

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

21. Fortier I, Marcoux S, Brisson J. Maternal work during pregnancy and the risks of delivering a small-for-gestational-age or preterm infant. *Scand J Work Environ Health* 1995;21:412-8.
22. Fenster L, Hubbard AE, Windham GC et al. A prospective study of work-related physical exertion and spontaneous abortion. *Epidemiology* 1997;8:66-74.
23. Hatch M, Ji BT, Shu XO et al. Do standing, lifting, climbing, or long hours of work during pregnancy have an effect on fetal growth? *Epidemiology* 1997;8:530-6.
24. Wergeland E, Strand K, Bordaahl PE. Strenuous working conditions and birth-weight, Norway 1989. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:263-71.
25. Tuntiseranee P, Geater A, Chongsuvivatwong V et al. The effect of heavy maternal workload on fetal growth retardation and preterm delivery. *J Occup Environ Med* 1998;40:1013-21.
26. Nurminen T, Lusa S, Ilmarinen J et al. Physical work load, fetal development and course of pregnancy. *Scand J Work Environ Health* 1989;15:404-14.
27. Launer LJ, Villar J, Kestler E et al. The effect of maternal work on fetal growth and duration of pregnancy: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:62-70.
28. Rabkin CS, Anderson HR, Bland JM et al. Maternal activity and birth weight: a prospective, population-based study. *Am J Epidemiol* 1990;131:522-31.
29. Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ et al. Standing at work and preterm delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:198-206.
30. Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ. Standing and walking at work and birthweight. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:509-16.
31. Teitelman AM, Welch LS, Hellenbrand KG et al. Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight. *Am J Epidemiol* 1990;131:104-13.
32. Klebanoff MA, Shiono PH, Carey JC. The effect of physical activity during pregnancy on preterm delivery and birth weight. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1450-6.
33. Ceron-Mireles P, Harlow SD, Sanchez-Carrillo CI. The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico City: the effects of working conditions and antenatal leave. *Am J Public Health* 1996;86:825-31.
34. Hanke W, Kalinka J, Makowicz-Dabrowska T et al. Heavy physical work during pregnancy – a risk factor for small-for-gestational-age babies in Poland. *Am J Ind Med* 1999;36:200-5.
35. Ha E, Cho SI, Park H et al. Does standing at work during pregnancy result in reduced infant birth weight? *J Occup Environ Med* 2002;44:815-21.
36. Koemeester AP, Broersen JP, Treffers PE. Physical work load and gestational age at delivery. *Occup Environ Med* 1995;52:313-5.
37. Spinillo A, Capuzzo E, Baltaro F et al. The effect of work activity in pregnancy on the risk of fetal growth retardation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:531-6.
38. Jurewicz J, Hanke W, Makowicz-Dabrowska T et al. Exposure to pesticides and heavy work in greenhouses during pregnancy: does it effect birth weight? *Int Arch Occup Environ Health* 2005;78:418-26.
39. Ahlborg G Jr. Physical work load and pregnancy outcome. *J Occup Environ Med* 1995;37:941-4.
40. Gabbe SG, Turner LP. Reproductive hazards of the American lifestyle: work during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:826-32.

## Lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering og håndtering af fejl og andre utilsigtede hændelser

Ph.d. Marlene Dyrlov Madsen, overlæge Doris Østergaard, seniorforsker Henning Boje Andersen, overlæge Niels Hermann, speciallæge Thomas Schiøler & afdelingsleder Morten Freil

Forskningscenter Risø, Afdeling for Systemanalyse, Amtssygehuset i Herlev, DIMS – Dansk Institut for Medicinsk Simulation, DSI – Institut for Sundhedsvæsen, og Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amts Sygehusvæsen

### Resume

**Introduktion:** Der findes kun få undersøgelser om lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering og håndtering af utilsigtede hændelser. Viden herom er relevant og kan være afgørende for at imødegå potentielle problemer og barrierer hos disse personalegrupper og for at støtte kulturændringer i forbindelse med rapportering og læring.

**Materiale og metoder:** Et spørgeskema med 133 spørgsmål blev udsendt i februar-marts 2002 til 4.019 læger og sygeplejersker i fire amter. Artiklen behandler kun dele af spørgeskemaundersøgelsens resultater.

