

VÅRDPERSONALENS ERFARENHETER AV STÖD EFTER VÅRDSKADA

EN LITTERATURSTUDIE

PATRICIA LEMLAND
SANDRA WIDELL

VÅRDPERSONALENS ERFARENHETER AV STÖD EFTER VÅRDSKADA EN LITTERATURSTUDIE

PATRICIA LEMLAND
SANDRA WIDELL

Lemland, P & Widell, S. Vårdpersonalens erfarenheter av stöd efter vårdskada. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2019.

Bakgrund: En av sjuksköterskans kärnkompetenser är säker vård och detta ska konstant genomsyra omvårdnaden. Men det inträffar vårdskador och då är det inte bara patienten som drabbas utan även vårdpersonalen. Arbetsgivaren har då ett ansvar för att vårdpersonalen som varit involverad i vårdskada, även kallat ”second victim”, får stöd.

Syfte: Att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av stöd på samt utanför arbetsplatsen efter att ha varit involverad i vårdskada.

Metod: Studien genomfördes som en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Databassökningar utfördes i CINAHL och PubMed, där tio relevanta artiklar påträffades. Dessa kvalitetsgranskades varefter tre bedömdes vara av hög kvalitet och sju av medelhög kvalitet. En innehållsanalys utfördes i fem steg.

Resultat: Fem kategorier kunde urskiljas; Avlastande samtal, Rättvist bemötande, Bekräftelse av kliniskt självförtroende, Känslomässigt stöd samt Rutiner och riktlinjer för stöd. Dessa beskriver de behov som vårdpersonal har efter att ha varit involverad i vårdskada.

Konklusion: Chefen behöver aktivt arbeta med att skapa en arbetsmiljö med öppenhet där behoven kan tillgodoses för att vårdpersonalen ska kunna återhämta sig och återfå sitt kliniska självförtroende för att stanna kvar på sin arbetsplats.

Nyckelord: Patientsäkerhet, ”second victim”, sjuksköterskor, stöd, vårdskada, vårdpersonal.

HEALTH CARE PROFESSIONALS’ EXPERIENCES OF SUPPORT AFTER AN ADVERSE EVENT

A LITERATURE REVIEW

PATRICIA LEMLAND
SANDRA WIDELL

Lemland, P & Widell, S. Health care professionals’ experiences of support after an adverse event. A literature review. *Degree project in nursing 15 Credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2019.

Background: One of the key competences of the registered nurse is patient safety which should permeate the patient care. But adverse events are a reality and when it occurs not only the patient comes to harm but also the health care professional. The employer has the responsibility to take care of the healthcare professionals involved in adverse events, “second victims”, and give them the support needed.

Aim: To describe the health care professionals’ experiences of support at work but also outside after an adverse event.

Method: The study was carried out as a literature review with a qualitative approach. Database searches were made in CINAHL and PubMed, ten relevant articles were found. The quality of these were examined and three of them showed high quality and seven of them showed medium high quality. A content analysis was made in five steps.

Results: Five categories were distinguished; Relieving discussions, Fair treatment, Confirmation of clinical self-confidence, Emotional support and Routines and guidelines regarding support. These describes the needs that healthcare professionals have after being involved in an adverse event.

Conclusion: The employer has to build a working environment permeated by openness where the health care professionals can recover and regain their clinical self-confidence in order to continue working.

Keywords: Adverse event, health care professionals, nurses, patient safety, ”second victim”, support.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Säker vård	5
Vårdskador	5
”Second victim”	6
Arbetsgivarens ansvar	7
Stöd	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Problemformulera	9
Formulera syfte samt plan för litteraturstudien	9
Bestämma sökstrategi samt sökord	9
Val av lämplig litteratur	10
Kvalitetsgranska utvald litteratur	11
Analysera och diskutera resultatet	12
Sammanställa och dra slutsatser	13
RESULTAT	13
Avlastande samtal	14
Rättvist bemötande	15
Bekräftelse av kliniskt självförtroende	16
Känslomässigt stöd	16
Rutiner och riktlinjer för stöd	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	21
KONKLUSION	23
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE	23
REFERENSER	25
BILAGA	29

INLEDNING

Sjuksköterskan ska bidra med hälsa och inte skada men statistiken talar sitt tydliga språk. Inom vården i Sverige utsätts varje år över 100 000 patienter för vårdskada (Socialstyrelsen 2018). Bakom dessa patienter finns den vårdpersonal som har varit involverad i vårdskadan. Under den verksamhetsförlagda utbildningen har författarna upplevt hur stress i arbetet och brist på bemanning kan påverka bedömningsförmågan. Det och det höga antalet vårdskador talar för, att som blivande sjuksköterskor kommer vi någon gång under vår yrkesverksamma tid att vara involverade i en vårdskada. Och vad kan vi då förvänta oss för stöd på arbetsplatsen?

BAKGRUND

I bakgrunden kommer sjuksköterskans insats i den säkra vården att beskrivas och även bristerna i denna som kan leda till vårdskador. Under ”second victim”, vilket är vårdpersonal som har varit involverad i vårdskada, kommer begreppet förklaras och vårdpersonalens mående efter vårdskada att beskrivas. Arbetsgivarens roll i den säkra vården kommer att tas upp och slutligen redogörs för begreppet stöd.

Säker vård

En av sjuksköterskans kärnkompetenser är säker vård och i detta innefattas hur vården aktivt arbetar med utveckling av system och arbetsrutiner i förebyggande syfte (Svensk sjuksköterskeförening 2016). En god säkerhet kräver ett ständigt pågående arbete med att söka efter risker och rätta till bristerna innan säkerheten äventyras (Lindh & Sahlqvist 2012). Det innebär att patientsäkerheten behöver finnas med vid varje skiftbyte, överrapportering, patientkontakt, ledningsgruppsmöte och så vidare (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Genom att förena arbetsmiljö- och patientsäkerhetsfrågor kan en god och säker vård främjas (Lindh & Sahlqvist 2012). Rådande lagstiftning inom området är Patientsäkerhetslagen (2010:659) och i första kapitlet 6§ definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. I arbetet med förebyggande patientsäkerhet bedöms hälso- och sjukvården som verksamhetsområde ligga efter i jämförelse med många andra riskfyllda verksamheter (Lindh & Sahlqvist 2012).

Vårdskador

Patientsäkerhetslagen (2010:659) definierar i första kapitlet i 5§ vårdskada som “lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården”. Med allvarlig vårdskadan avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit” (Patientsäkerhetslag 2010:659 1kap 5§). Det har visat sig vara en kombination av flertalet mindre avvikelser som leder fram till vårdskada (Lindh & Sahlqvist 2012). Hälso- och sjukvårdspersonal har en skyldighet att alltid rapportera vårdskada eller risk för vårdskada till vårdgivaren och syftet är att öka säkerheten och inte att rapportera individen (Patientsäkerhetslag 2010:659). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor betonar att sjuksköterskan ska vidta lämpliga åtgärder för att skydda individer när deras hälsa är hotad (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) 3 kap 1§ ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god och säker vård uppfylls. Om en händelse lett till vårdskada eller att en risk för vårdskada uppstått är det vårdgivarens skyldighet att utreda incidenten som rapporterats (a.a. 3§). Syftet med utredningen är att ta reda på hur vårdskadan eller risk för vårdskadan kunde uppstå samt ge underlag för beslut om åtgärder som ska förhindra att liknande händelser inträffar igen (Inspektionen för vård och omsorg 2017). Om en utredning visar att vårdskadan eller risken för vårdskada är allvarlig ska vårdgivaren genast anmäla detta till IVO, en så kallad lex Maria-anmälan. Då är det IVO:s skyldighet att granska den utredning som vårdgivaren gjort samt eventuella åtgärder (a.a.).

Statistik

Som nämnts i inledningen drabbas varje år över 100 000 patienter av vårdskador i Sverige (Socialstyrelsen 2018). Studier som gjorts i Australien, Danmark, Spanien, Nya Zeeland, Nederländerna och Kanada visar att ungefär var tionde patient som vårdas på sjukhus drabbas av vårdskada (Lindh & Sahlqvist 2012). I USA uppskattas vårdskador med dödlig utgång till så många som cirka 400 000 varje år (Scott & McCoig 2016). I Sverige är den vanligaste typen av vårdskada vårdrelaterade infektioner som urinvägsinfektion. Andra vårdskador som förekommer är kopplade till kirurgi, läkemedel samt brister i förebyggande åtgärder av undernäring, trycksår och fall. Det har även framkommit att brist i kompetens och bemanning inom hälso- och sjukvården riskerar patientsäkerheten (Socialstyrelsen 2017).

Individ- och systemperspektivet

Svensk sjuksköterskeförening (2016) har i samverkan med de andra professioner som arbetar med vård gjort en sammanställning av vad säker vård som kärnkompetens innebär. I denna finns en del som behandlar syndabock-tänkandet vid vårdskador. Svensk sjuksköterskeförening (2016) menar att vården har funnit förklaringar till vårdskador i enskilda personers handlande och lagt skulden på dessa. Dekker (2013) nämner att det är ett enkelt sätt att utse en syndabock som får ta på sig hela skulden och förklara vad som skett istället för att ta det till en högre nivå där det egentligen är den komplexa och riskfyllda hälso- och sjukvården som har skulden. Hummerdal (2013) ställer frågan varför det måste finnas ett offer när det som krävs är systemgenomgång, riktlinjer för omhändertagande och metodisk genomgång av händelsen. En individ kan inte ensam pekats ut som ansvarig för brister i systemet (a.a.).

Det behöver poängteras att det finns två grupper av offer efter vårdskada; patienten, ”first victim”, med närstående samt den vårdpersonal som varit involverad i vårdskadan, ”second victim”, och båda kan behöva stöd (Lindh & Sahlqvist 2012). Patienten drabbas både av själva skadan men även av hur incidenten hanteras efteråt. Om personalen ger patienten stöd, bekräftar vårdskadan och vidtar nödvändiga åtgärder kan det leda till kortare återhämtning för patienten (Vincent & Pinto 2013). Vårdpersonalen kan drabbas av vårdskadan genom att den påverkar deras förmåga att fungera i arbetet och att de traumatiseras av den (Lindh & Sahlqvist 2012).

