

Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser

Først publisert: 13.08.2024

Siste faglige endring: 13.08.2024

KAPITTEL 5.2

Systematisk fremgangsmåte for ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser

Det er en mangel på helhetlige modeller for ivaretagelse etter uønskede hendelser. Helse- og omsorgsvirksomheter oppfordres derfor til å ha tydelige og systematiske handlingsplaner basert på behovene til de forskjellige gruppene, både pasienter, brukere og pårørende, og helsepersonell og andre medarbeidere [1]. Når det gjelder medarbeidere er det i litteraturen først og fremst kollegastøtteprogrammer i forskjellige former som omtales [2]. Ivaretagelse krever midlertid en rekke tiltak, satt i system.

I Spania er det utviklet et mer helhetlig rammeverk, med sjekklister og flytdiagrammer [3, 4]. Disse kan ikke brukes direkte for norske forhold, men det som påpekes som overordnet viktig, er høyst relevant: Helse- og omsorgsarbeidere skal møtes med respekt, empati, forståelse og støtte fra sin virksomhet. De trenger å ha mulighet for å snakke om hendelsen, og bidra til læring og forbedring i etterkant.

Et system for ivaretagelse bør ha rutiner som sørger for

- et godt forløp for ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser
- tydelige roller og ansvar

Disse er hovedtemaene i dette kapitlet. Også viktig er tiltak for å sikre at rutinene prosedyrene er kjent og etterleves i organisasjonen, og at personene med roller og ansvar for gjennomføringen har tilstrekkelig kompetanse.

System og rutiner er nødvendige, men ikke tilstrekkelige. Ivaretagelse er også avhengig av holdninger og kultur, som påvirker hvordan tiltak blir praktisert og hvordan involverte medarbeidere opplever å bli møtt. Praktiseringen må oppleves som autentisk, at virksomheten bryr seg. Se Del 3 om betydningen av en åpen og lærende kultur og av ivaretakende ledelse.

Psykologisk førstehjelp og læringsdebrief, i stedet for psykologisk debrief

Det finnes forskjellige typer debriefing. Hovedskillet går på om hensikten er å gjennomgå en hendelse med læring og forbedring som formål (læringsdebrief), eller å bearbeide emosjonelle reaksjoner for å forhindre psykiske senreaksjoner (psykologisk debrief) [5].

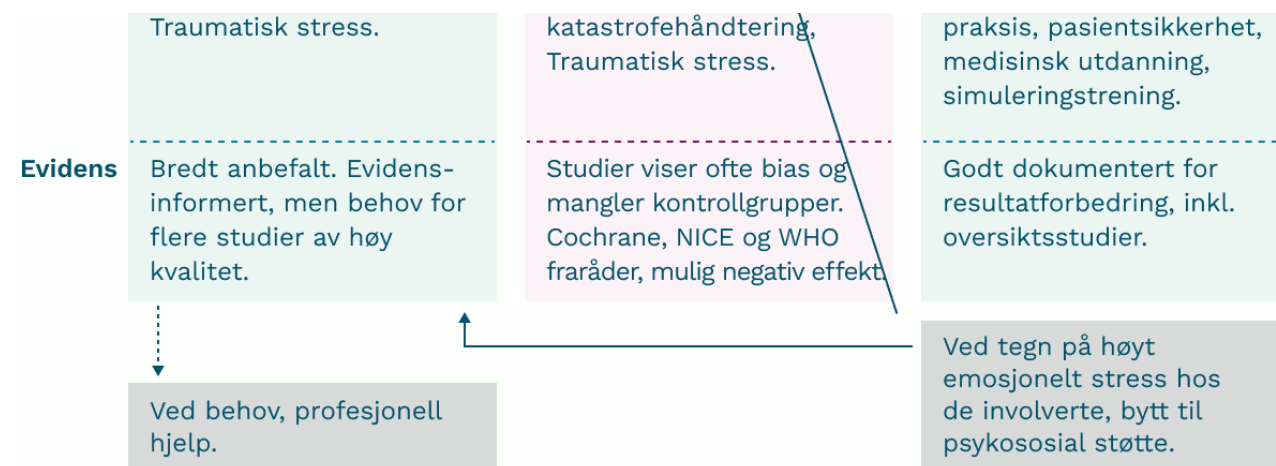
Det er ikke vist vitenskapelig at psykologisk debriefing har positiv effekt, og anbefales derfor ikke. I stedet anbefales psykologisk førstehjelp og læringsdebrief. Disse omtales i guiden primært som "psykososial støtte" og "gjennomgang av hendelser" [6].