**Resultater:** Der er i analysen indgået besvarelser fra 703 læger og 881 sygeplejersker med en svarprocent på 51%. Der er anvendt ikkeparametriske test (Mann-Whitney og Kruskal-Wallis) til statistisk analyse. Undersøgelsen viser stor forskel på personalegrup-

pernes holdninger til rapportering af fejl og utilsigtede hændelser på sygehuse, på årsagerne til tilbageholdenhed og på graden af bekymring i forbindelse med at begå fejl. Lægerne er mere tilbageholdne (34%) end sygeplejerskerne (21%) med at omtale utilsigtede hændelser og fejl. De væsentligste potentielle årsager angives som: manglende tradition, frygt for pressen og risikoen for at få en næse. Gruppen af ikkeoverlæger (afdelingslæger, 1. reservelæger og reservelæger), især de kvindelige, er mest enige i disse årsager. Samtidig giver tanken om at skade en patient anledning til, at 35% af ikkeoverlæger »nu og da/ofte« overvejer at opgive deres arbejde.

**Diskussion:** Indsatsen for at forbedre patientsikkerhedskulturen kan med fordel inddrage den viden om ligheder og forskelle mellem personalegrupper, der er påvist i denne undersøgelse.

Internationale såvel som nationale erfaringer fra sikkerhedskritiske domæner peger på vigtigheden af læring fra utilsigtede hændelser. Forudsætningen for læring er bl.a. et rapporteringssystem, hvilket blev etableret i Danmark den 1. januar 2004, og et personale, der villigt rapporterer. Undersøgelser viser, at rammerne og kulturen omkring rapportering er afgørende for, at medarbejderne rapporterer om egne og kolle-

gaers fejl og andre utilsigtede hændelser [1]. Viden om lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering og håndtering af utilsigtede hændelser er begrænset [2-6], og der findes ingen undersøgelser af danske forhold. For at imødegå potentielle problemer og barrierer hos disse personalegrupper i arbejdet med kvalitetssikring, implementering af rapporteringssystemer og forestående kulturændringer er en sådan viden afgørende og relevant for alle parter i sygehusvæsenet.

Formålet med denne artikel er at belyse lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering og håndtering af fejl og andre utilsigtede hændelser på sygehuse, herunder deres potentielle grunde til tilbageholdenhed og bekymringer i forbindelse med at begå fejl.

### Materiale og metoder

I 2002 blev der udsendt 4.019 spørgeskemaer til læger og sygeplejersker i fire amter. Alle læger og alle ledende sygeplejersker inden for følgende specialer: anæstesiologi, intern medicin, gynækologi/obstetrik, almen kirurgi og ortopædkirurgi, på alle sygehuse i Frederiksborg, København og Roskilde Amter modtog et spørgeskema, og herudover blev der i de tre sjællandske amter foretaget randomiseret udtræk i gruppen af sygeplejersker, således at det samlede antal udsendte skemaer til sygeplejersker for hver afdeling var det samme som antallet af læger på afdelingen. For Ringkjøbing Amts vedkommende udsendtes spørgeskemaet til alle læger og alle sygeplejersker på amtets sygehuse (eksklusive læger og sygeplejersker på psykiatriske afdelinger). Besvarelsen var anonym. En påmindelse uden nyt skema blev udsendt efter to uger til alle.

### Spørgeskemaet

Spørgeskemaet er udviklet på baggrund af fokusgruppeinterview med personale [7], erfaringer inden for luftfart og andre sikkerhedskritiske områder samt litteratur om fejlhåndtering og sikkerhedskultur [8, 9]. Spørgeskemaet blev iterativt testet og modificeret over fire gange, efter at testpersoner (læger og sygeplejersker) enkeltvis besvarede det og kommenterede forståelighed, formulering og relevans af de enkelte spørgsmål. Skemaet omfatter 133 enkeltspørgsmål af Likert-typen (meget uenig, noget uenig osv.) suppleret med syv åbne spørgsmål. Her behandles kun de dele af spørgeskemaet, som belyser og understøtter artiklens formål. Spørgeskemaet samt resultater og frekvensfordelinger for de to personalegrupper er indeholdt i en oversigtsrapport [10].