”Second victim”

Wu (2000) var den som myntade begreppet “second victim” om vårdpersonal som varit involverad i vårdskada. En vidareutveckling av definitionen gjordes av Scott

och McCoig (2016) som beskrev att ”second victim” på grund av incidenten blev ett andra offer i den meningen att vårdpersonalen blev traumatiserad av incidenten. Wu och Steckelberg (2012) nämner att “second victims” upplever samma känslor som den vårdskadade patienten och dennes anhöriga. De kan ha symtom som domningar, konfusion, ångest, sorg, depression och återupplevande av händelsen (Schröder m.fl. 2018; Wu & Steckelberg 2012). Om incidenten involverar läkemedelsmisstag kan det även vara skam, skuld och tvivel på sig själv. Ytterligare symtom som kan tillkomma är koncentrationssvårigheter och dåligt minne. Dessa kan vara i några dagar till veckor och i få fall övergå till ett tillstånd som liknar posttraumatiskt stressyndrom, PTSD (Wu & Steckelberg 2012). En kvantitativ studie som gjorts i Grekland visar hur de som varit delaktiga i vårdskada kände sig deprimerade, arga på sig själv, skuldbelagda, generade samt otillräckliga professionellt (Karga m.fl. 2011).

Arbetsgivarens ansvar

Det är verksamhetens ansvar att den vård som ges är säker och av god kvalitet (Lindh & Sahlquist 2012). Ledningen ska ha tydliga rutiner för att fånga upp och åtgärda olika brister och fel. En av deras huvuduppgifter är att se till att en säkerhetskultur etableras (a.a.).

Säkerhetskultur

Dekker (2016) definierar begreppet säkerhetskultur som en kultur som präglas av säkerhet och ansvarsskyldighet. Ansvarsskyldigheten ska inte innefatta tillbakablickande där en individ utses till syndabock eller beläggs med skuld och skam. Utan den ska bestå av framåtblickande där misstaget och den skada som blev resultatet skapar möjligheter men även skyldigheter att införa förändringar för förebyggande av incidenten (a.a.). Säkerhetskulturen innebär att ledningen på alla nivåer och alla medarbetare har vetskap om de faktorer som påverkar säkerheten i vården. I denna kultur vet all personal var gränsen går mellan säkert och osäkert arbete. Rapportering är en naturlig del där frispråkighet uppmuntras istället för tystnad och ett icke-skuldbeläggande av medarbetare utan respekt och tillit ska genomsyra kulturen (Lindh & Sahlquist 2012). Kulturen ska inte vara hierarkisk och det ska finnas en öppenhet kring diskussioner om incidenten och lärande av de misstag som skett utan inslag av kritik och påföljd (Schröder m.fl. 2018). Flera vårdorganisationer har skapat riktlinjer för hur vårdskador ska utredas och följas upp (Lindh & Sahlquist 2012).

Stöd

Nationalencyklopedin (2019) definierar stöd som en ”mer abstrakt hjälp ibland med bibetydelse av sympati”. Det är en arbetsmiljöfråga att organisatoriskt kunna ge stöd till de som varit involverade i vårdskada (Lindh & Sahlquist 2012). Arbetsmiljölagen (1977:1160) 2c§ tar upp arbetsgivarens ansvar att tillhandahålla den företagshälsovård som arbetsförhållanden kräver och med företagshälsovård menas oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering. Vårdförbundet (2017) har tagit fram ett underlag för råd och stöd vid vårdskada som tar upp vikten av samtal med kollegor och chefer men även känslomässigt stöd i form av avlastande samtal och professionell hjälp från företagshälsovård. Det är den närmsta chefens ansvar att bedöma om personen kan arbeta eller inte på grund av patientsäkerhetsskäl, om behov av ersättare finns, hålla regelbunden kontakt med involverad personal, uttala förtroende för denne, statusuppdatera angående utredningen och sätta in kamratstöd (Lindh & Sahlqvist 2012).

Det har i USA skapats ett flertal stödprogram, bland annat Scott m.fl. (2010) skapade ett komplett sådant för "second victims" som kallas ForYou. Det består av tre delar där det första stödet som sätts in består av det lokala på avdelningen som chef och kollegor kan erbjuda, nästa sorts stöd består av ett nätverk av utbildade stödpersoner och den sista sorten består av professionell rådgivning (a.a.). Vid Skånes universitetssjukhus har det skapats ett sådant nätverk för vårdpersonal som är i behov av stöd efter att ha varit involverade i vårdskada eller risk för vårdskada (Erfaret Stöd 2018). De erbjuds då ett systematiskt krisstöd utöver det stöd som närmsta chef ska tillhandahålla och innefattar moraliskt stöd, samtalsstöd samt praktisk hjälp (a.a.). I USA finns flera exempel på nätverk som har skapats för att stötta "second victims" som RISE och HOPE-team (Edrees m.fl. 2016; Lee 2014). De har samma funktion som Erfaret Stöd där stöd erbjuds av ett multidisciplinärt team av stödpersoner (a.a.) ForYou, RISE and Hope-team (Scott m.fl. 2010; Edrees m.fl. 2016; Lee 2014) har sin utgångspunkt i de verktyg som organisationen "Medically Induced Trauma Support Services, MITSS, (2017) har tagit fram för att skapa kunskap om vårdskador, deras påverkan på vårdpersonalen samt behovet av stöd.

PROBLEMFÖRMULERING

Sjuksköterskan ska ge patienterna säker vård och inte orsaka vårdskador (Svensk sjuksköterskeförening 2016). Men troligen kommer de att vara involverade i vårdskador eller risk för vårdskador någon gång under sin yrkesverksamma tid (Socialstyrelsen 2018). Det kan bidra till att de blir "second victims" (Wu & Steckelberg 2012). Arbetsgivaren har ett ansvar för att det ska finnas rutiner och riktlinjer kring säker vård men också att det finns sådana för att ta hand om vårdpersonalen som blivit ett "second victim" (Arbetsmiljölagen 1977:1160; Lindh & Sahlquist 2012). Författarna vill därför sammanställa vad tillgänglig forskning inom området visar angående vårdpersonalens erfarenheter av stöd efter att ha varit involverad i vårdskada för att öka medvetenheten om det inom hälso- och sjukvården.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av stöd på samt utanför arbetsplatsen efter att ha varit involverad i vårdskada.

I detta arbete menades med vårdpersonal personer med speciell utbildning och legitimation för hälso- och sjukvårdsrelaterade arbetsuppgifter och då främst sjuksköterskor.

METOD

Metodvalet var en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Litteraturstudier är ett sätt att sammanställa det forskningsresultat som finns på området och visa på vad som är känt och vad som inte är det (Polit & Beck 2014). Enligt Forsberg & Wengström (2015) är den kvalitativa ansatsens fokus att tolka, skapa mening och

förståelse för individens upplevelser. Polit och Beck (2014) uttrycker det som att denna bygger på att en population delar med sig av sin situation som berör förhållanden och erfarenheter vilka forskaren vill förstå. Genomförandet av litteraturstudien följde de steg som Forsberg och Wengström (2015) menar att en sådan ska innehålla:

- Steg 1. Problemformulera
- Steg 2. Formulera syfte
- Steg 3. Formulera plan för litteraturstudien
- Steg 4. Bestämma sökstrategi och sökord
- Steg 5. Val av lämplig litteratur
- Steg 6. Kvalitetsgranska utvald litteratur
- Steg 7. Analysera och diskutera resultatet
- Steg 8. Sammanställa och dra slutsatser (a.a.)

Problemformulera

Steg ett påbörjades genom att området patientsäkerhet valdes vilket sedan avgränsades till vårdskador. Utgångspunkten var sjuksköterskans perspektiv vilket sattes i sammanhang med vårdskador. Då de flesta kandidatuppsatser som har gjorts på Malmö universitet rörande vårdskador främst handlade om förebyggande i samband med patientsäkerhet blev utgångspunkten att undersöka vad det finns för stöd till sjuksköterskan efter vårdskada eller risk för vårdskada.

Formulera syfte samt plan för litteraturstudien

I steg två och tre gjordes en pilotsökning i databaserna CINAHL och PubMed för att kontrollera tillgången på material rörande sjuksköterskor som varit involverade i vårdskada och vad de fick för stöd efter det. Pilotsökningen gjordes för att stämna av att det fanns tillräckligt vetenskapligt material inom det valda området (Willman m.fl. 2016). Vid denna sökning visade det sig att hälften av artiklarnas studiedeltagare var vårdpersonal och inte enbart sjuksköterskor och att artiklarna berörde vårdpersonal som varit involverad i vårdskada och inte vårdpersonal som varit involverad i risk för vårdskada. Sökningen visade på ett begränsat antal artiklar. Ett par stycken var beställningsvara men det var inget hinder för författarna. Vid sökningen stöttes begreppet ”second victim” på för första gången och som nämnts i bakgrunden innefattar det vårdpersonal som varit involverad i vårdskada. Syftet formulerades med hjälp av POR-strukturen, där POR står för population, område och resultat (a.a.). Utgångspunkten var på grund av ovan nämnda studiedeltagare vårdpersonalens och inte enbart sjuksköterskornas erfarenheter, se tabell 1.

Tabell 1. POR-strukturen.

Population	Område/Fenomen	Resultat
Vårdpersonal som varit involverad i vårdskada/ ”Second victim”	Stöd till vårdpersonalen	Erfarenheter av stöd

Bestämma sökstrategi samt sökord

Fjärde steget gick ut på att skapa en sökstrategi, där togs inklusions-samt exklusionskriterier fram, se tabell 2.

Tabell 2. Inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Kvalitativ design	Studier ej godkända i etikprövningsnämnd
Vårdpersonal i olika vårdsammanhang	Studier gjorda med enbart läkare eller specialistsjuksköterskor
Peer-reviewed	
Publicerade 2000-2019	
Artiklar på engelska	
Artiklar med IMRAD-struktur	
Artiklar tillgängliga i fulltext från Malmö universitet men även beställningsvara	

POR-strukturen användes för att kunna skapa sökblock (Willman m.fl. 2016). Sökningen utgick från blocken i POR-strukturen, där det första blocket innefattade vårdpersonal som varit involverad i vårdskada, det andra blocket stöd till vårdpersonalen och det tredje blocket vårdpersonalens erfarenheter av stöd. Dessa översattes till engelska med hjälp av Svensk MeSH (Karolinska Institutet 2019) för att kunna göra sökningar i databaserna. Sökningen avgränsades även med söktermen kvalitativ för att enbart dessa studier var aktuella. Eftersom antalet träffar vid den första sökningen inte var tillräcklig gjordes en andra, mindre avancerad sökning med begreppen ”second victim” och support. Denna sökning fångade fyra artiklar som inte visades vid den första mer avancerade sökningen. Dessa två sökningar kompletterade varandra.

Sökningarna gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO då litteraturstudien berörde områdena omvårdnad och medicin (Forsberg & Wengström 2015). Men då inga träffar av relevans fanns i PsycINFO uteslöts denna. MeSH-termer samt CINAHL Headings användes för att få så många relevanta träffar som möjligt. Fritextord användes för att inkludera även de artiklar där ämnesord inte förekom. Trunkering användes för att fånga upp alla böjningsformer av ordet och citationstecken användes på tvådelade ord för att databaserna skulle uppfatta orden som en term och inte dela på dem. Mellan synonymerna användes den booleska termen OR. Sökblocken kombinerades sedan med varandra med den booleska termen AND för att avgränsa sökningen (Willman m.fl. 2016). Se bilaga 1–4 för sökschema.