WHO [7] definerer **psykologisk førstehjelp** som "human, støttende og praktisk bistand for å støtte mennesker som har vært utsatt for alvorlige kritiske hendelser" (s. 3). Det er en evidens-informert tilnærming basert på faktorer som studier og erfaring har vist er mest betydningsfulle for gjenoppretelse av psykososial og atferdsmessig funksjonsevne: trygghet, mestringstro, ro, tilhørighet og håp [8]. Disse grunnprinsippene omtales også under "Praktiske virkemidler" i dette kapitlet.

I Folkehelseinstituttets (FHI) systematiske oversikt [9] er **psykologisk debriefing** definert som "en strukturert form for psykologisk støtte gitt innen kort tid etter en uønsket hendelse, med hensikt å håndtere påfølgende følelsesmessige reaksjoner og forebygge mer alvorlige reaksjoner posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og depresjon" (s. 6). Dette inkluderer metoder som CISD Critical Incident Stress Debrief og CISM Critical Incident Stress Management.

Læringsdebrief defineres av Kolbe [5] som strukturerte teammøter/-samtaler der medarbeidere utforsker handlinger, tankeprosesser og utfall av en situasjon med forbedring av praksis som formål. Disse har typisk både en retrospektiv (tilbakeskuende) og en prospektiv (fremoverskuende) del, som fremmer refleksjon og læring, individuelt og i team.

	Psykologisk førstehjelp Psykososial støtte	Psykologisk debrief	Lærings-debrief Gjennomgang av hendelse
Hensikt	Støtte emosjonelt og praktisk. Fremme opplevelse av trygghet, tilhørighet, mestring, ro og håp.	Hindre ettervirkninger, fremme samhold, normalisering, evt. emosjonell ventilerings.	Primært læring og forbedring, men kan også fremme samhold og mestringsopplevelse.
Navn	Psykologisk førstehjelp, psykososial støtte, omsorgsfull støtte.	Psykologisk debriefing, CSID/CISM Critical Incident Stress Debriefing/Management.	After Action Review, TALK, Erfaringsmøte, m fl.
Typisk struktur	Vær oppmerksom på behov for støtte. Lytt til den berørte. Bistå med praktisk hjelp og kontakt med det naturlige nettverket (WHO).	Fakta, tanker, sanseinntrykk, reaksjoner, normalisering, fremtidsplanlegging (Dyregrov).	Hva var intensjonen/planen? Hva skjedde? Hva lærte vi? Hva gjør vi nå? Hvordan deler vi dette videre? (Baird)
Fag	Klinisk psykologi, Krise- og katastrofehandtering,	Klinisk psykologi, psykoterapi, Krise- og	Team/organisasjonsfag, lærende organisasjon, militær



Anerkjente miljøer som Cochrane og NICE, som vurderer intervensjoner, fraråder psykologisk debriefing [10, 11]. Hovedgrunnen er mangel på forskningsevidens av positiv effekt, og muligens negativ effekt. WHO's anbefaling er at psykologisk debriefing ikke blir brukt for mennesker som nylig har opplevde en traumatisk hendelse. Anbefalingen er kategorisert som sterk [12].

Folkehelseinstituttet (FHI) ble bedt av Helsedirektoratet om en systematisk oversikt for å identifisere og oppsummere studier om effekt av psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser. Bakgrunnen var at psykologisk debriefing er i bruk i Norge for helsepersonell etter kritiske hendelser. FHI-oversikten identifiserte ingen studier med målgruppen helsepersonell involvert i uønskede hendelser og kunne derfor ikke trekke noen konklusjon om effekt av psykologisk debriefing for denne gruppen.

Det ble funnet noen studier med tilgrensende problemstilling, men disse ble ekskludert på grunn av svakt studiedesign. Ingen av disse viser positiv effekt som kan tilskrives psykologisk debriefing (versus naturlig bedring). En studie viser negativ effekt, men det kan skyldes systematiske skjevheter mellom gruppene før debriefingen. FHI konkluderer med at det trengs mer forskning [9].

Flere faglige kronikker basert på oversiktsstudiene og annen forskning tar tydelig avstand fra bruk av psykologisk debriefing [13].

Samlet sett betyr dette at det er behov for å være føre var.

