. (Wahlberg et al. 2016) Emotionellt utmattade barnmorskor är bland annat mindre benägna att kunna delta i empatisk vård. (Sheen et al. 2014) Medkänsla är avgörande för barnmorskor och bör praktiseras och förbättras. Medkänslighet bör integreras i utbildningen av barnmorskor och annan vårdper-

sonal. Insatser för att minska och hantera stress som kan leda till medkänslig kraftlöshet rekommenderas också. Sådana ingripanden kan innefatta att utveckla resiliens, det vill säga förmågan att reagera rationellt inför motgångar. (Cohen et al. 2017)

En betydande del av barnmorskor och obstetrikers kommer under sina arbetsår att uppleva ogynnsamma händelser där modern eller den nyfödda skadas eller dör. Därför borde det ökas med att dagligen uppmärksamma behovet av känslomässigt stöd. (Wahlberg et al. 2016) Stödet från arbetskamrater har konstaterats vara det bästa under återhämningsprocessen för den som blivit "second victim". Därför kan det vara bra att implementera en mentor- eller en arbetskamratsstödmödel bland barnmorskor för att minska känslan av isolering då det händer en ogynnsam händelse. (Kerkman et al. 2019)

Det finns ett behov av mer kunskap och acceptans om arbetsrelaterade ogynnsamma händelser, eftersom dessa ogynnsamma händelser kan leda till betydande psykiska hälsoproblem. (Kerkman et al. 2019) Det bör också övervägas hur barnmorskor på ett lämpligt sätt kan förberedas för denna aspekt i praktiken under grundutbildningen. (Sheen et al. 2015, Coldridge & Davies 2017) Då nyutbildade barnmorskor har kommit ut i arbetslivet, har flera noterat att det de fått lära sig i skolan inte alltid går att tillämpa i verkligheten. Barnmorskor har kommenterat att de ofta hamnar i konfliktsituationer med sig själva under arbetstid, då de märker att jobbet inte alltid är det som man blir förberedd till. Utbrändhet är därför väldigt vanligt bland barnmorskor. (Hildingsson et al. 2013) Utbildningen bör fokusera mer på att öka medvetenheten om arbetsrelaterad stress och ogynnsamma händelser, detta kan förhindra allvarliga konsekvenser för den berörda vårdpersonalen och deras fortsatta karriär. (Wahlberg et al. 2016, Kerkman et al. 2019, Wahlberg et al. 2018, Coldridge & Davies 2017) För att kunna anpassa sådana insatser är det viktigt att studera de hanteringsmönster som barnmorskan mest använder. (Cohen et al. 2017, Coldridge & Davies 2017)

De flesta ogynnsamma händelserna har att göra med fel, komplikationer och massiva blödningar, följt av död av baby eller mor. (Cohen et al. 2017, Kerkman et al. 2019) En stor del av barnmorskor och obstetrikers kommer att uppleva en eller flera ogynnsamma händelser, ibland medräknas också hot och aggression, under deras arbetskarriär. (Wahl-

berg et al. 2016, Kerkman et al. 2019) Av dessa kommer en väsentlig del att bli involverade i händelseanalyser, rapporter från sjukhuset till nationella myndigheter och får klagomål från patienter eller patienters familjer. Ogynnsamma händelser som medför utredningsprocesser och klagomål upplevs till en del som ”normala” delar av ett arbetsliv. (Wahlberg et al. 2016) Att bli utsatt för media ses alltid som något negativt. (Wahlberg et al. 2018)

Eftersom sjukvårdsorganisationerna genomgått stora förändringar under de senaste 25 åren, har även barnmorskors ställning på sina arbetsplatser förändrats. Teknologin har ersatt barnmorskors professionella kompetens och barnmorskor har själv kommenterat att de inte riktigt vill lita på teknologin och att en viss rädsla konstant är närvarande. Största delen av mindre BB-avdelningar har lagts ner under åren. Under de senaste åren har det även rapporterats att allt fler barnmorskor lämnar sitt yrke på grund av den hårda stressen, stora arbetsmängden och dåliga karriärmöjligheter. Det talas ändå inte ofta om hur psykiskt utmattande och krävande barnmorskejobbet är och hur svårt det är för barnmorskor att få stöd. (Hildingsson et al. 2013)

I förlossningssalen är teamwork och kommunikation mellan vårdpersonalen viktig både för att det skall vara en positiv upplevelse för föderskan men även för att förlossningen skall löpa så bra som möjligt. Det är också viktigt att ta vara på både obstetrikerns och barnmorskans erfarenheter, upplevelser samt kunskaper gällande ogynnsamma händelser, för att sedan i framtiden kunna förebygga ogynnsamma händelser och förbereda föräldrarna att förstå de möjliga konsekvenserna som kan uppstå. (Wahlberg et al. 2019) Barnmorskor och patienter har inte tillräckligt gemensamt så därför kan de inte jämföras. Patienter vet sällan vad de kan förvänta sig medan barnmorskor har erfarenhet och kunskap om olika faser i arbetet. Människor som är sjuka är också mer benägna att utveckla ångest och depression. (Kerkman et al. 2019)

När en ogynnsam händelse har skett är det viktigt att den eller de personer i vårdpersonalen som blivit ”second victims” får de stöd de behöver. Ogynnsamma händelser kan i bästa fall leda till processförändringar i arbetet och kan lära vårdpersonalen hur de skall agera för att kunna förhindra och förebygga liknande händelser. Frågor som tangerar skuld känslor och ansvaret för patienterna verkar vara centrala för ”second victims” efter

ogynnsamma händelser. Detta utmanar inte endast den drabbades självförtroende och självkänsla, utan också förmågan att gå vidare och lägga händelsen bakom sig. (Schröder et al. 2017) Barnmorskor som lider av psykisk ohälsa kan vara mer känslomässiga och benägna att dra sig ur stödnätverk samt undvika patienter och arbetskamrater. Detta påverkar patientvården och gör att det är svårt att identifiera barnmorskan som behöver hjälp. (Pezaro et al. 2015)

6.5 Sammanfattning av litteraturöversikten

Barnmorskans arbete är ett känslomässigt yrke. Alla barnmorskor upplever ogynnsamma händelser i något skede under sin arbetskarriär. Det är viktigt för den berörda att få stöd då händelsen skett. (Wahlberg 2018, Sheen et al. 2015, Kerkman et al. 2019, Schröder et al. 2017, Hildingsson et al. 2013, Hunter et al. 2014, Gupta et al. 2018, Pezaro et al. 2015, Cohen et al. 2017, Wahlberg et al. 2018)

Barnmorskor och obstetrikers kan ibland känna sig skyldiga, även om de inte har någon orsak att känna skuld känslor. Förträngning av känslorna kan i värsta fall leda till nya ogynnsamma händelser eller till att vårdpersonalen byter yrke. (Schröder et al. 2017, Hunter et al. 2014, Wahlberg 2018)