Val av lämplig litteratur

I det femte steget valdes litteraturstudiens artiklar ut. Sökningarna resulterade i 432 artiklar och för att strukturera upp sökningen skapade författarna ett Excel-dokument. Där dokumenterades sökord, artiklarnas titlar, författare, artikelns relevans, vilka abstrakt som lästes, om de fanns i fulltextversion samt var i uppsatsen de kunde användas. Det framkom då att många artiklar som hittades vid första sökningen i CINAHL även återfanns som dubletter i PubMed. I den andra mindre avancerade sökningen återfanns också ett flertal av artiklarna från första sökningen både i CINAHL och PubMed dock kompletterade sökningarna varandra då inte alla artiklar var dubletter. Samtliga 432 titlar lästes och av de titlar som var av intresse lästes 81 abstrakt. Sedan valdes tolv artiklar ut att läsas i fulltext. Relevansgranskning på dessa gjordes utifrån inklusionskriterierna, se tabell 2, där metoden lästes noggrant för att få en tydlig bild av studiens design och resultatet lästes för att se om det kunde kopplas till litteraturstudiens syfte. Detta resulterade i elva artiklar, då den tolfte föll bort på grund av att den inte ansågs relevant. Urvalsprocessen redovisas i tabell nedan, tabell 3. De elva

artiklarnas referenser genomgicks för att se om fler artiklar skulle kunna hittas på detta sätt men det gav inget.

Tabell 3. Redovisning av urvalsprocessen.

Databas Datum	Sökblock	Antal träffar/lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Granskade med protokoll	Inkluderade studier
CINAHL 20190412. Se bilaga 1	vårdpersonal AND vårdskada AND erfarenheter AND stöd AND kvalitativ	217	40	6	6	6
PubMed 20190412. Se bilaga 2	vårdpersonal AND vårdskada AND erfarenheter AND stöd AND kvalitativ	33	15	2	1	1
CINAHL 20190415. Se bilaga 3	”second victim(s)” AND support	81	20	2	2	2
PubMed 20190415. Se bilaga 4	”second victim(s)” AND support	101	6	2	2	1
Totalt		432	81	12	11	10

Kvalitetsgranska utvald litteratur

Steg sex innebar att en kvalitetsgranskning utfördes för att hitta styrkor och svagheter i det inhämtade materialet (SBU 2017). Elva artiklar granskades oberoende av litteraturstudiens författare genom att artiklarna lästes igenom var för sig. Granskningsprotokoll för kvalitativa studier (SBU 2014) användes i kombination med övergripande kvalitetskriterier vid kvalitetsgranskningen. De övergripande kvalitetskriterier som granskades var syftets tydlighet, om urvalsprocess, datainsamling och analys var väl beskriven samt att resultat var trovärdigt. Som stöd i detta användes tabellen ”Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet” som klargör vad som bör granskas och vilka kriterier som en studie med hög, medelhög respektive låg kvalitet bör innefatta (SBU 2017). Studien ska vara logiskt uppbyggd med väldefinierat syfte och frågeställning. Urvalet och kontexten bör vara relevanta och ska vara väl beskrivna. Metodavsnittet ska vara lätt att följa för att kunna bedöma om datainsamling och analysmetod är adekvat. Det ska tydligt framgå att resultatets trovärdighet ska diskuteras (a.a.). Utifrån SBU’s kriterier utvecklades en egen tabell för att tydliggöra litteraturstudiens kriterier, se tabell 4 nedan. Därefter träffades litteraturstudiens författare för att gå igenom vad som framkommit vid respektive granskning. Det visade sig råda en samstämmighet rörande kvalitet på artiklarna och tvivel på en artikels relevans. Detta medförde att den togs bort, inte på grund av bristande kvalitet men efter noggrann granskning visade det sig att artikelns

syfte inte överensstämde med litteraturstudiens. Efter genomgång av artiklarna visade tre hög kvalitet och sju medelhög kvalitet. En redovisning av de valda artiklarna gjordes i matriser, se bilaga 5-14. Resultatet baserades på tio artiklar.

Tabell 4. Kriterier för kvalitetsbedömning.

Hög	Medelhög	Låg
Väldefinierad frågeställning Tillräckligt stort antal studiedeltagare Väl beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod och analys Trovärdigt resultat	Oklar frågeställning Litet antal studiedeltagare Otydlighet kring urvalsprocess, datainsamlingsmetod, analys och resultatets trovärdighet	

Etik

Forskningsetiska övervägande fanns tydligt beskrivna i alla valda artiklar. Det finns fyra allmänna krav och dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet (CODEX 2018). Informationskravet inbegriper att studiedeltagarna informeras om den aktuella studiens syfte. Samtyckeskravet innebär att deltagarna har självbestämmanderätt över sin medverkan och att samtycke ska inhämtas. Konfidentialitetskravet innefattar att alla personer som ingår i studien ska vara konfidentiella och obehöriga ska inte kunna ha åtkomst till deras personuppgifter. Nyttjandekravet inbegriper att de insamlade uppgifterna från studiedeltagarna endast får användas till forskning (a.a.). Enbart studier som hade fått tillstånd från etisk kommitté användes.

Analysera och diskutera resultatet

I det sjunde steget gjordes en dataanalys. Eftersom litteraturstudien behandlade det stöd som vårdpersonal får efter vårdskada var det naturligt att använda innehållsanalys som grund. Innehållsanalys grundar sig på att hitta sammanhang och mönster för att kunna beskriva fenomen (Forsberg & Wengström 2015). Analysen grundade sig på Forsbergs och Wengströms (2015) modell för innehållsanalys:

- Steg 1. Texten genomläses flera gånger
- Steg 2. Texten kodas efter innehåll
- Steg 3. Koderna kondenseras till kategorier
- Steg 4. Kategorier sammanfattas till eventuella teman
- Steg 5. Resultatet tolkas och diskuteras

I steg ett lästes artiklarna igenom noggrant flertalet gånger för att författarna skulle fördjupa sig i innehållet. Steg två utfördes genom att författarna separat satt vid varsin dator och använde markeringsfärg för att kunna särskilja textstycken, meningar eller ord som behandlade stöd. De två separata analyserna sattes ihop till ett dokument för att kontrollera att samma material färgmarkerats för kodning i artiklarna. I det tredje steget synliggjordes kategorier med hjälp av färgmarkeringarna, fem kategorier kunde urskiljas. I det fjärde steget blev det tydligt att behov av stöd kunde ses som övergripande tema för de fem kategorierna. I det sista steget översattes materialet och redogjordes för under resultat och resultatdiskussion. Steg tre till fem gjorde litteraturstudiens författare tillsammans.

Sammanställa och dra slutsatser

Steg åtta innebar att författarna diskuterade och drog slutsatser av litteraturstudiens resultat (Forsberg & Wengström 2015) vilket redogörs för under rubriken resultatdiskussion.

RESULTAT

Resultatet baserades på tio empiriska kvalitativa studier från olika delar av världen. Två studier från Norden användes, varav en från Sverige (Ullström m.fl. 2014) och den andra från Norge (Schelbred & Nord 2007), samt ytterligare tre från Europa; Nederländerna (Boer de m.fl. 2014), Schweiz (Arx von m.fl. 2018) och Spanien (Ferrús m.fl. 2016). Två av studierna var från USA (Delacroix 2017; Scott m.fl. 2009) och övriga tre från Australien (Kable m.fl. 2018), Sydkorea (Lee m.fl. 2019) och Singapore (Chan m.fl. 2018). Tre av de tio studierna ansågs vara av hög kvalitet och de resterande sju av medelhög kvalitet.

Samtliga studier berörde vårdpersonal inom slutenvård, primärvård och vårdboende som varit inblandade i vårdskada samt vilka erfarenheter av stöd de hade efter detta. I fem av studierna bestod studiedeltagarna av enbart sjuksköterskor (Boer de m.fl. 2014; Chan m.fl. 2018; Delacroix 2017; Kable m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007), i två av sjuksköterskor och läkare (Arx von m.fl. 2018; Ferrús m.fl. 2016), i en av sjuksköterskor, läkare och farmaceuter (Lee m.fl. 2019) samt i två av sjuksköterskor, läkare, chefer, läkarassistent, läkarstudent, kirurgassistent, andningsterapeut, socialarbetare samt fysioterapeut (Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Antalet studiedeltagare varierade från åtta till 31 stycken. Nedan presenteras studierna i en resultatöversikt som påvisar de behov som framgick ur vårdpersonalens erfarenheter av stöd. Samtliga behov presenteras som kategorier; *Avlastande samtal*, *Rättvist bemötande*, *Bekräftelse av kliniskt självförtroende*, *Känslomässigt stöd* samt *Rutiner och riktlinjer för stöd*.

Tabell 5. Resultatöversikt. Studier markerade med * är av hög kvalitet och de markerade med # är av medelhög kvalitet.

Studie	Avlastande samtal	Rättvist bemötande	Bekräftelse av kliniskt självförtroende	Känslomässigt stöd	Rutiner och riktlinjer för stöd
Arx von m.fl. (2018) # n= 24	X		X	X	
Boer de m.fl. (2014)* n= 12	X	X		X	X
Chan m.fl. (2018) # n= 8	X	X	X		X
Delacroix (2017) # n= 10	X	X			X
Ferrús m.fl. (2016) # n= 27	X	X	X		X
Kable m.fl. (2018) # n= 10	X		X		X
Lee m.fl. (2019) # n= 16	X	X	X	X	X
Schelbred & Nord (2007) # n= 13	X	X	X	X	X
Scott m.fl. (2009) * n= 31	X	X	X	X	X
Ullström m.fl. (2014) * n= 21	X	X	X	X	X
Totalt	10	8	8	6	9

Avlastande samtal

Ett av behoven som framgick tydligt i alla studier var avlastande samtal. Avlastande och reflekterande samtal med chefer och kollegor fyllde en viktig funktion för vårdpersonalen efter att ha varit involverad i vårdskada (Arx von m.fl. 2018; Boer de m.fl. 2014; Delacroix 2017; Kable m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Att få möjlighet att diskutera och reflektera kring incidenten i detalj tillsammans med kollegor ansågs vara betydelsefullt (Boer de m.fl. 2014; Kable m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Vårdpersonalen vände sig främst till kollegor de litade på (Delacroix 2017), som de hade en nära arbetsrelation till (Schelbred & Nord 2007) och som var icke-dömande (Ullström m.fl. 2014). Det kliniska självförtroendet var avgörande för om vårdpersonalen pratade om vårdskadan med kollegor och chefer (Schelbred & Nord 2007). Vikten av att få prata med sin chef belystes, där samtalen genomsyrades av förståelse och tröst (Arx von m.fl. 2018; Boer de m.fl. 2014; Chan m.fl. 2018; Delacroix 2017; Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014).