Det vanlige ved psykologisk debriefing er at medarbeidere oppfordres til å dele reaksjoner i felleskap. Et problem med dette er at det ikke er sikkert det er tilstrekkelig psykologisk trygghet i gruppen til å gjøre dette på en forsvarlig måte. Mange forteller om positive opplevelser, som det å erfare at man ikke er den eneste som reagerer på hendelsen. Men det er beretninger også om negative opplevelser med psykologisk debriefing, for eksempel at man er tvunget til å delta, at det oppleves ubehagelig eller utrygt å dele reaksjoner, og at man føler seg dårligere etterpå [14] [15].

Mangel på psykologisk trygghet kan også gjelde mer tekniske hendelsesgjennomganger/læringsdebrief, men her er man ikke så eksponert som i psykologisk debriefing, hvor man deler reaksjoner og følelser. Evaluering, som hendelsesgjennomganger er et eksempel på, er dessuten pålagt i helsetjenesten gjennom forskriften om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten [16]. Det står også i forskriftene om de nasjonale retningslinjer for en rekke helseutdanninger, i litt forskjellige varianter, at helsepersonell skal kunne bruke relevante metoder for å analysere og følge opp uønskede hendelser for å bidra til systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet [17].

Psykologisk debriefing er et relativt ressurskrevende tiltak, som innebærer grundig opplæring av personale, opprettelse og vedlikehold av en gruppe som behersker metoden. Ressursbruk er derfor også relevant å

vurdere. Den primære begrunnelsen for ikke å anbefale metoden er imidlertid mangel på evidens og mulig risiko for skade.

Praktiske virkemidler

Første del omtaler roller og ansvar. Andre del inneholder en beskrivelse av ivaretagelse av medarbeidere basert på fem grunnprinsipper og konkretisert i en 10-punktsliste. Punktene om kollegastøtte, læring fra hendelser, og oppfølging over tid, er utdypet nærmere i egne kapitler.

Roller og ansvar

Oppfølging av ansatte i forbindelse med alvorlige jobbhendelser er et lederansvar. Samtidig har andre i virksomheten viktige støttefunksjoner. Her er en beskrivelse av roller og ansvar som kan være relevant for mange virksomheter.

Organisasjonens øverste ledelse har det overordnede ansvaret for å fremme en kultur preget av trygghet, åpenhet og læring, og for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, for å unngå hendelser. Den har også ansvar for virksomhetsomfattende rutiner for å ta vare på medarbeidere ved uønskede hendelser, og for å sikre at rutineene er kjent og etterleves. Disse bør beskrive roller og ansvar for arbeidet med ivaretagelse. Dette avsnittet om roller og ansvar er et eksempel på hvordan det kan gjøres. Rutineene bør også beskrive en systematisk fremgangsmåte, som 10-punktslisten i neste inndeling er et eksempel på.

Hvis virksomhetene innlemmer uønskede hendelser i generelle prosedyrer for psykososial støtte i forbindelse med kriser, bør særegenhetene ved uønskede pasienthendelser og håndtering av disse komme tydelig frem. Kriser som masseulykker, for eksempel, er vesentlig forskjellig fra uønskede pasienthendelser, hvor medarbeidere har vært direkte eller indirekte involvert.

Ledere på nivåer under har ansvar for å utarbeide lokale rutiner og tiltak i forlengelse av de overordnede der det er behov for det. De har ansvar for å sørge for god kvalitet, pasientsikkerhet og kultur i sin del av organisasjonen.

Nærmeste leder til den eller de som har vært involvert i en uønsket hendelse skal sørge for oppfølging i form av psykososial støtte, informasjon og andre hensiktsmessige tiltak, se 10-punktslisten. Som hovedregel bør ivaretagelse av helsepersonell og andre ansatte etter uønskede hendelser skje på lavest mulig nivå - i det naturlige arbeidsmiljøet. Å sørge for et støttende kollegialt miljø er en svært viktig del av dette, og det kan være gunstig også med lokale kollegastøtteordninger (se [kapittel 2.3](#)).

Kollegaer Alle medarbeidere skal bidra til et godt og støttende arbeidsmiljø. Det kan også være aktuelt å ha en formalisert rolle som kollegastøtte, der det er organiserte ordninger.

Verneombud har en rolle hjemlet i Arbeidsmiljøloven for å se til at det er et forsvarlig arbeidsmiljø [18]. De kan være gode støttespillere for å styrke arbeidsmiljø og kultur både i det forebyggende arbeidet og i håndtering av kriser, som etter en uønsket hendelse.