Det är viktigt att öka medvetenheten om behovet av stöd och utveckla stödmodeller för "second victims" (Schröder et al. 2017, Cohen et al. 2017, Hunter 2014) eftersom psykisk ohälsa efter ogynnsamma händelser kan förorsaka posttraumatiskt stressyndrom. (Kerkman et al. 2019, Schröder et al. 2017, Gupta et al. 2018) Även det att barnmorskan blir lämnad ensam, utan stöd, efter en ogynnsam händelse, kan resultera till posttraumatiskt stressyndrom. (Wahlberg 2018, Kerkman et al. 2019, Sheen et al. 2015, Kohen et al. 2017)

Det framkom också skillnad mellan man och kvinna. Kvinnor reagerar i allmänhet starkare på ogynnsamma händelser och är därav mera utsatta för att utveckla posttraumatiskt stressyndrom. (Wahlberg 2018, Van Grevens et al. 2016)

Stöd från arbetskamraterna anses som det bästa stödet men också stöd från organisationen behövs. (Kerkman et al. 2019, Sheen et al. 2015, Wahlberg 2018) Även det tysta stödet från arbetskamrater, familj och vänner efter en ogynnsam händelse är viktigt för vårdpersonalen. Barn kan ha antingen positiv eller negativ inverkan på vårdaren då det gäller posttraumatiskt stressyndrom. (Wahlberg 2018)

Utbrändheten är vanligare hos unga och mer oerfarna barnmorskor. De skulle vara viktigt att diskutera "second victim" redan i grundutbildningen så att den nyutbildade barnmorskan förstår att någonting kan gå fel, (Cohen et al. 2017, Wahlberg et al. 2016, Kerkman et al. 2019, Wahlberg et al. 2018, Sheen et al. 2015, Hildingsson 2013, Wahlberg 2018) med andra ord det är viktigt att behandla begreppet resiliens redan under barnmorskestudierna. (Hunter et al. 2014)

7 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Utgående från Forskningsetiska delegationen ska forskare och utvecklare följa det vetenskapliga samfundets politik, som är ärlighet, omsorg samt noggrannhet, i varje steg av undersökningen. Dessutom skall man se till att vetenskapliga undersökningar är etiskt hållbara i datainsamlings-, forsknings- och utvärderingsmetoder, och att även öppenhet uppfylls när studiens resultat publiceras. Skribenterna tar hänsyn till övrig forskning och resultat, ger värde och betydelse som tillhör dem i denna studie. Studien utformas, genomförs och rapporteras enligt delegationens riktlinjer. Skribenternas status, rättigheter, andel av arbete, ansvarsområde och skyldigheter dokumenteras på ett sätt som godkänts av alla. Dessutom kommer äganderätten till studiens resultat och lagring av data att tydligt registreras. (Arcada 2007, Forskningsetiska delegationen 2012 s.6)

Gällande forskningslov och etisk förhandsbedömning så är det inget krav vid Ålands hälso- och sjukvård då detta berör personal och inte patienter, det räcker med lov från avdelningsskötaren som är ansvarig för kliniken. Sjukhusets hälso-och sjukvårdsdirektör var involverad i egenskap av vårdchef, då vårdchefen var tjänstledig och frågan om deltagande kom upp för första gången. (Ekholm 2019)

Studien utfördes med hjälp av en enkätundersökning på Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik. Studien gällde vårdpersonalen, patienter var inte inblandade. Vårdarnas integritet skyddades genom att de svarade på enkätfrågorna anonymt. Att svara på enkätfrågorna var frivilligt. Med enkäten skickades ett följebrev där det berättades om studiens karaktär. När studien är klar överges resultatet till Ålands hälso- och sjukvårds BB-Gyn klinik och det är upp till dem vad de gör med resultatet. På grund av detta har skribenterna raderat data som kan igenkännas av den övriga personalen. Detta nämndes också i följebrevet. Då studien är gjord kommer materialet från enkäterna att förstöras. (Denscombe 2009 s. 195–196)

Studien var frivillig och konfidentiell. Enkätundersökningen var bunden av intimitetsskydd och deltagarna kunde avbryta den när som helst. (Arcada 2007, Forskningsetiska delegationen 2012 s. 6–7)

8 ENKÄTUNDERSÖKNING

Att välja rätt mätinstrument är viktigt eftersom resultatet av studien dels bygger på att rätt instrument har använts och på hur bra instrumentet mäter. (Billhult 2017 s. 134) Enkätstudie valdes eftersom det anses vara en bra datainsamlingsmetod då information samlas in från många informanter på en kort tid. Det krävdes dock en noggrann genomgång av syftet och litteraturöversikten för att kunna ställa frågor som går att mäta. Det kan vara svårt att sammanställa informationen från enkäterna ifall frågorna blir oklara. (Billhult 2017 s.121)

Före enkäterna fördes till Ålands hälso- och sjukvård så gjordes en pilotering av enkäten. Piloteringsenkäten skickades ut till 15 informanter. Informanterna var läkare, barnmorskor och sjukskötare. Det kom in 13 svar. Skribenterna korrigerade frågorna enligt vad responsen gav. Piloteringen gjordes med Microsoft Forms, men den egentliga enkäten printades ut på papper. Informanterna som svarade på piloteringsenkäten ville att alla frågor skulle vara flervälsfrågor. Till frågan om man blivit sjukskriven ville informanterna ha en tilläggsfråga att om så hur länge, dessutom ville informanterna ha en fråga med defusing och debriefing. När frågorna var korrigerade och enkäterna utprintade lades de i kuvert, en enkät per kuvert.

Skribenterna åkte i januari till Åland för att besöka sjukhuset och tog tillika med sig kuverten med enkäterna. Kuverten med enkäterna lades i en låda som avdelningssköterskan sedan delade ut i personalens egna fack. När vårdpersonalen svarat på enkäterna satt de dem tillbaka i kuvertet och placerade kuvertet i en låda. Informanterna hade fyra veckor på sig att svara på enkäten. Att svara på enkäten tog cirka fem till tio minuter. När svarstiden gått ut så hämtade en från personalen enkäterna till fastlandet. Svaren behandlades och kodades, därefter matades koderna in på SPSS statistikprogram.

Frågorna i enkäten är direkta frågor om “second victim” men det ställs också diffusa frågor som svarar på människans känslor och kan tyda på “second victim” fast vårdpersonalen inte vet om det. Det tas inte upp skillnaden mellan man och kvinna även om det i litteraturöversikten fanns olikheter. Alla barnmorskor på Åland är kvinnor. Några av obstetrikerna är män, så för att de skall förbli anonyma så bortsågs könsrelaterade frågor.

8.1 Data av enkätundersökningen

Det utfördes en enkätundersökning på ÅHS BB-Gyn kliniken, för att få en bättre uppfattning om barnmorskor och obstetrikere som “second victims” i finländska förhållanden.

Frågorna kodades och data matades in i The Statistical Package for the Social Sciences version 26 det vill säga SPSS som det förkortas. IBM SPSS Statistics (2020) är världens ledande statistiska programvara och är utformad för att lösa affärs- och forskningsproblem genom olika analyser och hypoteser. Organisationer använder SPSS-statistik för att förstå data, analysera trender, prognoser och för att validera antaganden och få exakta slutsatser. SPSS valdes för programmet är lämpligt för projekt i alla storlekar och nivåer av komplexitet.