Kollegor som delade med sig av sina egna erfarenheter av vårdskador upplevdes som ett stöd då den drabbade inte behövde känna sig ensam om att göra misstag (Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Som en del i bearbetningen delade vårdpersonalen med sig av sina upplevelser till annan vårdpersonal som varit involverad i vårdskada (Chan m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007). I studien av Lee m.fl. (2019) framgick en önskan om att berätta om den traumatiska upplevelsen för en kollega som varit involverad i vårdskada. Det lyftes även i studien av Chan m.fl. (2018) att vårdpersonalen delade med sig av sina misstag till andra för att dessa inte skulle begå samma misstag.

En majoritet menade att stödet från närmsta chef och kollegor var otillräckligt eller obefintligt och det gällde då främst avlastande samtal om det inträffade (Ullström m.fl. 2014). När vårdpersonalen nämnde incidenten och behovet av att prata om denna med kollegor och chefer gavs ingen möjlighet till det (Boer de m.fl. 2014; Lee m.fl. 2019). Ullström m.fl. (2014) tog upp att det fanns en brist på avlastande samtal om vårdskador på arbetsplatserna.

I flera fall handlade det om att vårdpersonalen som varit involverad i vårdskada inte ville ha stöd i form av avlastande samtal eller att de inte pratade om det vilket kunde isolera dem från kollegorna (Kable m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Anledningen kunde vara att vårdpersonalen inte litade på sina kollegor och därför inte pratade om vårdskadan med dem (Kable m.fl. 2018). Men även att samtal om det inträffade blev en ständig påminnelse om vårdskadan och att inte prata om det blev ett sätt att distansera sig (Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007). Ytterligare en anledning till att samtal om vårdskadan undveks var att dessa i vissa fall övergick till att chefer och kollegor förhörde de involverade (Lee m.fl. 2019).

Rättvist bemötande

Att bli rättvist bemött och inte dömd på förhand var ett annat behov som synliggjordes i åtta av studierna. De involverade blev bemötta av negativa reaktioner från chefer och kollegor efter vårdskadan. Vårdpersonalen blev diskriminerade (Chan m.fl. 2018), fick dömande kommentarer (Ullström m.fl. 2014) samt blev beskyllda för det inträffade (Schelbred & Nord 2007). Arbetsmiljön påverkade huruvida stöd gavs eller inte (Delacroix 2017; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Arbetsplatser som beskrevs som opersonliga och distanserade affärsverksamheter erbjöd inte de involverade stöd i form av förlåtelse, tröst och trygghet, utan istället beskrevs kontakten med cheferna som opersonlig och affärslik (Delacroix 2017). Det fanns arbetsmiljöer som beskrevs som icke-stödjande där händelsen följdes av negativt skvaller (Scott m.fl. 2009). På andra gjordes inget efter händelsen och kollegorna reagerade inte (Ferrús m.fl. 2016).

På flera arbetsplatser möttes vårdpersonalen av tystnad efter den inträffade vårdskadan (Boer de m.fl. 2014; Ferrús m.fl. 2016; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Tystnaden bidrog till att de behövde bearbeta det som skett ensamma samt att de fick hantera känslor som skuld, skam, rädsla och brist på kliniskt självförtroende utan något stöd (Schelbred & Nord 2007). Förutom tystnad kunde vårdpersonalen uppleva att vårdskadan förminskades genom att oviktiga detaljer diskuterades av kollegor, att de kallades hysteriska eller att incidenten skojades bort (Boer de m.fl. 2014; Ferrús m.fl. 2016; Schelbred &

Nord 2007). I Ferrús m.fl. (2016) framgick att en utgångspunkt vid stöttning var att inte förminska det som hänt.

Delacroix (2017) beskrev att vårdpersonal som varit involverad i vårdskada varken skuld- eller skambelagdes men de fick inte heller stöd i form av tröst, förlåtelse eller trygghet. Detta till skillnad från andra arbetsplatser där de involverade blev skuldbelagda av kollegor och det fanns en tendens att utse syndabockar (Boer de m.fl. 2014; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007). Andra förväntade sig inte stöd av chefer och kollegor eftersom de skuldbelade sig själva då de hade gjort misstaget och därför fick ta konsekvenserna själv (Schelbred & Nord 2007). Chan m.fl. (2018) nämnde vårdpersonalens oro för att bli svartmålad och utsatta för skvaller. Scott m.fl. (2009) beskrev att när vårdpersonalen befann sig på en arbetsplats med mycket skvaller bidrog det till att de hade svårt att gå vidare eftersom det framkallade minnen av vårdskadan och byggde på känslan av tvivel på dem själv.

Bekräftelse av kliniskt självförtroende

I åtta av studierna visade sig bekräftelse av kliniskt självförtroende vara ett viktigt behov. Efter inträffad vårdskada började vårdpersonalen tvivla på sig själv, sin professionella bedömningsförmåga och sina karriärsväl. Chefens stöd i form av bekräftelse av vårdpersonalens kompetens var då betydelsefull (Arx von m.fl. 2018; Chan m.fl. 2018; Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Vårdpersonal som fick möjlighet att diskutera det inträffade kunde hantera bristande kliniskt självförtroende (Schelbred & Nord 2007). Dock behövdes försäkran och erkännande från chefen och att denne samt kollegorna visade tillit för vårdpersonalen som varit involverad i vårdskadan (Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018).

Det framgick att alla chefer inte var beredda att ta ansvar och stå upp för sina anställda (Chan m.fl. 2018). Där vårdpersonalen inte fick stöd av chefer och kollegor i att bekräfta sin kompetens ledde det till att tvivlet på dem själv ökade. Det ledde också till bristande kliniskt självförtroende (Chan m.fl. 2018; Kable m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Det medförde i sin tur att de slutade som vårdpersonal eller bytte avdelning (Scott m.fl. 2009). Men om de hade chefernas stöd som hjälpte dem att återställa deras kliniska självförtroende och bekräfta deras medicinska kompetens stannade de kvar på sin arbetsplats (Arx von m.fl. 2018).

Det som också kunde hjälpa vårdpersonalen att återfå kliniskt självförtroende var familj eller vänner som arbetade som vårdpersonal. Dessa fungerade som en viktig resurs för bearbetning av incidenten (Arx von m.fl. 2018). Genom att de diskuterade vårdskadan med personer som de hade stort förtroende för och kunde relatera till incidenten fanns en möjlighet att hantera de psykiska påfrestningar som vårdskadan orsakat dem (Lee m.fl. 2019).

Känslomässigt stöd

Ett annat behov som framträdde i sex av studierna var det känslomässiga stödet utanför arbetsplatsen. Familj och vänner var en källa till detta stöd (Arx von m.fl. 2018; Boer de m.fl. 2014; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). I vissa fall ansågs de vara den största källan till stöd eftersom vårdpersonalen kunde förlita sig på att de fick stöd därifrån (Boer de m.fl. 2014; Schelbred & Nord 2007). Det som söktes var det känslomässiga stödet

vilket innebar att familj och vänner lyssnade och visade sympati för den som varit involverad i vårdskadan (Arx von m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Men vårdpersonalen främst i USA vände sig till dessa med försiktighet på grund av lagstiftning (Scott m.fl. 2009). I de fall där familj eller vänner inte arbetade som vårdpersonal upplevdes det känslomässiga stödet som otillräckligt i längden eftersom de inte kunde relatera till situationen (Arx von m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009). Sympatin upplevdes inte vara lika betydelsefull som den de fick av kollegor och därför söktes hellre stöd därifrån (Arx von m.fl. 2018).

Rutiner och riktlinjer för stöd

Ett annat behov som tydliggjordes i nio av studierna var rutiner och riktlinjer rörande stöd på grund av de otydligheter som fanns i verksamheterna. Det framkom oklarheter rörande vad det fanns för hjälp att få efter att ha varit involverad i vårdskada. Det saknades rutiner och riktlinjer kring vårdskador och chefen gav heller inga tydliga direktiv (Chan m.fl. 2018; Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Det fanns otydligheter rörande vem som kunde erbjuda stöd, vad som fick diskuteras och var det skulle dokumenteras (Scott m.fl. 2009). Det framkom även att det inte fanns tydliga rutiner gällande rapportering till Inspektionen för vård och omsorg (Ullström m.fl. 2014).

Vårdpersonalen kände oro för framtiden eftersom den inträffade vårdskadan kunde innebära konsekvenser för dem. Det rörde frågor som deras framtida yrkesliv, oro för uppsägning eller om åtal skulle väckas mot dem (Chan m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007). För vårdpersonal som var under utredning för vårdskadan ansågs stödet vara av extra vikt och fungerade som en källa till information om utredningen och den drabbade patienten (Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018). Bristen på information från chefen rörande den pågående utredningen bidrog till svårigheter att återhämta sig efter vårdskadan (Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014).

Det fanns ett stort behov av uppföljning efter inträffad vårdskada och att bearbetningen sågs som en process (Boer de m.fl. 2014; Chan m.fl. 2018; Delacroix 2017; Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Uppföljningen kunde bestå av nya avlastande samtal om det inträffade för att kunna utvärdera vårdskadan (Boer de m.fl. 2014), bekräftelse på att allt inte återgått till det normala (Ullström m.fl. 2014), eller att fortsatt möjlighet till återhämtning tillgodosågs (Boer de m.fl. 2014; Ferrús m.fl. 2016; Scott m.fl. 2009). Så länge behovet av avlastning med arbetsuppgifter samt bearbetning för att kunna hantera känslor av skuld, skam, rädsla och förlust av kliniskt förtroende fanns skulle det tillgodoses (Schelbred & Nord 2007).

Där det fanns tydliga rutiner och riktlinjer som förklarade tillvägagångssättet efter inträffad vårdskada blev vårdpersonalen hänvisade till stödprogram, rådgivning eller behandling av depression (Kable m.fl. 2018; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Där organisationerna erbjöd stödprogram kunde dessa brista om de var svårtillgängliga eller inte användes på ett korrekt sätt (Scott m.fl. 2009). De behövdes enligt vårdpersonalen synliggöras för att skapa en medvetenhet om dess existens (Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Stödprogrammen innefattade extern hjälp och därför fanns det vårdpersonal som avböjde att medverka då de var skeptiska till stödprogrammen och kände sig obekväma att ta emot hjälp från

stödpersoner eller terapeuter (Chan m.fl. 2018; Kable m.fl. 2018; Ullström m.fl. 2014). Men andra uttryckte ett behov av professionell hjälp i form av bland annat krishantering (Ferrús m.fl. 2016; Lee m.fl. 2019). Dock var det få som fick möjlighet att på djupet samtala om den inträffade vårdskadan med en terapeut (Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014).