Bedriftshelsetjeneste (BHT) kan bistå virksomheten med faglige råd og bistand. Virksomheter i helse- og omsorgstjenesten har plikt til å være tilknyttet BHT, og tjenestene det inngås avtale om skal følge av risikoforhold i virksomheten. Uønskede hendelser er en slik risiko. Etter alvorlige uønskede hendelser bør nærmeste leder informere de involverte i virksomhetens BHT og ved behov bistå i å opprette kontakt.

Kvalitetsrådgivere kan være gode støttespillere i arbeidet med gjennomgang av hendelser, læring og forbedring. Gjennomført på en trygg måte, kan læringsgjennomganger være en god støtte for involvert personale. Se [kapittel 1.4](#) om involvering av medarbeidere i gjennomgang av hendelser.

Tillitsvalgte har som rolle å bidra til at involvert personell blant egne organiserte sikres en god ivaretagelse.

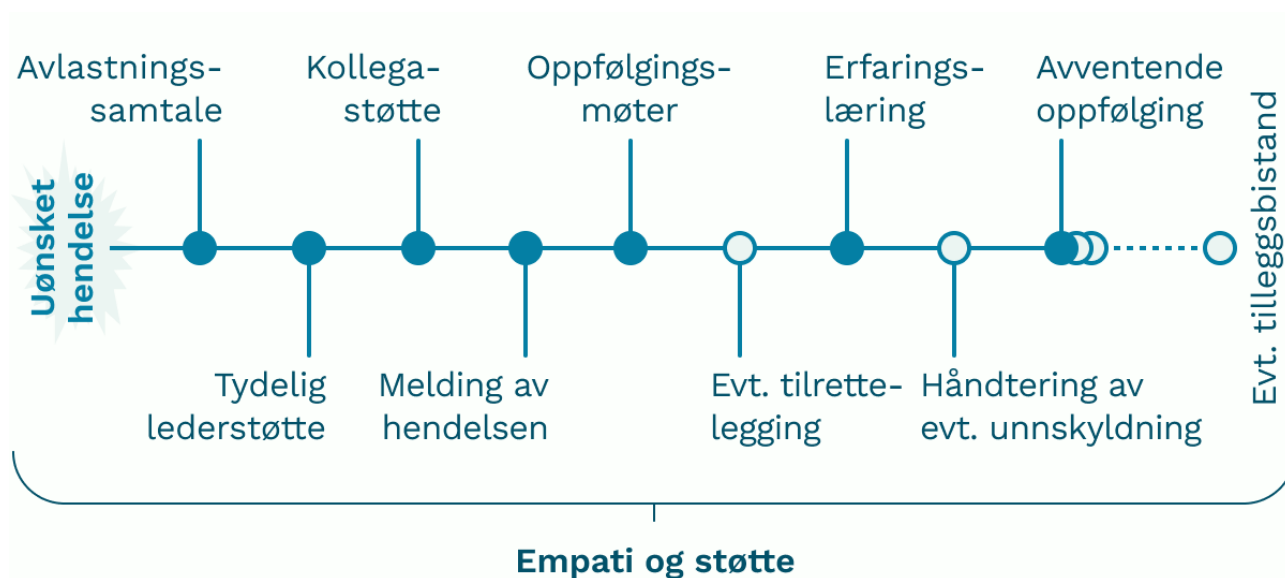
Fem grunnprinsipper og en 10-punktsliste

Prinsippene for ivaretagelse bygger på en grunntanke om menneskers iboende ressurser, og at den beste responsen i møte med personer i en stressende situasjon eller krise, er å beskytte og styrke deres egne ressurser. Grunnprinsippene for all bistand innebærer derfor å fremme en opplevelse av trygghet, skape ro, bistå med å gjenopprette mestringfølelsen, legge til rette for sosial støtte og tilhørighet, og styrke fremtidstro [8, 19, 20].

Grunnprinsippene for møte mennesker i krise er å fremme

- Trygghet
- Ro
- Mestringstro
- Sosial støtte og tilhørighet
- Håp

Fremgangsmåten for ivaretagelse kan deles inn i en akutfase, det vil si de første timene og dagene, og en oppfølgingsfase. Underveis skal involverte medarbeidere alltid møtes med respekt og empati, og virksomheten skal beholde et flerfaktor-, systemisk perspektiv på årsaker til hendelsen.