Data utav enkätundersökningen presenteras i textform och med ett diagram.

8.1.1 Bakgrundsfakta

Av 30 möjliga svar var det 25 informanter som svarade på enkäten. Svarsprocenten blev 83,3%. Av informanterna var 23 barnmorskor, en sjukskötare och en läkare. Fast tjänst hade 18 av informanterna och sju arbetade som vikarie. Heltid, alltså 100% arbetade nio av informanterna och resten arbetade deltid. Då det gäller informanternas arbetsår var de jämnt fördelat, 13 av informanterna hade arbetat mellan 0–15 år och 12 av informanterna hade arbetat mera än 16 år. Av informanterna var 19 gifta och av alla informanter var det 22 som hade barn.

8.1.2 Resultatet av enkätundersökningen

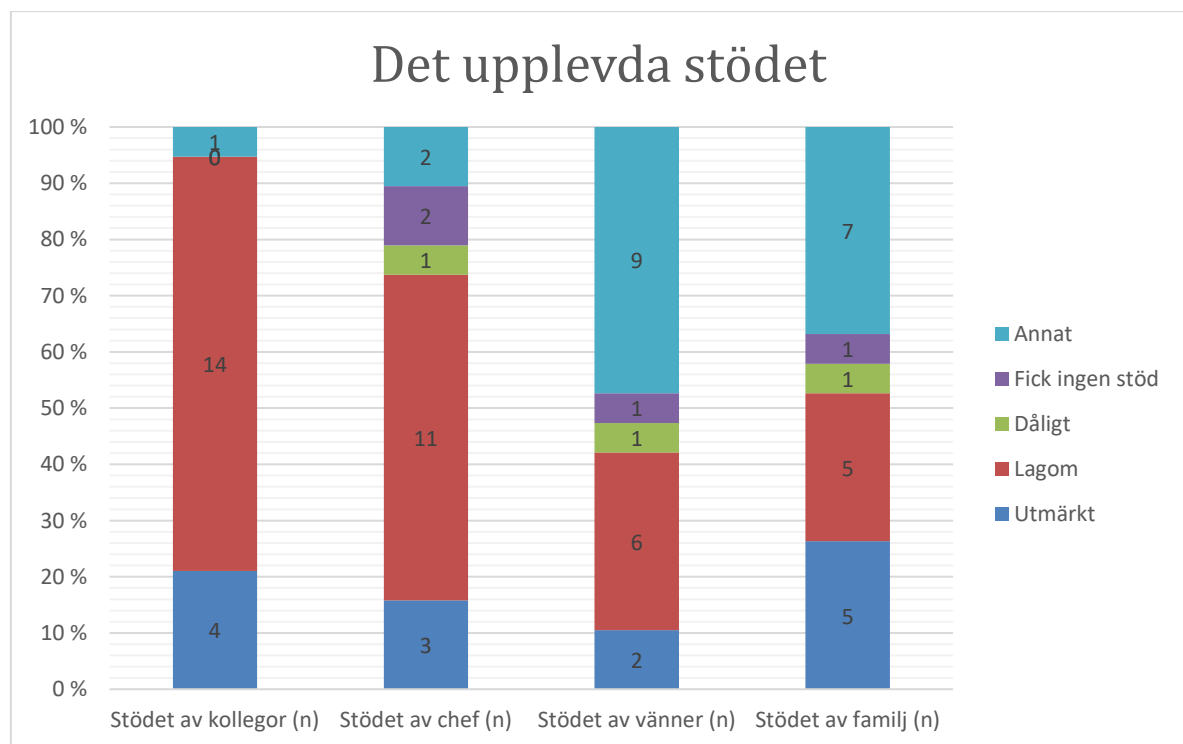
Begreppet “second victim” var inte bekant från tidigare för fem informanter. Av informanterna var det 14 som känt till begreppet mindre än ett år. En ogynnsam händelse hade 19 av informanterna varit med om någon gång under sin karriär. Informanterna hade arbetat på många olika sjukhus. I enkäten fanns det utrymme för att ge skriftliga kommentarer. Fyra av de 19 informanter ville uttrycka med ord att de inte varit med om den ogynnsamma händelsen på ÅHS. Under den ogynnsamma händelsen kände 15 av informanterna rädsla, hjälplöshet eller skräck.

Händelser som att barnet hade syrebrist eller svåra skador vid födseln var det sju av informanterna som varit med om. Annan svår händelse i samband med förlossningen, som till exempel en aggressiv anhörig var det fem av informanterna som svarade att det varit med om det. Läkemedelsfel hade fem av informanterna varit med om. Två hade varit med om att barnet dog under förlossningen och för två hade barnet dött efter förlossningen. Likaså hade två barnmorskor varit med om att barnet dött före förlossningen. Dessutom hade fem informanter varit med om att föderskan hade drabbats av mycket svår eller livshotade komplikationer.

Trots att informanterna varit med om olika ogynnsamma händelser hade ingen svårt att visa känslor. Ångest, stress, irritation, oro, maktlöshet samt rädsla är känslor som personalen upplevt efter den ogynnsamma händelsen, men inga av dessa känslor störde de dagliga rutinerna. Ångest var det åtta av informanterna som svarade att det upplevt efter

en ogynnsam händelse. På fråga nummer 16 blev du erbjuden stöd efter händelsen svarade fem informanter ja och 14 nej.

I enkäten togs det upp om vårdpersonalen har fått stöd då de varit med om en ogynnsam händelse. Många svarade att det inte förmått diskutera med sina vänner eller med familjen på grund av tystnadsplikt. Det kom emellertid fram att 14 informanter hade fått lagom eller utmärkt stöd från chefen och 18 informanter från arbetskamrater. Man kan se hur vårdpersonalen upplevt stödet nedan. (figur 2)



Figur 2. Det upplevda stödet. Informanter (n=19) av 25 eftersom sex informanter lämnat frågorna 14–26 obesvarade. Dessa sex informanter svarade även nej på frågan om det varit med om en ogynnsam händelse.

En informant ville poängtera att eftersom vårdarna har tystnadsplikt om patienter och händelser så är kollegorna det bästa stödet, eftersom det vet vad det gäller och kan ha varit med om liknande saker.

Av informanterna hade 19 varit med om en ogynnsam händelse men enbart sju av informanterna ansåg att det blivit “second victim”. Under den ogynnsamma händelsen hade 15 av informanterna känt rädsla, hjälplöshet eller skräck. Av informanterna var det fyra

som svarade att de varit med om en ogynnsam händelse men det visste inte om de blivit "second victims".

Av informanterna var det 13 som svarade att de inte blivit "second victim", sju informanter svarade ja och fyra visste inte om de blivit "second victim". Av informanterna svarade 23 att de hade någon på arbetsplatsen som de kunde prata med, medan två svarade att de inte visste om det fanns någon de kunde prata med. Av de 19 informanter som svarat på fråga 31, när du har varit med om en traumatisk händelse, så har det ordnats defusing? Svarade 13 av informanterna att de varit med om defusing, medan sex av informanter aldrig hade varit med om defusing. Debriefing som är fortsättningen på defusing, det vill säga krissamtal med utomstående, hade bara fyra informanter varit med om.