DISKUSSION

Diskussionen består av två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras styrkor och svagheter med den valda metodens steg samt etik och överförbarhet. I resultatdiskussionen kommer det väsentligaste som framkommit i resultatet att diskuteras.

Metoddiskussion

Syftet hade kunnat besvaras genom en empirisk studie men på grund av ämnets känslighet för de inblandade samt begränsad tid hade en god kvalitet inte kunnat säkerställas. Därför valde författarna att göra en litteraturstudie baserad på empiriska studier med kvalitativ ansats. Forsberg och Wengström (2015) menar att den kvalitativa ansatsen används för att skapa mening och förståelse för individers upplevelser vilket passar litteraturstudiens syfte.

Planering

I genomförandet av litteraturstudien valdes Forsbergs & Wengströms (2015) metod att användas. Denna ansågs vara lättbegriplig med tydliga steg att följa. För att litteraturstudien skulle kunna genomföras krävdes att det fanns tillräckligt med artiklar av god kvalitet som underlag (a.a.). I denna litteraturstudie innebar det fler än tio. Pilotsökning visade på att artiklarnas studiedeltagare inte enbart var sjuksköterskor utan även annan vårdpersonal. Det ses inte som en svaghet då sjuksköterskor precis som annan vårdpersonal är individer och att deras erfarenheter av stöd efter vårdskada går att likställas. Men en svaghet var att det inte fanns ens tio artiklar gjorda på enbart sjuksköterskor vilket visar på att området är obeforskat.

Bestämna sökstrategi och sökord

En styrka var att inklusions- och exklusionskriterier användes. Enligt Willman m.fl. (2016) begränsar dessa kriterier sökresultatet då endast relevanta artiklar inkluderas. En annan styrka är att enbart artiklar med IMRAD- struktur användes vilket visar på att artiklarnas författare har arbetat med en viss struktur för att skapa tydlighet. IMRAD är en engelsk akronym för: Introduction, Method, Result and Discussion, och anger hur en vetenskaplig text kan vara uppbyggd (Polit & Beck 2014). En svaghet är att två artiklar fick väljas bort då de var på språk som författarna inte behärskar eller att de baserades på studier gjorda på enbart läkare eller enbart specialistsjuksköterskor. De inkluderade artiklarna berörde vårdpersonal i olika vårdsammanhang, vilket ses som en styrka då det visar att studierna är överförbara till olika kontexter.

Begreppet ”second victim”, som hittades visade sig fånga upp artiklar som kunde besvara litteraturstudiens syfte. Författarna var medvetna om att detta begrepp kunde begränsa sökningen på det sätt att studier som inte inkluderat detta begrepp exkluderades vid sökningarna, vilket fanns i åtanke vid litteraturstudiens sökning.

Vid sökning i CINAHL Headings fann litteraturstudiens författare inga passande ämnesord för begreppen vårdskada eller stöd vilket de fann i PubMed Mesh, det ses dock inte som svaghet då fritextorden som användes i sökningen ansågs vara relevanta. Men att författarna inte använde ämnesord för termen ”qualitative” ses som en svaghet då material kan ha gått förlorat. Eftersom sökningen visade på ett begränsat antal artiklar och några var beställningsvara valdes alla relevanta artiklar även beställningsvara att inkluderas. Att det endast fanns ett begränsat antal ses som en svaghet.

En styrka är att databaserna CINAHL och PubMed användes då dessa innehåller vetenskapliga artiklar inom områdena omvårdnad och medicin (Forsberg & Wengström 2015). Två kompletterande sökningar gjordes, vilket ses som en styrka, då den första sökningen inte genererade tillräckligt antal artiklar. Dock gjordes ett par sökningar i databasen PsycINFO men detta gav inga relevanta träffar. Författarna tog även hjälp av Malmö Universitets bibliotekarier för att få en strukturerad sökning med fler träffar. Författarna gjorde sökningar i relevanta databaser, kompletterande sökningar samt sökte hjälp utifrån vilket visar på en grundlig genomgång för att hitta artiklar relevanta för området.

Val av lämplig litteratur

För att göra sökningen strukturerad skapades ett Excel-dokument där artiklarna dokumenterades. Det framkom då att dubletter hittades i både CINAHL och PubMed med de två kompletterande sökningarna. Detta ses som en styrka eftersom det visade på att författarna utförde sökningen på ett strukturerat sätt. Det dokumenterades även vilka abstract samt vilka artiklar som lästes i fulltext, av de som lästes i fulltext gjordes relevansgranskning utifrån inklusionskriterierna. Författarna gick även igenom referenserna på de artiklar som ansågs vara relevanta, detta är en metod för att hitta fler artiklar som berör ämnet (Forsberg & Wengström 2015). Detta för att se om fler artiklar kunde hittas. Det gav dock inget resultat men visade att författarna gjorde en ansats till systematisk sökning för att finna material.

Kvalitetsgranska utvald litteratur

Författarna valde att använda sig av SBU's mall för kvalitetsgranskning (SBU 2014), samt utformade en egen tabell med utgångspunkt i deras ”Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet” (SBU 2017). Det för att göra kvalitetsgranskningen lätthanterlig och tydlig för författarna och resultatet stärktes. Artiklarnas kvalitet granskades av författarna var för sig och granskningen visade på samstämmighet vilket ses som en styrka då det bidrar till en större trovärdighet. Granskningen visade att tre artiklar var av hög kvalitet och sju av medelhög kvalitet. Att ett större antal var av medelhög kvalitet kan ses som en svaghet men på grund av det begränsade antalet artiklar som hittades fick detta förbises. Att det endast var tre artiklar som fick hög kvalitet visade att författarna kritiskt granskat kvalitén. En risk finns att studiekvaliteten över- eller undervärderades eftersom författarna aldrig utfört en sådan här granskning tidigare.

Analysera och diskutera resultatet

En innehållsanalys genomfördes för att kunna urskilja teman och kategorier i artiklarna (Forsberg & Wengström 2015). Då analysen gjordes stegvis, de första två var för sig och de tre sista tillsammans, visade det att författarna gjorde noggrann och strukturerad analys vilket stärkte resultatet. Men under arbetet med

resultatet blev det tydligt att begreppet stöd har många olika betydelser och är diffust. Ingen av de artiklar som ingick i litteraturstudien definierade på ett tydligt sätt vad de menade med stöd. Författarna till denna litteraturstudie försökte få förståelse för vad innebörden av stöd hade i respektive artikel samt i citaten nämnda i dessa. Oklarheter kring begreppet försvårade arbetet med syntesen av resultatet. Arbetet med att ta fram kategorier gjordes om flertalet gånger på grund av oklarheter men slutligen framkom de behov som också visade sig vara det övergripande temat. Men eftersom artiklarna var skrivna på engelska översattes de till svenska, vilket försvagade det framkomna eftersom författarna inte har engelska som förstaspråk och innehållet kunde därför tolkas felaktigt.

Etik

Litteraturstudien byggde på intervjustudier och då antalet studiedeltagare var begränsat och den lämnade informationen beskrivande behövde stor hänsyn tas till konfidentialitetskravet (CODEX 2018). Det var svårt att kontrollera om kravet följdes. Flertalet av artiklarna hade studiedeltagare hämtade från samma arbetsplats och det ställde stora krav på forskarens arbetssätt på att avidentifiera deltagarna om det ens var möjligt.

Behov av finkänslighet anser Polit och Beck (2014) vara viktigt vid kvalitativa studier då dessa ofta innehåller djupgående personliga frågor som inkräktar på de intervjuades personliga sfär. Studiedeltagarna får inte heller känna att de utnyttjas och att deras deltagande eller den information de tillhandahåller används emot dem (a.a.). Vårdpersonalen som medverkade i intervjuerna i litteraturstudiens artiklar kunde ha ett beroendeförhållande till forskaren då denne kunde vara en kollega eller annan person i deras yrkesnätverk. Det beaktades vid kvalitetsgranskningen om det i artikeln redogjordes för om forskaren var utomstående eller hade anknytning till studiedeltagarna. I de artiklar som behandlade detta stärktes kvaliteten.

Överförbarhet

Det begränsade antalet artiklar på området bidrog till att överförbarheten minskade. Men SBU (2017) menar att en viss överförbarhet kan ses då situationer, processer eller fenomen ges förståelse genom de tolkningar som utförts i forskningen tidigare. Författarna anser att en förståelse för ”second victims” och deras behov av stöd tydligt framkommit i de använda studiernas resultat. Det bygger på ett antagande om homogenitet (SBU 2017), vilket kunde kopplas till att det inte tydligt gick att urskilja någon skillnad rörande erfarenheter av stöd mellan de artiklar som hade enbart sjuksköterskor respektive de som hade sjuksköterskor och annan vårdpersonal. Vårdpersonalen kunde ses som en enhetlig grupp rörande erfarenheter av stöd och behov efter detta.

För att öka graden av överförbarhet är antalet studiedeltagare av vikt eftersom för få deltagare inte kan fånga variationen från en mängd fall (SBU 2017). Trots det låga antalet studiedeltagare i fyra av de tio artiklarna är det totala antalet studiedeltagare i de inkluderade studierna 172 stycken, vilket ger en viss tyngd till det framkomna resultatet då det visar på 172 individers uppfattningar efter att ha varit involverad i vårdskada.

För kvalitativa studier finns det ett starkt beroende till sammanhanget och därför måste resultatets överförbarhet till andra sociokulturella miljöer tas i beaktande (SBU 2017). Författarna till litteraturstudien hämtade artiklar från olika delar av

världen där varje land har sin egen lagstiftning men även kultur. Det kunde påverka att stödet såg olika ut på grund av samhälle och kultur men även vårdpersonalens benägenhet att delta i studier överhuvudtaget. På grund av detta uppfångades inte allas erfarenheter av stöd vilket minskade överförbarheten av litteraturstudien. Men det rådde ändå en samstämmighet rörande de behoven "second victims" hade och därför är litteraturstudiens överförbar till den svenska kontexten. En annan faktor som talar för överförbarhet är att Sverige är ett samhälle med kulturell mångfald och de inkluderade studierna utfördes i olika kulturer i olika delar av världen.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av stöd efter att ha varit involverad i vårdskada. Det synliggjordes ur de upplevda erfarenheterna ett flertal behov som "second victims" har; avlastande samtal, rättvist bemötande, bekräftelse av kliniskt självförtroende, känslomässigt stöd samt rutiner och riktlinjer för stöd. De fyra först nämnda behoven kommer att diskuteras med chefen som utgångspunkt eftersom det är denne som har det övergripande ansvaret för vårdpersonalen. Slutligen kommer rutiner och riktlinjer för stöd och stödprogram att diskuteras.