Uønskede hendelser er av forskjellig art og alvorlighetsgrad. Dette påvirker fremgangsmåten for ivaretagelse. Den påvirkes også av de involvertes individuelle behov og ønsker. Forskjellige personer kan ha forskjellige vurderinger av hvor alvorlig og hvor belastende en uønsket hendelse er. Det må tas hensyn til hva de involverte mener er viktig og riktig for dem. Et eksempel på dette er å lytte til de involvertes egne vurderinger av hvor mye og med hvem de ønsker å snakke om det som har skjedd. Selvbestemmelse er i seg selv grunnleggende for å gjenopprette en opplevelse av mestring og kontroll over situasjonen

Akutfasen – tiltak

Med akutfasen menes de første timene og dagene etter en hendelse. En avlastningssamtale står sentralt i den første fasen sammen med informasjon om videre prosess, tydelig lederstøtte og tilbud om kollegastøtte, melding av hendelsen, samt tilrettelegging ved behov.

"Psykologisk debriefing" anbefales ikke. Se utdypning tidligere i kapitlet.

Strakstiltak

Aller først må selve den uønskede hendelsen håndteres og tiltak iverksettes for å begrense omfanget av skader og konsekvenser for pasient, bruker eller pårørende.

Overordnet skal varsles og eventuelt sørge for avløsning av involvert personell, særlig hvis de er sterkt preget av hendelsen.

Oversiktsliste. 10-punkter for oppfølging av medarbeidere

Akutfasen

1. Avlastningssamtale
2. Tydelig lederstøtte
3. Kollegastøtte
4. Melding av hendelsen
5. Oppfølgingsmøter
6. Tilrettelegging ved behov

Oppfølgingsfasen

7. Hendelsesgjennomgang med læringsfokus
8. Håndtering av evt. unnskyldning
9. Avventende observasjon
10. Eventuelt psykologisk eller annen ekstern bistand

1. Avlastningssamtale

Avlastningssamtaler bør gjennomføres kort tid etter hendelsen, helst før de ansatte går hjem fra arbeid. Mange er slitne, så samtalen bør ikke vare over en time. I avlastningssamtalen deltar de som var direkte involvert i hendelsen, ikke andre.

Det er ikke nødvendigvis leder som holder avlastningssamtalen. Det kan for eksempel være ansvarshavende på vakt eller den som har en lignende funksjon.

Hvis helsepersonell fra forskjellige avdelinger har vært involvert i hendelsen, for eksempel i en akutt-team-utrykning, bør teamleder samle teamet før de går til sine respektive avdelinger.

Avlastningssamtaler skal bidra til å:

- **skape oversikt**
sortere fakta etter en hendelse slik at medarbeiderne får oversikt og ser sammenheng i egen arbeidsinnsats
- **dempe uro**
skape en umiddelbar forståelse av hendelsen og redusere følelsesmessig uro og kaos
- **øke fellesskapsfølelse**
skape en økt følelse av samhold og tilhørighet

- **normalisere og bidra til egenmestring**
orientere om naturlige krisereaksjoner og gi råd om mestring.

I avlastningssamtalen er fokus på å få oversikt gjennom å etablere en kronologisk redegjørelse for hva som skjedde i ulike faser, som en tidslinje. Mange sitter med en rekke spørsmål og uro også knyttet til egen innsats. Et sentralt moment i avlastningssamtalen er å anerkjenne det som ble utført på en god måte i situasjonen. I avlastningssamtalen skal deltakerne kunne stille spørsmål til hva som faktisk skjedde, men skyld og ansvar er ikke et tema.

I avlastningssamtalen skal man unngå detaljerte beskrivelser av voldsomme hendelser. Vektleggingen skal være på fakta, ikke på følelsesmessige opplevelser. Det er rom for at deltakerne uoppfordret nevner at de ble redde, sinte, provoserte eller lignende, men følelsesmessige opplevelser skal hverken etterspørres eller ha mye fokus.

Det kan være hensiktsmessig å minne om at:

- Det er naturlig å få reaksjoner i etterkant av slike hendelser, og at normale reaksjoner kan spenne over et bredt register med årvåkenhet, søvnvansker, forhøyet aktivisering, forstyrret appetitt, konsentrasjonsvansker, sosial tilbaketrekking m.m., men at disse reaksjonene vanligvis avtar av seg selv.
- En normal døgnrytme med hvile, regelmessig næringsinntak, fysisk aktivitet, gjøremål som vanligvis gir glede og samvær med mennesker man bryr seg om bidrar til helingsprosesser, og forebygger grubling og uro. Inntak av sovetabletter og alkohol for å fremme søvn kan gjøre vondt verre den første tiden. Det er ikke uvanlig, og ikke farlig, med mindre søvn de første nettene etter en uønsket hendelse.