Ingen av informanterna kände behov av att bli sjukskriven efter den ogynnsamma händelsen. Däremot var det fem informanter som funderade över att byta bransch samt fem informanter undviker situationer som påminner om den ogynnsamma händelsen. Känslan att hela tiden vara på sin vakt var ett problem som sex informanter svarade att de upplevt efter en ogynnsam händelse. Vårdslöst eller självdestruktivt beteende var det tre av informanterna som upplevt. Ingen av informanterna hade upplevt depression men däremot stress och irritation hade sex av informanterna upplevt.

Det var 17 informanter som svarade på fråga nr 27. Dessa informanter svarade nej på frågan, stör eller störde dina symptom de normala dagliga rutinerna?

På fråga 28, ingick det i din utbildning diskussion om traumatiska händelser? var det tre informanterna som lämnade frågan obesvarad, tio svarade ja och tolv nej. Då man jämför arbetsår och diskussion om ogynnsamma händelser i utbildningen, så kan man inte se någon skillnad mellan dem. Det vill säga att man inte kan se en tydlig fördelning mellan barnmorskor med en ny utbildning mot barnmorskor som arbetat länge inom vården och har en gammal utbildningsform.

Att barn är en styrka när man blivit "second victim" var det fem informanter som svarade ja, en ansåg att barn är en svaghet samt 13 av informanterna visste inte om det är en styrka eller svaghet att ha barn.

9 DISKUSSION

Syftet med denna studie var att ta reda på om vårdpersonalen fått tillräckligt med stöd då de blivit "second victim", hur det upplevt stödet samt ta reda på hur man beskriver begreppet "second victim" i litteraturen.

Begreppet "second victim" beskrivs i litteraturen om vårdpersonal, som upplever smärta och obehag efter en ogynnsam händelse och det har använts inom vården sedan år 2000. (Edrees et al. 2016) Tidigare använde man begreppet enbart för patienten. Det var endast patienten som var ett offer, inte vårdpersonalen. (Wahlberg 2018) "Second victim" är den i vårdpersonalen som har varit med om felet eller misstaget (Mäkinen 2019). För fem informanter på ÅHS var begreppet "second victim" inte bekant från tidigare och 14 informanter hade känt till begreppet mindre än ett år. Vilket tyder på, likasom skribenterna redan tog upp i inledningen, att begreppet "second victim" är obekant, framför allt i Finland. Trots att skribenterna förklarade begreppet "second victim" i följebrevet (se bilaga 1) och i frågan nr 7 (se bilaga 2), var det fyra informanter som inte visste om de blivit "second victims". Med andra ord, känner de inte till vad begreppet "second victim" innebär.

Vårdpersonalen står inför många utmaningar som är en påföljd av stressande patientrelaterade händelser. Vårdpersonal som upplever känslomässig smärta och har svårigheter att hantera sina känslor efter en ogynnsam händelse är "second victims". De sägs "lida i tystnad" och deras känslomässiga tillstånd har negativa konsekvenser för patientsäkerhet och säkerhetskultur. (Edrees et al. 2016, Seys et al. 2012, Scott et al. 2009) Bristen på att identifiera detta problem och att det inte finns tillgängliga stödåtgärder på arbetsplatsen, kan leda till mera känsliga konsekvenser och patientskador. RISE, "Resilience in Stressful Events" som skribenterna har som teoretisk referensram, tar upp hur viktigt det är med skolad vårdpersonal som kan ta hand om dem i personalen som blivit "second victims" och ge dem det stöd och den hjälp de behöver för att komma över den ogynnsamma händelsen.

Arbetserfarenhetsfördelningen visade sig vara jämnt fördelat på ÅHS BB-Gyn klinik. Vilket i sin tur skulle göra det lättare att implementera ett kamratstödsprogram som RISE,

eftersom den jämna erfarenhetsfördelningen gör det enklare för den drabbade att få förståelse samt stöd till händelser som relaterar till erfarenhet.

Dessutom ansågs stödet från arbetskamrater vara det bästa stödet enligt enkätundersökningen på ÅHS BB Gyn-klinik, vilket också RISE utgår från. Även litteraturöversikten lyfte upp arbetskamraterna som viktiga. (vilket även kom fram som viktigt i litteraturöversikten). Eftersom tystnadsplikten medför att det inte går att prata med familjen eller vänner, så är det naturligt att prata med arbetskamrater om den ogynnsamma händelsen. Arbetskamraterna har förståelse, vet vad man varit med om eller möjligen varit med om samma händelse. (Kerkman et al. 2019, Sheen et al. 2015, Wahlberg 2018) Även om tystnadsplikten orsakar att man inte kan diskutera med familj och vänner om den ogynnsamma händelsen, upplevdes trots allt stödet av familj och vänner, av dem som förmått svara, som bra. Två informanter hade upplevt detta stöd negativt. Trots tystnadsplikten skall man inte underskatta det non verbala stödet.

Att arbeta som barnmorska är tungt och ogynnsamma händelser är påfrestande. Symptom som stress, oro, en känsla att hela tiden vara på sin vakt, fundera på att byta bransch eller till och med vårdslöst eller självdestruktivt beteende framkom både i den tidigare forskningen samt i enkätundersökningen. Det var överraskande att av 25 informanter var det tre som upplevt vårdslöst eller självdestruktivt beteende samt att sex hade känslan av att hela tiden vara på sin vakt. Enligt Wahlberg (2018), Hunter et al. (2014), Schröder et al. (2017) och Hildingsson et al. (2013) är detta ett stort dilemma, eftersom då barnmorskorna inte får stöd till att bearbeta känslorna, kan de leda till posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Även om det i tidigare forskning lyftes fram att många i vårdpersonalen har svårt att visa sina känslor efter en ogynnsam händelse (Wahlberg 2018, Hunter et al. 2014, Hildingsson et al. 2013), upplevdes inte detta bland personalen på ÅHS BB-Gyn klinik.

I tidigare forskning visar bland annat Wahlberg (2018) på att ogynnsamma händelser är vanliga men det är inte en självklarhet att man får känslan av att vara "second victim". Enligt enkätundersökningen var det 19 informanter som varit med om en ogynnsam händelse. Även om 19 informanter varit med om en ogynnsam händelse och upplevt "negativa" känslor, så ansåg endast sju informanter sig vara "second victims". I enkätens skriftliga del kommenterades det att ogynnsamma händelser hör till yrket.

Det kom upp i tidigare forskning att vårdpersonal som gör ett läkemedelsfel tar det väldigt personligt och beskyller sig själva för felet. (Wahlberg et al. 2019, Wahlberg 2018) Även om läkemedelsfel är vanliga, var det bara fem informanter som gjort ett läkemedelsfel på ÅHS BB-Gyn kliniken enligt enkätundersökningen.