Chefens övergripande ansvar

Det visade sig tydligt i artiklarnas resultat att avlastande och reflekterande samtal rörande vårdskadan var centralt för att kunna hantera det inträffade (Arx von m.fl. 2018; Boer de m.fl. 2014; Chan m.fl. 2018; Delacroix 2017; Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Resultatet stärks av det underlag som Vårdförbundet (2017) har tagit fram rörande vårdskador där de belyser avlastande samtal som en central del i stödet. Lindh och Sahlqvist (2012) menar att den närmsta chefen har en betydande roll i att bedöma arbetsförmåga och behov av stöd. Denna bedömning kan göras genom de avlastande samtalen där chefen får ta del av vårdpersonalens upplevelse av vårdskadan. Chefen behöver då fråga vårdpersonalen vad de tror sig behöva för stöd men även ha en förmåga att läsa av vilka behov som de involverade har och föreslå åtgärder. Det är chefen som i direkt anslutning till inträffad vårdskada ska se till att det finns utrymme för avlastande samtal och att dessa löpande följs upp.

Resultatet visade på ett behov av att bli rättvist bemött efter att ha varit involverad i vårdskada och det som försvårade detta var icke-stödande arbetsmiljöer (Boer de m.fl. 2014; Chan m.fl. 2018; Delacroix 2017; Ferrús m.fl. 2016; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Detta belyser även Dekker (2016) som menar att i säkerhetskulturer ska ansvarsskyldigheten inte vara tillbakablickande där en individ utses tills syndabock och skuld- och skambeläggs. Säkerhetskulturen ska istället bestå av framåtblickande vilket skapar möjligheter till förebyggande patientsäkerhetsarbete (a.a.). Att "second victims" återhämtar sig fortare om arbetsmiljön präglas av en öppen säkerhetskultur stärks av en studie av van Gerven m.fl. (2016) som menade att den psykiska påfrestningen till följd av vårdskadan blev mindre då arbetsmiljön var stödande och respektfull i motsats till en arbetsmiljö som präglades av skuldbeläggning där den psykiska påfrestningen blev högre och mer långvarig. Chefen behöver statuera exempel för verksamheten och inte döma de involverade i vårdskada utan ge stöd. Som kollega till involverad är det viktigt att inte möta dem med tystnad utan våga fråga om händelsen och visa sitt stöd

eftersom det kunde med stor sannolikhet istället varit de som blivit ett ”second victim”.

En viktig del i chefens arbete efter vårdskada var att bekräfta vårdpersonalens kliniska självförtroende (Arx von m.fl. 2018; Chan m.fl. 2018; Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Det styrks i en studie av Karga m.fl. (2011) som menade att de som varit involverade i vårdskada kunde ha en känsla av otillräcklighet professionellt. Denham (2007) menar att om vårdpersonalen ges möjlighet till att dela med sig av sina misstag kan det bekräfta deras kliniska självförtroende. Chefen kan visa sitt förtroende genom att erbjuda dem att fortsätta arbeta kliniskt som tidigare eller ge möjlighet till att utföra andra arbetsuppgifter under en period men där samma kompetens krävs. Under denna period behöver chefen arbeta aktivt med att bekräfta de involverades kliniska självförtroende genom att göra dem till experter på sitt misstag och när de är mogna för det låta dem skapa ett lärandetillfälle för sina kollegor av det inträffade.

Det framkom i resultatet att det fanns chefer som inte var beredda att bekräfta de involverades kliniska självförtroende efter vårdskada (Chan m.fl. 2018; Kable m.fl. 2018; Schelbred & Nord 2007; Ullström m.fl. 2014). Överhuvudtaget finns stora brister inom ledarskap av vårdpersonal som påverkar huruvida personalen stannar på sin arbetsplats, byter arbetsplats eller lämnar yrket. Rapporten ”Sjuksköterskor utanför yrket” utförd av Statistiska Centralbyrån (2017) visade på ett antal faktorer som påverkade sjuksköterskans beslut om att lämna yrket. Den visade att 60 % av sjuksköterskor slutade arbeta inom yrket på grund av bristande ledarskap och 20 % av sjuksköterskor slutade då det var brist på stöd för att hantera svåra situationer med patienter och anhöriga. Det är den närmsta chefens ansvar att uttala förtroende för den som varit involverad i vårdskada (Lindh & Sahlqvist 2012). Chefer som arbetar aktivt med att bekräfta sin personal kan få dem att stanna kvar på sin arbetsplats. En förutsättning för detta är chefens förmåga att bedöma behovet av stöd utifrån var individ vilket kan vara olika på grund av erfarenhet och personlighet.

Resultatet av litteraturstudien visade att stödet på arbetsplatsen inte var tillräckligt då vårdpersonalen sökte stöd även utanför (Arx von m.fl. 2018; Boer de m.fl. 2014; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). En anledning kan vara att stödet på arbetsplatsen inte är tillräckligt och verksamheterna behöver se över varför det inte är det. Chefen har det övergripande ansvaret att bedöma vilka behov av stöd som vårdpersonalen har men ska inte ensam behöva hantera dessa situationer. Verksamheterna behöver tillhandahålla cheferna verktyg i form av utbildning i krishantering och avlastande samtal. Framförallt krävs det arbete med att skapa rutiner och riktlinjer för stöd.

Rutiner och riktlinjer för stöd och stödprogram

Det framkom i resultatet att det fanns brister i rutiner och riktlinjer för stöd (Chan m.fl. 2018; Ferrús m.fl. 2016; Kable m.fl. 2018; Lee m.fl. 2019; Schelbred & Nord 2007; Scott m.fl. 2009; Ullström m.fl. 2014). Merandis m.fl. (2017) visade att verksamheter som använde sig av stödprogram kunde förbättra säkerheten på arbetsplatsen och kvaliteten på vården. Det bekräftades också av Lindh & Sahlqvist (2012) som poängterade att en god och säker vård gynnas då arbetsmiljö- och patientsäkerhetsfrågor kopplas samman. Detta kan ses ur individ- och systemperspektivet där perspektivet förflyttas från individen, det vill

säga syndabocken, till systemet i detta fall den komplexa hälso- och sjukvården (Dekker 2013; Hummerdal 2013). Hummerdal (2013) poängterar att det i systemet ska finnas riktlinjer för omhändertagande. Det finns stödprogram tillgängliga och i Sverige har flera vårdorganisationer skapat riktlinjer för hur vårdskador ska utredas och följas upp (Lindh & Sahlquist 2012).

Resultatet visar på att trots att stödprogram och riktlinjer finns når det inte fram till vårdpersonalen som är i behov av det. Länken mellan dessa två är chefen och om denne inte förmedlar informationen får vårdpersonalen inte tillgång till stödet. Det är chefens ansvar att se till att denna information görs tillgänglig. Det kan informeras om det vid introduktionen på en ny arbetsplats och sedan aktualiseras löpande vid arbetsplatsträffar. I arbetsmiljön präglad av öppenhet blir det en naturlig del eftersom vårdskadorna diskuteras öppet. En möjlighet är att skapa en större gemensam plattform med rutiner och riktlinjer för stöd och stödprogram nationellt som sedan verksamheter inom hälso- och sjukvården ska implementera.

KONKLUSION

I denna kvalitativa litteraturstudie framkom att erfarenheterna som vårdpersonalen hade, visade på ett flertal behov som ”second victims” har efter att ha varit involverad i vårdskada; avlastande samtal, rättvist bemötande, bekräftelse av kliniskt självförtroende, känslomässigt stöd samt rutiner och riktlinjer för stöd. Det är chefen som aktivt behöver arbeta med att skapa säkerhetskulturer som präglas av öppenhet där behoven kan tillgodoses för att vårdpersonalen ska kunna återhämta sig samt stanna kvar på sin arbetsplats.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Författarna fick genom litteraturstudien en förståelse för den påverkan vårdskador har på den involverade vårdpersonalen, och i sin tur vilken betydelse stödet i form av avlastande samtal har för dessa för att de ska återfå sitt kliniska självförtroende. Litteraturstudien visade att kunskap om vårdpersonalens behov av stöd efter vårdskada fanns men de behöver synliggöras och informeras om. För att chefen ska kunna ge stöd som avlastande samtal och bekräftelse av det kliniska självförtroendet behöver de utbildas i stöd till ”second victims”. Under sjuksköterskeutbildningen har patientsäkerhet lyfts fram och de vårdskador som brister i patientsäkerheten kan leda till. Om en större öppenhet kring vårdskador finns med redan under utbildningen samt om strategier ges för att kunna hantera dessa kan det leda till att öppenheten kring vårdskador och förmågan att ge kollegialt stöd följer med in i yrkeslivet. Författarna skulle vilja få ökad kunskap om hur stöd till kollega ska ges för att denna ska kunna återhämta sig.

Då det i litteraturstudien har framkommit att en stor del av arbetet ligger hos verksamhetschefen hade det i framtida forskning varit intressant att göra en empirisk studie för att undersöka hur de arbetar med att ge stöd till vårdpersonalen. Ett annat område av intresse att forska i är om behovet av stöd ser olika ut beroende på yrkeserfarenhet. Resultatet av litteraturstudien bidrog med att

belysa faktorer som verksamheterna behöver arbeta med för att kunna ge stöd till sin personal. Att arbeta med rutiner och riktlinjer bidrar med en tydlighet kring det som ska göras när vårdskadan sker. Men även att det ges utrymme att samtala om det inträffade vid behov med chefer och kollegor bland annat för att det kliniska självförtroendet ska bibehållas.

REFERENSER

* Artikel som ingår i resultatet

Arbetsmiljölagen, 1977:1160.

* Arx von M, Cullati S, Schmidt R E, Cheval B, Chopard P, Burton-Jeangros C, Courvoisier D S, Agoritsas T, Kraehenmann R, Richner S, (2018) "We Won't Retire Without Skeletons in the Closet": Healthcare-Related Regrets Among Physicians and Nurses in German-Speaking Swiss Hospitals. *Qualitative Health Research*, 28, 1746-1758.

* Boer de J, Rikxoort van S, Bakker A B, Smit B J, (2014) Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *Nursing in critical care*, 19, 166-174.

* Chan S T, Khong B P C, Tan L P L, He H-G, Wang W, (2018) Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 20, 165-172.

CODEX- regler och riktlinjer för forskning, (2018) *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. ><http://codex.vr.se>< PDF (2019-05-16).

Dekker S, (2013) *Skuld-en individuell handling eller en indirekt konsekvens*. I: Ödegård S, (Red.) *Patientsäkerhet: teori och praktik*. Stockholm, Liber.