Man bør spørre om de involverte

- ønsker en kollega å snakke med
- har behov for praktisk bistand
- har familie eller venner å være sammen med

Mediehåndtering

I saker hvor det kan bli pågang fra presse, bør de involverte få råd om håndtering av media. I en akutfase kan rådet være å henvise til overordnet leder eller si at man vil komme tilbake til dem. De fleste virksomheter har prosedyrer for håndtering av media som leder bør kjenne til.

Blir hendelsen en sak for offentligheten, blir det ofte håndtert av virksomhetens ledelse og kommunikasjonsavdeling. Det er viktig at dette skjer i samråd med involverte medarbeidere.

Deltakere i referansegruppen har kommentert at ved lokal eller nasjonal medieoppmerksomhet, forverres følelser som skam, fortvilelse over at man ikke kan forsvare seg, opplevelse av at man setter organisasjonen i et dårlig lys, m.m.

Se om mediehåndtering som relatert til pasienter, brukere og pårørende i [kapittel 1.2](#), avsnitt "Mediehåndtering". Generelt er [kapittel 1.2](#) og [1.3](#) relevante når det gjelder innhold i kommunikasjonsbudskap og vurderinger om hvem som bør formidle det.

2. Tydelig lederstøtte

Oppfølging av medarbeidere i forbindelse med alvorlige jobbhendelser er et lederansvar og det er viktig at medarbeidere opplever å ha god støtte fra lederen etter en uønsket pasienthendelse.

Med støtte menes ikke at leder uttrykker støtte til vurderingene som foranlediget hendelsen, men uttrykk som bidrar til at den ansatte føler at hendelsen er en del av det som kan skje alle i sin yrkesutførelse.

Oppfølging av medarbeidere som er involvert i uønskede hendelser bør i all hovedsak skje i det naturlige arbeidsmiljøet. Lederen kan søke råd om håndtering av hendelsen og ivaretagelse av de involverte hos for eksempel kollegaer, egen leder eller bedriftshelsetjenesten.

Se også [kapittel 3.2 "Ivaretakende ledelse"](#), samt avsnitt "Roller og ansvar" tidligere i dette kapitlet.

3. Kollegastøtte

Mulighet for kollegastøtte er påvist har stor betydning. Involverte medarbeidere bør gis et tilbud om kollegastøtte.

Se [kapittel 2.3 "Kollegastøtte"](#) for en utdypning.

4. Melding av hendelsen

Hendelser bør dokumenteres så snart som mulig ved å beskrive forløpet og vurderinger gjort underveis. Dette er ofte nyttig også for den enkelte som har vært involvert.

Det er ulike lovkrav og meldeplikter å overholde, og virksomheten skal ha prosedyrer for hvordan dette skal gjøres. Et eksempel på en prosedyre for melding av uønskede hendelser, inkludert en meldeplakat med oversikt over hva som skal meldes hvor, kan man finne i ehåndboken til Oslo universitetssykehus [21].

Ved behov bør involverte medarbeidere tilbys kyndig bistand til å vurdere hvor og hvordan hendelsen skal meldes.

Det er en stor fordel hvis det enkelte fagfeltet og den enkelte avdelingen på forhånd har diskutert hvilke potensielle hendelser bør meldes og hvordan, se forrige kapittel om forberedelse av medarbeidere.

5. Oppfølgingsmøter

Uvisshet kan skape utrygghet, mens informasjon gir oversikt og svar på spørsmål. Fortløpende bør leder

- orientere om status i saken
- diskutere hva som skal skje videre
- samle spørsmål som krever svar fra andre
- unngå å kritisere
- oppmuntre til aktiv sosial støtte og tilhørighet i gruppen
- gjenta tilbud om kollegastøtte
- orientere om virksomhetens ordninger når det gjelder bedriftshelsetjeneste, eventuelle sentrale støtteordninger, og håndtering av media og juridiske problemstillinger (der det er aktuelt)

Uønskede hendelser rammer ofte flere enn dem som har vært direkte involvert. Et helt arbeidsmiljø kan bli påvirket, og rykter kan oppstå. For å motvirke dette kan medarbeidere som ikke er direkte involvert ha behov for informasjon. Samtidig må informasjonsdeling ikke skje på bekostning av behovene og personvernet til de involverte. Aktsomhet i hva som deles vil bidra til at miljøet oppleves trygt også for dem som ikke er direkte berørte.