Överraskande var att bara nio informanter arbetade 100 % på avdelningen eftersom Ålands arbetsmarknadsbarometer (2019) tar upp det ökande behovet av vårdpersonal. Det gäller främst den offentliga sektorn men även vård- och omsorgspersonal efterfrågas. Det att de flesta av vårdpersonalen arbetar deltid på ÅHS BB-Gyn klinik kan vara en orsak till att de inte har haft behov av att bli sjukskrivna efter en ogynnsam händelse.

I litteraturoversikten poängterades det hur viktigt det skulle vara att diskutera begreppet ”second victim” redan i grundutbildningen. (Sheen et al. 2015, Coldridge & Davies 2017, Hildingsson et al. 2013) I frågan om det ingick diskussion om traumatiska händelser i utbildningen hade skribenterna formulerat otydligt och svaret ”ja” kan tolkas på flera sätt. Tanken var att frågan skulle gälla grundutbildningen för vårdyrket. Det var inte heller någon som reagerade på frågan då enkätundersökningen piloterades, utan detta märktes först när skribenterna gick igenom resultatet.

Begreppet ”second victim” är ännu rätt så obekant för många, som det kom fram i studien. Därför skulle det vara viktigt att man på arbetsplatserna skulle ta upp begreppet ”seconds victim” och dess betydelse så att vårdpersonalen vet att det finns hjälp att få då de varit med om en ogynnsam händelse. Det finns en lag om företagshälsovård i den finska lagstiftningen, så här står det i kapitel 2 paragraf 4:

”Arbetsgivare skall på sin bekostnad ordna företagshälsovård för att förebygga och bekämpa risker och olägenheter för hälsan som beror på arbetet och arbetsförhållandena samt för att skydda och främja arbetstagarnas säkerhet, arbetsförmåga och hälsa” (Lag om företagshälsovård 2001/1383)

Vårdpersonalen har rätt att få stöd efter en ogynnsam händelse, vilket också kommer fram i lagen om företagshälsovård.

10 KRITISK GRANSKNING

Den kritiska granskningen av studien utvärderar studiens allmänna tillförlitlighet, giltigheten av forskningsmaterialet, forskningsmetoden och forskningsresultatet samt forskningsresultatens tillämpbarhet. (Hirsjärvi et al. 2008 s.231)

Detta masterarbete är en studie bland barnmorskor på ÅHS BB-Gyn kliniken. Det gjordes enkätfrågor utgående från en litteraturoversikt gällande barnmorskor och begreppet “second victim”, som teoretisk referensram användes professor Wu.s stödmodell RISE (Resilience in Stressful Events) som har utvecklats åt vårdpersonal som blivit “second victims”.

Skribenterna använde databaser som hjälp att hitta vetenskapliga artiklar. Det fanns mycket artiklar gällande sjukskötare som “second victim”, när sökorden begränsades till barnmorskor, obstetriker och “second victim” så reducerades de vetenskapliga artiklarnas antal. Skribenterna fann bland annat flera artiklar som läkare Åsa Wahlberg har varit med som författare.

Från första början var det meningen att skribenterna skulle skriva om att vara “second victim” inom vården, mejl skickades till olika instanser bland annat ÅHS som genast svarade på skribenternas mejl och ville bli uppdragsgivare. Eftersom det var ÅHS BB- Gyn klinik som blev uppdragsgivare ändrades arbetet till att handla om “second victim” bland barnmorskor och obstetriker. När skribenterna började skriva om ämnet fanns det inte mycket material om “second victim” i finländska förhållanden, men desto mera artiklar från andra länder, bland annat Sverige och USA. Under studiens gång har arbetsvälmående uppmärksammats mer också inom hälso- och sjukvården i Finland.

Arbetsprocessen har delvis försvårats på grund av COVID-19 epidemin. Detta har lett till att högsolor samt bibliotek har varit stängda som i sin tur resulterade till att det källorna till tillgängliga materialet som skribenterna använt till etiska överväganden, kritiska granskningen och studiens pålitlighet, till viss mån inte är ändamålsenligt.

10.1 Studiens pålitlighet

Ett forskningsämne kan betraktas som tillförlitligt om resultatet lyfter fram punkter eller problem som kan ses som typiska eller representativa för området. Detta hänvisar till innehållet i texten, riktigheten av orden och tolkningarna samt dess tillförlitlighet. Tillförlitlighet innebar att skribenterna kontinuerligt utvärderade, försäkrade sitt ställningstagande och synpunkter under hela studien. (Lundman & Hällgren Graneheim 2008 s. 169–170) Studien får inte vara vilseledande eller ofullständig och forskningsmetoderna måste förklaras noggrant. (Hirsjärvi et al. 2008 s.26) Enligt Jacobsen (2007 s. 16, 205) Det är viktigt att studiens resultat inte påverkar utvärderingen, därför har skribenterna analyserat och dokumenterat resultatet objektivt.

Enkätfrågorna utgick från resultatet av litteraturoversikten. För att vara säkra på att enkätfrågorna var användbara gjordes en pilotstudie bland barnmorskor som arbetar på fastlandet. Det skickades slumpmässigt mejl till barnmorskor. Det var frivilligt för dem att delta. (Billhult 2017 s. 123–124) För att enkäten skulle vara användbar skulle dess validitet och reliabilitet vara känd. Om enkäten inte skulle ha utvärderats så skulle dess användbarhet varit okänd. (Billhult 2017 s. 134) Validitet kan definieras som undersökningsmetodens sätt att mäta exakt det fenomen som skall undersökas. Studiens pålitlighet kan ta skada om den som svarat på enkätfrågorna fel eller tänker på ett annat sätt än hur skribenterna tänkt frågorna. Om skribenterna behandlar resultatet enligt eget tankesätt så är inte studiens resultat kvalificerat. (Hirsjärvi et al. 2008 s.226–227) Detta påverkas av frågeformulärets innehåll och struktur samt skribenternas eget sätt att analysera svaren. (Hirsjärvi 2008 s. 231) Enligt Jacobsen (2007) så är en bra studie innehållsmässigt valid och pålitlig. Med andra ord mäter denna studie i huvudsak det som skall mätas, studien kan generaliseras och den är pålitlig. Henricson (2012 s. 135) poängterar att en helt pålitlig mätare ger samma resultat vid varje mätning. Det är viktigt att veta av vad resultatets variation beror på, till exempel, varierar resultatet på grund av erfarenhet eller finns det någon annan orsak för det.

Reliabilitet betyder pålitlighet och är en bedömning av resultatens oföränderlighet. Många kvalitativa forskare tycker att dessa begrepp endast är användbara i kvantitativ forskning. (Heikkinen & Syrjälä 2007 s. 147–148) Enligt Koskinen et al. (2005 s.253)

används begreppen validitet och reliabilitet vid bedömningen om man kan lita på studien. Det är också viktigt att känna till och veta vad begreppen betyder för de leder analysen av studien. Skribenterna känner till detta vilket förbättrar betydligt på kvaliteten av denna studie.

Studiens reliabilitet baserar sig på 71 källor samt enkätundersökningens svar. Där det var 25 informanter av 30 som svarade på enkäten. Källorna är relaterade till den teoretiska referensramen, syftet och frågeställningarna. De flesta av källorna är vetenskapliga publikationer, både inhemska och internationella.