Dekker S, (2016) *Just Culture: Balancing Safety and Accountability* (2nd Edition). Boca Raton, CRC Press.

* Delacroix R, (2017) Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29, 403-409.

Denham C R, (2007) TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *Journal of Patient Safety*, 3, 107-119.

Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu A W, (2016) Implementing the RISE second victim programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*, November, doi:10.1136/bmjopen-2016-011708, 2019-04-30.

Erfaret Stöd (2018) *Patientsäkerhet, etik och erfaret stöd*. <https://vard.skane.se/psykiatri-skane/om-oss/patientsakerhet-och-etik/>< HTML (2019-06-05).

* Ferrús L, Silvestre C, Olivera G, Mira J J, (2016) Qualitative Study About the Experiences of Colleagues of Health Professionals Involved in an Adverse Event. *Journal of Patient Safety*, November, doi:10.1097/PTS.0000000000000309, 2019-04-08.

- Forsberg C, Wengström Y, (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4:e utgåvan). Stockholm, Natur & Kultur.
- Gerven van E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K, (2016) Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measure analysis. *BMJ Open*, November, doi:10.1136/bmjopen-2016011403, 2019-05-06.
- Hummerdal D, (2013) *Det andra offret- om strävan efter perfektion i ett icke-perfekt system*. I: Ödegard S, (Red.) *Patientsäkerhet: teori och praktik*. Stockholm, Liber.
- Inspektionen för vård och omsorg, (2017) *Anmäl vårdskada - lex Maria*. ><http://www.ivo.se>< HTML (2019-05-07).
- * Kable A, Kelly B, Adams J, (2018) Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences* 20, 238-246.
- Karga M, Kiekkas P, Aretha D, Lemonidou C, (2011) Changes in nursing practice: associations with responses to and coping with errors. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3246-3255.
- Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket, (2019) *Svensk MeSH – MeSH*. >http://www.mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm< HTML (2019-03-18).
- Lee S (2014), Implementation of a Second Victim Program: HOPE Team. Doctoral Dissertation at the Gardner-Webb University, Boiling Springs.
- * Lee W, Pyo J, Jang S G, Choi G J, Ock M, (2019) Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19, 1-12.
- Lindh M, Sahlqvist L, (2012) *Säker vård: Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. Stockholm, Natur & Kultur.
- Medically Induced Trauma Support Services, (2017) *Our purpose*. ><http://www.mitss.org>< HTML (2019-04-30).
- Merandi J, Liao N, Lewe D, Morvay S, Stewart B, Catt C, Scott S D, (2017) Deployment of a Second Victim Peer Support Program: a Replication Study. *Pediatric Quality and Safety*, 2, doi:10.1097/pq9.0000000000000031, 2019-05-08.
- Nationalencyklopedin, (2019) *Ordböcker*. ><http://www.ne.se>< HTML (2019-05-03).
- Patientsäkerhetslag, 2010:659.

Polit D F, Beck C T, (2014) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th Edition). Philadelphia, Lippincott.

SBU - Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2014) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. ><https://www.sbu.se> < PDF (2019-05-02).

SBU - Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. En handbok*. (3:e upplagan) ><https://www.sbu.se> < PDF (2019-05-02).

* Schelbred A B, Nord R, (2007) Nurses' experiences of drug administration errors. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 317-324.

* Scott S D, Hirschinger L E, Cox K R, McCoig M, Brandt J, Hall L W, (2009) The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 325-330.

Scott S D, Hirschinger L E, Cox K R, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly K M, Phillips E C, Hall L W, (2010) Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36, 233-240.

Scott S D, McCoig M M, (2016) Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience. *Journal of Healthcare Risk Management*, 35, 6-13.

Schröder K, Lamont R F, Jörgensen J S, Hvidt C N, (2018) Second victims need emotional support after adverse events: even in a just safety culture. *Obstetrics & Gynaecology*, 126, 440-442.

Socialstyrelsen, (2017) *Fortfarande drabbas fler än 100 000 av vårdskador varje år*. ><http://www.socialstyrelsen.se>< HTML (2019-06-05).

Socialstyrelsen, (2018) *Samlat stöd för patientsäkerhet*. ><http://www.socialstyrelsen.se>< HTML (2019-03-29).

Statistiska Centralbyrån, (2017) *Temarapport 2017:3 – Sjuksköterskor utanför yrket*. ><https://www.scb.se>< PDF (2019-05-06).

Svensk sjuksköterskeförening, (2016) *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. ><https://www.swenurse.se>< PDF (2019-03-29).

Svensk sjuksköterskeförening, (2017) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. ><https://www.swenurse.se>< PDF (2019-05-21).

* Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M, (2014) Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Quality & Safety*, 23, 325-331.

Vincent C, Pinto A (2013) *Patientens och familjens perspektiv*. I: Ödegård S, (Red.) *Patientsäkerhet: teori och praktik*. Stockholm, Liber.

Vårdförbundet, (2017) *Råd och stöd vid vårdskada och vid anmälan till Inspektionen för vård och omsorg och HSN*. ><https://www.vardforbundet.se>< PDF (2019-03-29).

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B, (2016) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4:e upplagan). Studentlitteratur AB.

Wu, A W, (2000) Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*, 320, 726–727.

Wu A W, Steckelberg R C, (2012) Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *Quality and Safety in Health Care*, 4, 267-270.

BILAGA

Bilaga 1-4 Litteratursökning
Bilaga 5-14 Artikelmatriser

BILAGA 1 – LITTERATURSÖKNING

CINAHL sökning 2019-04-12

Sökning/sökblock	Sökord	Antal träffar	Relevanta
#1	Nurs*	769 508	
#2	(MH "Health Personnel")	32 311	
#3	"Health care personnel"	975	
#4	"Health care professional"	1 236	
#5/Block 1 vårdpersonal	#1 OR #2 OR #3 OR #4	796 907	
#6	"Adverse events"	38 549	
#7	Incidents	32 089	
#8	Errors	80 058	
#9/Block 2 vårdskada	#6 OR #7 OR #8	146 630	
#10	Experience *	352 993	
#11	Feeling *	30 307	
#12	Perception*	131 400	
#13/Block 3 erfarenheter	#10 OR #11 OR #12	470 192	
#14/Block 4 stöd	Support*	431 117	
#15/Block 5 kvalitativ	Qualitative	139 966	
#16	#5 AND #9 AND #13 AND #14 AND #15	217	6
Begränsningar: Publication date 2000-2019		217	6

BILAGA 2 – LITTERATURSÖKNING

PubMed sökning 2019-04-12

Sökning/sökblock	Sökord	Antal träffar	Relevanta
#1	Nurs*	911 130	
#2	"Health Personnel"[Mesh]	479 799	
#3	"Health care personnel"	597 525	
#4	"Health care professional"	654 697	
#5/Block 1 vårdpersonal	#1 OR #2 OR #3 OR #4	1 337 778	
#6	"Adverse events"	23 626	
#7	Incidents	19 075	
#8	Errors	208 687	
#9	"Medical Errors"[Mesh]	107 270	
#10	"Medication Errors"[Mesh]	15 694	
#11	"Diagnostic Errors"[Mesh] "	112 143	
#12	"Patient Harm"[Mesh]	126	
#13/Block 2 vårdskada	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	325 736	
#14	Experience *	982 495	
#15	Feeling *	55 880	
#16	Perception*	405 594	
#17/Block 3 erfarenheter	#14 OR #15 OR #16	1 365 809	
#18/ Block 4 stöd	"Social Support"[Mesh]	66 592	
#19/ Block 5 kvalitativ	Qualitative	216 565	
#20	#5 AND #13 AND #17 AND #18 AND 19	33	2

BILAGA 3 – LITTERATURSÖKNING

CINAHL sökning 2019-04-15

Sökning/Sökblock	Sökord	Antal träffar	Relevanta
#1	”Second victim”	76	
#2	”Second victims”	72	
#3/Block 1	#1 OR #2	119	
#4	Support*	431 411	
#5	#3 AND #4	81	2
Begränsning: Publication date 2000-2019		81	2

BILAGA 4 – LITTERATURSÖKNING

PubMed sökning 2019-04-15

Sökning/Sökblock	Sökord	Antal träffar	Relevanta
#1	”Second victim”	125	
#2	”Second victims”	89	
#3/Block 1	#1 OR #2	169	
#4	Support*	9 454 867	
#5	#3 AND #4	101	2

BILAGA 5 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 1

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
Arx von et al (2018) “We Won’t Retire Without Skeletons in the Closet”: Healthcare-Related Regrets Among Physicians and Nurses in German-Speaking Swiss Hospitals Switzerland	The aim was to explore regret experiences related to patient care among physicians and nurses to uncover the ways in which they deal with these experiences and to assess the impact of these experiences on their well-being and professional practice.	Face-to-face semi structured interviews were conducted. Qualitative analysis was performed by coding all interview transcripts focusing on the specific experiences and consequences of the reported healthcare-related regrets. Following a pre-analysis of five randomly selected interviews, the list of codes and the corresponding coding rules were discussed within the research team, and inductively adapted to the present data set.	The study was conducted in two major hospitals in Zurich, Switzerland. Hospital 1 provided basic and intensive medical care, whereas hospital 2 offered psychiatric and psychotherapeutic treatments. Out of 48 healthcare professionals contacted initially, 24 (11 physicians, 13 nurses) agreed to participate, two refused, and 22 did not answer their e-mail invitation.	Three themes had been identified: characteristics of healthcare-related regret experiences and health consequences, maintaining one’s work-life balance: the importance of the way home and talking about regret- mobilizing social capital.	Moderate. Aim: Not fully defined, missing the part of error that leads to regret. Sampling: The sampling is unclear although there is a table over the sample characteristics. Data collection: Well described process. Data analysis: The fact that two independent physicians were involved strengthens the interpretations of the regrets that the researchers made. Findings: Due to the missing parts in the aim and the sampling the findings are not transferable.