6. Tilrettelegging ved behov

Å raskt gjenoppta arbeid og vanlige rutiner i etterkant av en hendelse har vist seg å være helsefremmende. Ofte er det best å ikke unngå steder hvor hendelsen oppsto, eller situasjoner som ligner. Det kan imidlertid av hensyn til pasientsikkerhet eller de involverte selv være behov for å ta ansatte ut av vakt/arbeidssituasjon i den akutte fasen. I samråd mellom leder og den berørte kan ytterligere fravær vurderes.

Forskjellige andre typer tilretteleggingstiltak kan i noen situasjoner være aktuelle, for eksempel:

- å være på arbeid, men å få andre oppgaver i en periode
- gå sammen med en makker og utføre ordinære oppgaver
- få større fleksibilitet når det gjelder arbeidstid, hvis personen for eksempel sliter med søvnvansker

Individuell tilrettelegging kan i mange tilfeller forebygge sykefravær. Ved sykefravær skal leder, som ellers, ivareta god oppfølging av den sykemeldte. Tilbakeføring til arbeidet og situasjoner som ligner den hvor det var en uønsket hendelse, kan skje gradvis.

Oppfølgingsfasen - tiltak

Oppfølgingsfasen omfatter de neste ukene og månedene og ivaretar berørte medarbeidere ved å involvere dem i lærings- og forbedringsprosesser, holde kontakt og gi bistand ved behov, for eksempel når det gjelder kommunikasjonen med pasienter, brukere og pårørende.

Flere tiltak fra akuttfasen kan dessuten fortsatt være aktuelle: informasjon, individuell tilrettelegging og støttesamtaler etter behov.

7. Hendelsesgjennomgang og iverksetting av lærings- og forbedringstiltak

Fremgangsmåten for hendelsesgjennomgang må avstemmes med alvorlighetsgraden og kompleksiteten av hendelsen. Gjennomført på en psykologisk trygg måte med vekt på læring kan en slik gjennomgang være en god støtte for involverte medarbeidere. Den ansatte har gjerne forslag til forbedringer som bør tas på alvor, også fordi det bidrar til personens gjenopplevelse av mestring. Å ikke bli tatt på alvor kan forverre de involvertes reaksjoner.

Se [kapittel 2.4](#) om involvering av berørte medarbeidere i hendelsesgjennomgang, læring og forbedring.

8. Håndtering av en eventuell unnskyldning

Dersom det etter en gjennomgang av hendelsen konkluderes med svikt i tjenesten, skal berørt pasient eller bruker og eventuelle pårørende bes om unnskyldning. Dette må gjøres på en oppriktig og empatisk måte, men er ofte vanskelig for involverte ledere og medarbeidere. Det kan være nyttig å få bistand og råd fra andre i organisasjonen som har erfaring med slike samtaler, og som de involverte har tillit til. Det kan også skape større trygghet. Se [kapittel om å be om unnskyldning](#).

9. Avventende oppfølging

Avventende oppfølging er et viktig prinsipp for å fange opp eventuelle behov, og samtidig ikke gjennomføre flere tiltak enn som er hensiktsmessig. Ledere og kollegaer bør være oppmerksomme på tegn som kan tyde på at de(n) involverte trenger mer støtte og bistand. Å spørre oppriktig om hvordan det går, og om det er noe arbeidsgiver kan bistå med, viser god personalomsorg.

Alternativ: God personalomsorg er å vise oppriktig interesse for hvordan det går, og høre om det er noe arbeidsgiver kan bistå med.

Avventende oppfølging innebærer å

- holde kontakt med involverte medarbeidere over tid
- være oppmerksom på endring i atferd eller andre tegn på behov for mer bistand
- spørre omsorgsfullt om hvordan det går og vise interesse for svarene som gis
- sjekke at medarbeidere har den hjelpen, tilrettelegging eller oppfølging som trengs

10. Eventuell psykologisk bistand eller annen type bistand

Det er normalt å reagere på en unormal situasjon. De aller fleste trenger ikke profesjonell bistand selv om hendelsen oppleves som en krise. Men når krisereaksjoner vedvarer over lengre tid (utover 3-4 måneder) eller tiltar i styrke, kan det være behov for profesjonell hjelp. Bedriftshelsetjenesten kan i mange tilfeller tilby støttesamtaler. I samråd med medarbeideren kan de vurdere behov for ytterligere bistand og gi råd om hvilke muligheter for behandling og annen bistand som finnes.