KÄLLOR

- Arbetshälsoinstitutet, 2019, Välmående arbetsgemenskap, Tillgänglig: <https://www.ttl.fi/sv/arbetsgemenskap/> Hämtad: 7.4.2019
- Arbetsmarknadsbarometer, 2019, Ålands statistik- och utredningsbyrå, Arbetsmarknad och utbildning, Tillgänglig: <https://www.asub.ax/sv/utredning/arbetsmarknadsbarometern-2019> Hämtad: 28.3.2020
- Arcada, 2007, God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Arcadan kirjasto. Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481 Hämtad: 8.5.2019
- Badruddin, S., Gul, R., Dias, J., PirMuhammad, K. & Roshan, R., 2018, Health Care Professional as a Second Victim, *iMedPub journals*, 4(1:2)
- Billhult, A., 2017, Mätninginstrument och diagnostiska test. I: Henricson, M. (red.), 2017, Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad, 2 uppl., Studentlitteratur, Lund.
- Burlison, J., Quillivan, R., Scott, S., Johnson, S. & Hoffman, J., 2016, The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-Reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism, *The Journal of Patient Safety*. Tillgänglig: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5413437/pdf/nihms-788857.pdf> Hämtad 5.5.2019
- Burlison J. D., Scott S. D., Browne E. K., Thompson S. G. & Hoffman J. M. 2017, The second victim experience and support tool (SVEST): Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety*, 13(2), s. 93-102.
- Brunelli, M., Estrada, S. & Celano, C., 2018, Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of a Second Victim Experience and Support Tool (SVEST), *The Journal of patient safety*, Tillgänglig: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Brunelli/publication/324968206_Crosscultural_Adaptation_and_Psychometric_Evaluation_of_a_Second_Victim_Experience_and_Support_Tool_SVEST/links/5dee43ce92851c83646f1909/Cross-Cultural-Adaptation-and-Psychometric-Evaluation-of-a-Second-Victim-Experience-and-Support-Tool-SVEST.pdf Hämtad: 7.7.2019.
- Cohen, R., Leykin, D., Golan-Hadari, D. & Lahad, M., 2017, Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives, *Midwifery*, 50(2017), s. 1-8.
- Coursera, 2019, Bio. Tillgänglig: <https://www.coursera.org/instructor/albertwu> Hämtad: 2.4.2019

- Coldridge, L. & Davies, S., 2017, "Am I Too Emotional for This Job?" An Exploration of Student Midwives' Experiences of Coping With Traumatic Events in the Labour Ward, *Midwifery*, 45(2017), s. 1-6.
- Croskerry, P., Abbass, A. & Wu, A., 2010, Emotional Influences in Patient Safety, *Journal of patient safety*, 6(4), s. 199-205.
- Dekker, S., 2016, Rasmussen's legacy and the long arm of rational choice, *Applied Ergonomics*, 9(2017), s. 554-557.
- Dekker, S. & Breakey, H., 2016, "Just culture": Improving safety by achieving substantive, substantive, procedural and restorative justice. *Safety science* 85(2016), s. 187-193.
- Denscombe, M., 2009, Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna, 2 upplagan, Studentlitteratur, Lund.
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H. & Wu, A., 2016, Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: case study. *BMJ journals*, 6(9)
- Ekholm, C., 2019, [e-post]
- Eriksson, L. & Finn, W-P., 2014, *Att utreda, forska och rapportera*, 10 uppl., Liber AB, Stockholm.
- Flinkman, M. & Salanterä, S., 2015, Early career experiences and perceptions – a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave the nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management*, 23(8), s. 1050-1057
- Grönroos, R., 2019, Nuoren kirurgin ura oli katketa alkuunsa virheen takia, nyt hän etsii keinoja pelastaa hoitajan tai lääkärin ura hoitovirheen jälkeen Tillgänglig: <https://yle.fi/uutiset/3-10768938> Hämtad: 6.10.2019
- Gupta, K. Lisker, S., Rivadeneira, A., Mangurian, C., Linos, E., Sarkar, U., 2018 Decisions and repercussions of second victim experiences for mothers in medicine (SAVE DR MoM), *BMJ Journal, Quality and safety*, 28(7), s. 564-573.
- Gynther, P., 2020, [e-post]
- Harrison, R. & Wu, A., 2017, Critical Incident Stress Debriefing After Adverse Patient Safety Events, *The American journal of managed care*, 23(5), s. 310-312.

- Hauk, L., 2018, Support strategies for health care professionals who are second victims, *Aorn journal, the official voice of perioperative nursing*, 107(6), s. 7-9.
- Heikkinen, H., & Syrjälä, L., 2007, Tutkimuksen arviointi. Kansanvalistusseura. Helsinki.
- Henricson, M., 2012, Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad, Studentlitteratur, Estonia.
- Hildingsson, I., Westerlund, K. & Wiklund, I., 2013, Burnout in Swedish midwives, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), s. 87-91.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P., 2008, Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.
- HNS, 2019, Psykporten, Posttraumatiskt stressyndrom, Tillgänglig: <https://www.mielenterveystalo.fi/sv/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tieto-haku/F40-49/F43/Pages/F431.aspx> Hämtad: 24.4.2019
- Hollnagel, E., Woods, D., Leveson, N., 2006, Resilience Engineering – Concepts and Precepts. Ashgate Publishing, Ltd.
- Hunter, B. & Warren, L., 2014, Midwives experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30(8), s. 926-934.
- IBM SPSS statistic, 2020, IBM SPSS Software, Tillgänglig: <https://www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software> Hämtad: 28.3.2020
- Jacobsen, D., 2007, Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Studentlitteratur. Lund.
- Karlsson, G., 2019, Rutiner, Vårdhandbok, Tillgänglig: <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/avvikelse--och-risk-hantering/rutiner/> Hämtad: 4.4.2020
- Kerkman, T., Dijkman, L., Baas, M., Evers, R., van Pampus, M. & Stramrood, C., 2019, Traumatic Experiences and the Midwifery Profession: A Cross-Sectional Study Among Dutch Midwives, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(4), s. 435-442.
- Koskinen, I., Alasuutari, P., Peltonen, T., 2005, Laadulliset menetelmät kauppateieteissä. Vastapaino. Tampere.
- Lag om företagshälsovård 2001/1383, Finlands författningssamling, Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2001/20011383> Hämtad: 21.4.2020