BILAGA 6 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 2

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
<p>Boer de et al (2014)</p> <p>Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews.</p> <p>The Netherlands</p>	<p>The aim was to get insight into intensive care nurses' most critical work-related incidents, their reactions and coping and perceived support.</p>	<p>The study was a qualitative explorative study where thematic analysis of semi-structured interviews was performed.</p>	<p>The study was conducted at an intensive care unit of a teaching hospital in The Netherlands.</p> <p>The population of 12 of the 60 nurses employed at the ICU was gathered through purposive sample, with a proper distribution of gender, age and experience.</p>	<p>Four main themes had been identified in critical incidents: high emotional involvement in patient-related incidents, avoidable incidents, sub-standard patient care and intimidation. Themes discerned in nurses' reactions after critical incidents were physical reactions, emotional reactions and cognitive/behavioral reactions.</p>	<p>High.</p> <p>Aim: Well defined.</p> <p>Sampling: Purposeful sampling is used and the sampling size is thoroughly discussed. The context fully explained.</p> <p>Data collection: Explained and also the interviewers background.</p> <p>Data analysis: Well described and presented themes.</p> <p>Findings: The researcher's interpretations of data are shown. One of the researchers were an employed nurse at the ICU which can create a bias.</p>

BILAGA 7 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 3

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
<p>Chan et al (2018)</p> <p>Experiences of Singapore nurses as second victims: A qualitative study</p> <p>Singapore</p>	<p>The aim of the study was to explore the psychological responses, coping strategies, and support needs of Singapore nurses as second victims of adverse events.</p>	<p>A descriptive, qualitative design using individual face-to-face interviews was adopted. Thematic analysis was used to analyze the data.</p>	<p>A purposive sample of eight participants was recruited from a large acute care public hospital in Singapore. Working experience ranged from nine months to 16 years. The inclusion criteria included nurses who had been involved in an AE, were aged >21 years and were able to speak in English.</p>	<p>Seven themes emerged from the thematic analysis: responding psychologically after the event, feeling others' prejudice, having intrusive thoughts, drawing valuable lessons from the event, coping to recover after the event, taking responsibility for the mistakes made and finding self-identity.</p>	<p>Moderate.</p> <p>Aim: Well defined. Sampling: Purposeful sampling is used and the inclusion criteria is expressed clearly. Data collection: Well documented and methodical awareness. Data analysis: External checks on the inquiry through peer debriefing were conducted to review and validate the findings. Findings: The researcher is discussing the credibility regarding the difficulties in recruiting participants but concludes that the quality in the findings nevertheless is rich. Due to only eight participants the transferability is questionable and it effects the quality of the study.</p>

BILAGA 8 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 4

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
<p>Delacroix (2017)</p> <p>“Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach”</p> <p>USA</p>	<p>The aim of the study was to better understand the experience of NPs who err. The overarching research questions included: How do NPs who err perceive medical error? How do medical errors affect NPs who err? How do NPs who err cope after having made a medical error?</p>	<p>Qualitative research based on two face-to-face audio-recorded semistructured interviews. The analysis was guided by concepts in phenomenology.</p>	<p>A convenience sample of 10 nurse practitioners who had made medical errors in practice, belonging to the Tampa Bay Advanced Practice Nurses Council. No race, age, ethnicity, or gender was excluded. On average, participants had 25 years of nursing experience, including 12 years at the advanced practice level.</p>	<p>During iterative analyses, four overarching themes were identified: The paradox of error victimization, primacy of responsibility and mindfulness, yearning for forgiveness and a supportive other, and coping with a new reality is context dependent.</p>	<p>Moderate.</p> <p>Aim: Well defined research questions.</p> <p>Sampling: The convenience sampling is neither purposeful or strategical due to the fact that it isn't transferable.</p> <p>Data collection: The usage of semi-structured interviews is suitable and well described.</p> <p>Data analysis: Clarity in the explanation of data.</p> <p>Findings: One of the studies strengths is the contextualization of the findings made in relation to prior research. But the sampling limitates the transferability of the findings.</p>

BILAGA 9 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 5

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
<p>Ferrús et al (2016)</p> <p>Qualitative study about the experiences of colleagues of health professionals involved in an adverse event.</p> <p>Spain</p>	<p>The aim was to identify what occurs among health-care providers after adverse event and what colleagues could do to help them.</p>	<p>A qualitative study applying consensus search techniques (focus group and metaplan). Four 1-day group sessions with health-care providers and health professionals with clinical experience.</p>	<p>15 physicians and 12 nurses with between eight and 30 years experience, in three different health services in Spain, hospitals and primary care facilities.</p>	<p>The results have been grouped in the following five categories: initial reactions subsequent to the adverse event, what to do to help the second victim and feelings and emotions colleagues need to know how to deal with, incident analysis and organizational channels through which information about AE flows and effect on the group of professionals after learning about the AE.</p>	<p>Moderate.</p> <p>Aim: Well defined Data collection: Described process and inclusion criteria. Data analysis: The description of the process isn't described in an understandable manner. Findings: Missing the interpretation of data and the authors awareness of their preunderstanding.</p>

BILAGA 10 – ARTIKELMTRIS

Artikelmatris 6

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
<p>Kable et al (2018)</p> <p>Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study.</p> <p>Australia</p>	<p>The aim of the study was to understand the effects of adverse events on nurses in acute health-care settings in an Australian context.</p>	<p>The present qualitative study employed a pragmatic approach with a purposive sampling. A semistructured interview guide was used and an independent data-driven thematic analysis followed by a concensus process to understand participants descriptions of their experiences</p>	<p>The study sample consisted of ten nurses in acute care settings in a major regional area health service in New South Wales in Australia, who were invited to participate. Potential participants were recruited by clinical nurse consultants and nurse/ department managers.</p>	<p>Four themes were identified: rescuing patients, effects on nurses, professional responsibility and needs of nurses.</p>	<p>Moderate.</p> <p>Aim: well defined research question and well described context.</p> <p>Sampling: A purposive sampling approach was undertaken to target nurses from a range of acute settings.</p> <p>Data collection: Methodical awareness is documented.</p> <p>Data analysis: Well described and presented themes.</p> <p>Findings: Contextualization of results in previous research are described. The small number of participants might limit the transferability of the findings.</p>

BILAGA 11 – ARTIKELMTRIS

Artikelmatris 7

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
<p>Lee et al (2019)</p> <p>Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea; a qualitative study.</p> <p>Republic of Korea</p>	<p>The aim of the study was to analyze the response process of second victims in the Republic of Korea.</p>	<p>A qualitative study in which in-depth interviews were conducted with healthcare professionals who had experienced a patient safety incident. Data were collected and analyzed using the grounded theory method.</p>	<p>A convenience sample of 16 healthcare professionals in the eastern region of Korea. Six physicians, eight nurses and two pharmacists who had experienced a patient safety incident participated.</p>	<p>The results of the open coding can be categorized into “the reactions of the first victim and surrounding people after the incident”, “influence of factors aside from the incident”, “the initial complex responses of the participants to the incident”, “open discussion of the incident”, “the culture in medical institutions regarding early-stage incident response”, “the coping responses of the participants after incidents” and “living with the incident”. The central phenomenon was “the initial complex responses of the participants to the incident”.</p>	<p>Moderate</p> <p>Aim: Not fully defined, missing a defining research question.</p> <p>Sampling: Well described process.</p> <p>Data collection: Process well described and the content reached saturation level.</p> <p>Data analysis: Both open and axial coding. There is an awareness of the researchers preunderstanding.</p> <p>Findings: All five researchers had specialized in the field of the healthcare and patient safety research and had experience in qualitative research.</p>

BILAGA 12 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 8

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
Schelbred & Nord (2007) Nurses experiences of drug administration errors. Norway	The aim was to describe the experiences of nurses who had committed serious medication errors, the meaning these experiences carry and what kind of help and support they received after committing their error.	An explorative, descriptive design was adopted and in-depth interviews were conducted with nurses who had committed a medication error. The text was analyzed using phenomenological method.	Through a feature in a widely distributed national nursing journal a sample of registered nurses were recruited. 13 responded but only ten nurses who has been the main person involved in a medication error that led to, or could had led to, substantial injury to patients. Seven worked in hospitals settings, two in community services and one in a nursing home all in Norway. Length of nursing varied from six months to 30 years.	The themed that emerged from the interviews were: Immediate reactions, emotional responses, relations with patients and family, reactions from colleagues and managers, National Board of Health, help and support after the incident, nurse candour, coping with the incident and impact of the error on nursing practice.	Moderate Aim: Well defined research questions and context. Sampling: The process as well described and the also inclusion criteria. Data collection: Well described process and context. Data analysis: Bracketing was used to ensure the researchers ambiguity and prior understanding didn't intervene in the interpretation. Findings: The study sample is too small to allow generalization. Bias could be that the sample being self-selected.

BILAGA 13 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 9

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
<p>Scott et al (2009)</p> <p>The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events.</p> <p>USA</p>	<p>The aim was to describe and characterize the information obtained from 31 second victims.</p>	<p>Semistructured interviews with second victims. After interviews, a thematic analyze was made, followed by group deliberation and reflective use with current victims.</p>	<p>The University of Missouri Health Care (UMHC) in an academic healthcare system in the Midwest that provides comprehensive healthcare services through primary care, inpatient acute care, long- term acute care and outpatient clinics. Forty-three second victims were contacted for study enrolment with 38 agreeing to participate and 31, ten physicians, eleven registered nurses and ten other health professionals, who completed interviews. The duration of professional experience ranged between six months and 36 years (mean 13.5 years).</p>	<p>The analysis identified six stages that delineate the natural history of the second victim phenomenon. These are chaos and accident response, intrusive reflections, restoring personal integrity, enduring the inquisition, obtaining emotional first aid and moving on.</p>	<p>High</p> <p>Aim: Short but concise. Sampling: Well defined process. Data collection: Well described data collection and transcription process. Data analysis: The themes were made into stages which were strengthened by a volunteer interprofessional interest group who offered group critique. Findings: The interpretation were established and discussed.</p>

BILAGA 14 – ARTIKELMATRIS

Artikelmatris 10

Author/ Year/ Title/ Country	Aim	Study design/ Method	Number of participants/ Population/ Setting	Main findings	Study quality/ Comments
Ullström et al (2014) Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. Sweden	The aim of the study was to investigate how healthcare professionals at a Swedish university hospital were affected by their involvement in adverse events, with emphasis on the organizational support they needed and received.	Qualitative study. Data from semistructured interviews were analyzed by qualitative content analysis using software for coding and categorization.	Data gathering was done with help from the chief nursing officer who prepared a list of 133 people who had each experienced a serious adverse event. A letter was sent to these people and of the 29 people who responded to the letter, 21 agreed to be interviewed. 21 healthcare professionals (ten physicians, nine registered nurses and two allied healthcare professionals) at a Swedish university hospital whom had been involved in an avoidable serious adverse event that had been reported to the National Board of Health and Welfare. The length of time in practice ranged from five to 30 years.	Three main categories were found: the impact of the event, individual needs and organizational support. Three subcategories related to the impact of the event were identified: emotional reactions, professional performance and self-confidence and duration of impact. Subcategories due to individual needs were: the need to talk and receive emotional support and the need to understand and learn from the event. Three subcategories related to organizational support were identified: the importance and extent of: management/institutional support, peer support and the investigation process.	High Aim: Well structured. Sampling: Done as a deviant case sampling that assures that the participants possesses much information. Data collection: The method is structured. Data analysis: Thoroughly described with emphasis that quotes are taken from both genders, the different professions with various adverse events. Findings: The interpretations are established in the data collected.