Bedriftshelsetjenester har som regel ikke tilbud om terapi eller behandling som del av sin rolle. Noen virksomheter oppretter avtale med psykologtjenester for å kunne tilby dette til medarbeidere som i jobbsammenheng har opplevd traumatiske hendelser og har behov for dette.

1. Liukka, M., et al., *Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(13).

2. Busch, I.M., et al., *Promoting the Psychological Well-Being of Healthcare Providers Facing the Burden of Adverse Events: A Systematic Review of Second Victim Support Resources*. Int J Environ Res Public Health, 2021. 18(10).

3. Mira, J.J., et al., *Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations*. International Journal for Quality in Health Care, 2017. 29(4): p. 450-460.

4. Mira, J.J., *Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims*. 2015: ISBN 978-84-608-4017-6. p. 27.

5. Kolbe, M., et al., *Team debriefings in healthcare: aligning intention and impact*. BMJ, 2021. 374: p. n2042.

6. Begrepe "psykologisk førstehjelp" og "psykososial støtte" har begge fordeler og ulemper. Psykologisk førstehjelp er lett å forveksle med psykologisk debrief. Ordet førstehjelp kan være misvisende, fordi tilnærmingen kan oppfattes som relevant kun i en første fase, mens det ofte er nyttig også senere i en oppfølgingsprosess. Psykososial støtte som begrep tar med flere aspekter enn kun det psykologiske, slik tilnærmingen i praksis innebærer. Samtidig kan det oppfattes som mindre presis. Med bruk av den mister man også referanse til litteraturen om psykologisk førstehjelp.

Også "læringsdebrief" og "gjennomgang av hendelser" (eller hendelsesgjennomgang) har fordeler og ulemper. Gjennomgang av hendelser har den fordelen at det er tydeligere hva som er gjenstanden for gjennomgangen. Men det kan lett forveksles med "hendelsesanalyse", som er et fast begrep, og betegner en bestemt form for gjennomgang. En fordel med "læringsdebrief" er at formålet er tydeliggjort. Det inneholder imidlertid det engelske ordet "debrief".

Det viktigste er at en virksomhet har et felles språk og en felles forståelse.

7. World Health Organization, War Trauma Foundation, and W.V. International, *Psychological first aid: Guide for field workers*. 2011, World health organization. p. 82.

8. Hobfoll, S.E., et al., *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence*. Psychiatry, 2007. 70(4): p. 283-315; discussion 316-69.

9. Meneses-Echavez, J.F., et al., *Psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser: en systematisk oversikt*. 2022. p. 38.

10. Rose, S.C., et al., *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002(2).

11. Roberts, N.P., et al., *Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8).
12. World Health Organization. *Psychological debriefing in people exposed to a recent traumatic event*. 2012; Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-program>.
13. Norsk Pasientskadeerstatning, *Samsvar mellom pasientskader og saker som er meldt i avvikssystemer på sykehus*. 2023.
14. Billings, J., et al., *Post-incident psychosocial interventions after a traumatic incident in the workplace: a systematic review of current research evidence and clinical guidance*. *Eur J Psychotraumatol*, 2023. 14(2): p. 2281751.
15. Schrøder, K., A. Janssens, and E.A. Hvidt, *Adverse events as transitional markers - Using liminality to understand experiences of second victims*. *Social Science & Medicine*, 2021. 268.
16. Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. 2016.
17. Eksempler er:

Forskrift til nasjonal retningslinje for medisinstudium, § 23.b kan bruke relevante metoder for å vurdere risiko for uønskede hendelser og bidra til forbedring og pasientsikkerhet ved blant annet å anvende metoder for å følge opp dette systematisk

Forskrift til nasjonal retningslinje for jordmorutdanning, § 17.b kan bruke relevante metoder for systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, herunder analysere og forebygge uønskede hendelser
18. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Kapittel 6 Verneombud.
19. Dücker, M.L., *Five essential principles of post-disaster psychosocial care: looking back and forward with Stevan Hobfoll*. *Eur J Psychotraumatol*, 2013. 4.
20. Helsedirektoratet. *Psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer - Mestring, samhörighet og håp. Nasjonal veileder*. 2016 17. mars 2016 23.06.2023]; Available from: content://a39a903e-e46b-4e67-9eb3-4b391fbf64ff.
21. Oslo universitetssykehus ehåndbok. *Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles*. 2020; Available from: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/11>.

Siste faglige endring: 29. august 2024