- Lee, W., Pyo, J., Jang, S., Choi, J. & Ock, M., 2019, Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study, *BMC Health Services Research*, 19(2019), s.100.
- Lindroos, K. & Stolpe, M., 2019, Allt stort behöver inte vara vackert - Åland har ett litet och effektivt sjukhus som fungerar bra. Tillgänglig: https://svenska.yle.fi/artikel/2019/05/20/allt-stort-behoover-inte-vara-vackert-aland-har-ett-litet-och-effektivt-sjukhus?utm_source=facebook-share&utm_medium=social&fbclid=IwAR3xMr7vff3gd1m0JY8F9cOFoKYrhua3VnLK_dLNEHgZWtwao739SpnehQ Hämtad: 20.5.2019
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U., 2008, Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*, Studentlitteratur, Lund, s. 159-172.
- McCullagh, M., 2017, Albert Wu: Patient Safety Visionary, Tillgänglig: <http://sta-teclaims.ie/ezone/albert-wu-patient-safety-visionary/> Hämtad: 12.3.2019
- Mäkinen, O., 2006, Tutkimuseetiikan ABC, Helsinki, Tammi.
- Mäkinen T., 2019, Taysissa on huomattu: Virheen tehnyt kaipaa työyhteisön tukea – ei syylistämistä tai kyttäämistä, *Tehy lehti* nr 4 s. 24-27.
- Nemeth C., Wears, R., Woods, D., Hollnagel, E. & Cook, R., 2008, Minding the Gaps: Creating Resilience in Health Care, *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 3: Performance and Tools), 3(8) Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43670/> Hämtad 8.5.2019
- Pettker, C., 2017, Systematic approaches to adverse events in obstetrics, Part II: Event analysis and response, *Seminars in Perinatology*, 41(2017), s. 156-160.
- Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fulton, E., Gerada, C., 2015, 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on, *Women and birth*, 29(3), s. 59-66.
- Poijula, S., 2018, Resilienssi: muutosten kohtaamisen taito, Kirjapaja, Helsinki.
- Santomauro, C., Kalkman, C. & Dekker, S., 2014, Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration, *Journal of Hospital Administration*, 3(5), s. 93-103.
- Schröder, K., Larsen, P., Jorgensen, J., Hjelmberg, J., Lamont, R. & Hvidt, N., 2016, Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth, *Midwifery*, 41 s. 45-53.

- Schöder, K., la Cour, K., Jörgensen, J., Lamont, R. & Hvidt, N., 2017, Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic child-birth, *Social Science & Medicine*, 176(2017), s. 14-20.
- Scott, S., 2015, Second Victim Support: Implications for Patient Safety Attitudes and Perceptions, *Patient safety and quality healthcare*, Tillgänglig: <https://www.psqh.com/analysis/second-victim-support-implications-for-patient-safety-attitudes-and-perceptions/> Hämtad: 7.7.2019.
- Scott, S, Hirschinger, L, 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", *Qual Saf Health Care*, 18(5), s. 325-330.
- Scott, S. & McCoig, M., 2016, Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience, *Journal of healthcare risk management*, 35(4), s. 6-13.
- Seys, D., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott S., Conway J., Sermeus, W. & Vanhaecht, K., 2012, Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review, *Evaluation & the Health Professions*, 36(2), s. 135-162.
- Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P., 2014, Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout, *International Journal of Nursing studies* 52(2015), s. 578-587.
- Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P., 2015, The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation, *International Journal of Nursing Studies* 53(2016), s. 61-72.
- THL, 2013, Potilasturvallisuutta taidolla opas, Tillgänglig: https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf Hämtad 29.8.2019
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Tillgänglig: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Hämtad 8.5.2019
- Ullström, S., Sachs, M., Hansson, J., Ovretveit, J. & Brommels, M., 2014, Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events, *BMJ quality and safety*, 23(4), s. 325–331.
- Van Gerven, E., Bruyneel, L., Massimiliano, P., Euwerna, M., Sermeus, M. & Vanhaecht, K., 2016, Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis, *BMJ journals*, 6(8) Tillgänglig: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/8/e011403.full.pdf> Hämtad: 2.7.2019

- Visit Åland, 2019, Bra att veta, Fakta om Åland. Tillgänglig: <http://www.visit-aland.com/bra-veta/> Hämtad 17.5.2019
- Västilä, T., 2018, Vahingoista selvittää yhdessä. Inhimillistä virheitä sattuu ja tapahtuu myös terveydenhuollon ammattilaisille, *Elämän tähdet* 3/2018. Tillgänglig: https://www.tays.fi/fi-fi/sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Elamantahdet Hämtad: 2.3.2019
- Wachter, R., 2011, In Conversation with ... Albert Wu, MD, MPH. *Patient safety network*, Tillgänglig: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/101/in-conversation-with-albert-wu-md-mph> Hämtad: 2.4.2019
- Wahlberg, Å., Sachs, M., Johannesson, K., Hallberg, G., Jonsson, M., Svanberg, A. & Högberg, U., 2016, Self-reported exposure to severe events on the labour ward among Swedish midwives and obstetricians: A cross-sectional retrospective study, *International Journal of Nursing Studies*, 65(2017), s. 8-16.
- Wahlberg, Å., 2018, Second Victims in Swedish Obstetrics, *Acta Universitatis Upsaliensis*, Uppsala.
- Wahlberg, Å., Högberg, U. & Emmelin, M., 2018, The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study, *International Journal of Nursing Studies* 89(2019), s. 53-61.
- Wahlberg, Å., Högberg, U. & Emmelin, M., 2019, Left alone with the emotional surge – A qualitative study of midwives' and obstetricians' experiences of severe events on the labour ward, Tillgänglig: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575619303350?via%3Dihub> Hämtad: 3.1.2020
- Wu, A., 2000, Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal* 320(2000), s. 726-727.
- WHO, 2019, Patient safety. Tillgänglig: <https://www.who.int/patientsafety/en/> Hämtad: 14.3.2019
- ÅHS, 2019, Ålands hälso- och sjukvård, Kort historik över Ålands hälso- och sjukvård. Tillgänglig: <http://www.ahs.ax/article.con?iArticle=55> Hämtad: 17.5.2019
- Åhman, H. & Gustafsberg, H., 2017, Tilannetaju: päätä paremmin, Alma Talent Pro, Helsinki.

BILAGA 1 INFORMATIONS BREV



BREV TILL INFORMANT

Bästa personal på Ålands hälso- och sjukvårds BB- Gyn klinik.

Tillsammans med detta brev följer en enkätundersökning gällande vårdpersonal som "second victim". "Second victim" är den vårdgivare som är involverad i en obesvarad skadlig patienthändelse, medicinskt fel eller en patientrelaterad skada och på så vis blivit offer och är traumatiserad av händelsen. Syfte med denna studie är att utforska begreppet "second victim" och utreda om vårdpersonalen på Ålands hälso- och sjukvårds BB och Gyn kliniken erbjudits tillräckligt med stöd då de blivit "second victims".

Med enkäten vill vi utreda om vårdpersonalen blivit utsatta som "second victim", och om så har stödet varit tillräckligt. Deltagande är frivilligt, men för att undersökningen skall vara tillförlitlig, önskar vi att så många som möjligt svarar på frågorna. Det är anonymt att svara på enkäten. Med enkäten finns ett kuvert. Sätt svaret i kuvertet och tillslut det. Sätt kuvertet i avsedd låda efter det. Alla svar behandlas konfidentiellt. Då undersökningen är klar förstörs enkäterna.

Undersökningen utförs av undertecknade studerande från yrkeshögskolan Arcadas masterutbildning avancerad klinisk vård. Mastersarbetet handlar om vårdpersonalen som "second victim".

Det tar mellan 5-10 minuter att svara på enkäten. Ni har tid till 11.2.2020 att svara på enkäten.

Som handledare för studien fungerar HVD, överlärare emerita Eivor Wallinvirta
eivor.wallinvirta@arcada.fi 0503607530.

Helsingfors 16.12.2019

Ann-Sofie Aspelin-Hiltunen
Sjukskötare, masterstuderande
Mailadress: aspelina@arcada.fi
Telefon: 0405570274

Maria Långström
Sjukskötare, masterstuderande
Mailadress: langstrm@arcada.fi
Telefon: 0405339072

BILAGA 2 ENKÄTUNDERSÖKNINGENS FRÅGOR



Enkätundersökning kring begreppet "second victim"

Vi ber dig fylla i dessa frågor och kryssa för det svar du väljer. Där frågan beskrivs med en skala ber vi er fylla i rätt alternativ. Det är anonymt att svara på enkäten

1. Vad har du för utbildning?

- ☐ Läkare
- ☐ Barnmorska
- ☐ Sjukskötare

2. Har du fasttjänst eller är du vikarie?

- ☐ Fast tjänst
- ☐ Vikarie

3. Hur många procent jobbar du?

- ☐ 100 %
- ☐ Ca 75%
- ☐ Ca 50%
- ☐ Annat, Vad? _____

4. Dina arbetsår?

- ☐ 0-5år
- ☐ 6-10år
- ☐ 11-15 år
- ☐ 16-20 år
- ☐ > 21 år

5. Familjesituation?

- ☐ Gift
- ☐ Samboende
- ☐ Singel
- ☐ Annat, Vad? _____

6. Har du barn?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Bonusbarn

7. "Second victim" är vårdpersonal som upplever känslomässig smärta och obehag efter en misslyckad patientsituation. Är detta begrepp bekant för dig från tidigare?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

8. När lärde du dig känna igen begreppet "second victim" inom sjukvården?

- ☐ Idag
- ☐ < 1år
- ☐ 2år
- ☐ 3-4år
- ☐ 5-10år
- ☐ 11-15år
- ☐ 16-20år

9. Har du varit med om en traumatisk händelse?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

10. Vad var det som hände?

- ☐ Barnet dog under förlossningen.
- ☐ Barnet hade syrebrist eller svåra skador vid födseln.
- ☐ Barnet dog kort efter förlossningen p.g.a. förlossningsrelaterade orsaker.
- ☐ Föderskan dog under förlossning eller kort efter förlossningen i komplikationer som uppstått under förlossningen.
- ☐ Under förlossningen har modern drabbats av mycket svår eller livshotande komplikationer
- ☐ Annan svår händelse i samband med förlossningen (t.ex. aggressiv anhörig)
- ☐ Läkemedelsfel
- ☐ Annat, Vad? _____

11. Hur många gånger har ovanstående i fråga 10 hänt?

- ☐ Aldrig
- ☐ 1 gång
- ☐ 2 gånger
- ☐ 3 gånger
- ☐ 4 gånger
- ☐ Flera

12. Om det var frågan om ett läkemedelsfel, så var det frågan om?

- ☐ Fel dos
- ☐ Fel patient
- ☐ Fel medicin
- ☐ Annat, Vad? _____

13. Hände det patienten något?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

14. Under den traumatiska händelsen kände du rädsla, hjälplöshet eller skräck?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Annat, Vad? _____

15. Vilka känslor upplevde du efter den traumatiska händelsen?

☐ Ångest

☐ Depression

☐ Sömnproblem

☐ Utbrändhet

☐ Stress

☐ Irritation

☐ Annat, Vad? _____

16. Blev du erbjuden stöd efter händelsen?

☐ Ja

☐ Nej

17. Hur upplevde du stödet av kollegor?

☐ Utmärkt

☐ Lagom

☐ Dåligt

☐ Fick inget stöd

☐ Annat, Vad? _____

18. Hur upplevde du stödet av din chef?

☐ Utmärkt

☐ Lagom

☐ Dåligt

☐ Fick inget stöd

☐ Annat, Vad? _____

19. Hur upplevde du stödet av dina vänner?

☐ Utmärkt

☐ Lagom

☐ Dåligt

☐ Fick inget stöd

☐ Annat, vad? _____

20. Hur upplevde du stödet av din familj?

☐ Utmärkt

☐ Lagom

☐ Dåligt

☐ Fick inget stöd

☐ Annat, vad? _____

21. Blev du sjukskriven?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ville inte

22. Om ja, så hur länge var du sjukskriven? _____

23. Funderade du över att byta bransch?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Annat, Vad? _____

24. Undviker du situationer som påminner om den traumatiska händelsen?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Annat, Vad? _____

25. Efter det att den traumatiska händelsen hänt, hade du svårt att uppleva eller visa känslor?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Annat, Vad? _____

26. Igenkänner du någon eller flera av dessa problem, beteenden eller reaktioner? Kryssa för det eller de alternativ som du igenkänner.

- ☐ Sömnproblem
☐ Problem att koncentrera dig
☐ Irritabilitet eller utbrott av ilska
☐ Vårdslös eller självdestruktivt beteende
☐ En känsla av att vara hela tiden "på din vakt"
☐ En överdriven skrämselreaktion
☐ Annat, Vad? _____

27. Stör dina symptom de normala dagliga rutinerna?

- ☐ Ja
☐ Nej

28. Ingick det i din utbildning diskussion om traumatiska händelser?

- ☐ Ja
☐ Nej

29. Har du blivit "second victim"?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte



30. När du är orolig eller stressad över något som händer på jobbet, finns det någon du kan vända dig till?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte

31. När du har varit med om en traumatisk händelse, så har det ordnats defusing? (Krissamtal med egen personal)

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte
☐ Annat, Vad? _____

32. När du varit med om en traumatisk händelse, så har det ordnats debriefing? (Krissamtal med utomstående)

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Vet inte
☐ Annat, Vad? _____

33. Om du har barn så ser du att egna barn kan vara en styrka eller svaghet när du blivit "second victim"?

- ☐ Styrka
☐ Svaghet
☐ Vet inte
☐ Annat, Vad? _____

34. Finns det något annat du vill kommentera om dina traumatiska upplevelser?

TACK för dina svar

BILAGA 3 LITTERATURSÖKNING

Databas	Sökord	Avgränsning	Träffar	Utvalt
PubMed	second victim AND patient safety	Inom 5år	67	10
Google Scholar	second victim AND nurse		209 000	27
PubMed	second victim AND patient safety AND adverse events	Journal of patient safety	28	8
PubMed	second victim AND patient safety AND adverse events	Inom 5år	23	5
Google Scholar	second victim AND adverse events AND obsterics OR midwives	2019	291	2
PubMed	Second victim AND adverse events AND re- silience	Inom 5år	11	6
PubMed	Second victim AND resilience AND midwife	Inom 5år	11	1
PubMed	Second victim AND adverse events AND midwife	Inom 5år	6	6
Medic	Andra offret/ offeret		0	0
Google Scholar	Andra offret/ offeret		0	0
Medic	Toinen uhri		10	0
Medic	Toinen uhri AND hoitaja		4	0
SweMed+	Andra offret		2	0