### Dataanalyse

Statistiske analyser er foretaget med Mann-Whitney-test og Kruskal-Wallis-test for rangdata. Datamaterialet omfatter en relativt stor gruppe, hvorfor der vil optræde mange signifikante, men små forskelle mellem undergrupper. Derfor fremhæves kun forskelle, som er signifikante på et niveau på mindst  $p < 0,01$ . I tabellerne angives både ligheder og om-

fanget af gruppeforskellene for alle de behandlede spørgsmål. Inden analysen er der foretaget et balanceret udtræk, således at gruppen af sygeplejersker i Ringkjøbing Amt tæller med samme vægt og har samme fordeling mellem ledende og ikkeledende som sygeplejersker fra de tre sjællandske amter. De kirurgiske specialer (almen kirurgi og ortopædkirurgi) er sammenlagt i analysen.

### Resultater

#### Besvarelse

Der blev modtaget 2.031 skemaer, svarende til en svarprocent på 51 (46% for læger og 53% for sygeplejersker). Efter det balancerede udtræk udgør datasættet svar fra 1.587 respondenter (703 læger og 885 sygeplejersker). I lægegruppen var 36% af respondenterne kvinder, i sygeplejegruppen var 97% kvinder. I lægegruppen var 42% overlæger og 58% var »ikkeoverlæger« (afdelingslæger, 1. reservelæger og reservelæger). Inden for lægegruppen sammenlignes overlæger og »ikkeoverlæger« eller - hvor svar viser en klar graduering - afdelingslæger, samt 1. reservelæger og reservelæger.

#### Grunde til tilbageholdenhed

I alt 34% af lægerne var helt/noget enige i, at der havde været situationer, hvor de »har været tilbageholdende med at omtale hændelser/fejl«, mens kun 21% af sygeplejerskerne erklærer sig (helt/noget) enige i samme udsagn.

Respondenter blev bedt om at tage stilling til 13 potentielle årsager til at holde sig tilbage med at omtale utilsigtede hændelser/fejl (**Tabel 1**). Blot 3% af lægerne og 4% af sygeplejerskerne nævnte andre grunde end de givne, heraf kun en ny: loyalitet over for kolleger. For hver af de potentielle årsager var der i begge faggrupper flere, der erklærede sig uenige end enige i, at det foreslåede var årsag til at holde sig tilbage. I begge grupper var »risikoen for, at pressen begynder at skrive om det« den årsag, som vejede tungest (læger: 38% enige og 47% uenige; sygeplejersker 27% enige og 53% uenige). Gruppen af ikkeoverlæger var signifikant mere enig end overlægerne i næsten alle de foreslåede årsager til at være tilbageholdende, og de kvindelige læger var mere enige end deres mandlige kolleger, specielt inden for gruppen af ikkeoverlæger.

#### Tanken om at begå fejl

I **Tabel 2** ses forskelle i svar inden for lægegruppen på spørgsmålet om, hvorvidt tanken om at begå fejl kunne få dem til at »overveje at opgive deres arbejde«, »tynger dem« og/eller de ville »overlade risikable og svære opgaver til kolleger«.

#### Ledelsens og afdelingens håndtering af fejl

I alt forventede 48% af lægerne i høj grad og 45% i nogen grad »at møde forståelse«, hvis de rapporterede til deres nuværende leder om en fejl, de havde begået. I **Tabel 3** ses sygeplejerskernes og forskellige lægegrupperes procentvise enighed i udsagn om deres egen afdelings håndtering af utilsigtede

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 1.** Forhold, der kan afholde læger og sygeplejersker fra at omtale utilsigtede hændelser/fejl. Grundene er rangstillet efter lægegruppens gennemsnitlige enighed.

Antag at du blev involveret i en hændelse/fejl. Hvilke af følgende forhold kunne holde dig tilbage fra at omtale hændelser/fejl	Noget enig/helt enig, %			Noget enig/helt enig, %			Noget enig/helt enig, %		
	læger (n=655-685)	sygeplejersker (n=814-868)	p-værdi	overlæger (n=271-282)	ikkeoverlæger (n=378-397)	p-værdi	kvinder, læger (n=231-241)	mænd, læger (n=412-431)	p-værdi
Jeg kan risikere, at pressen begynder at skrive om det	38	27	<0,001	36	39	ns	40	36	ns
Der er ikke tradition for omtale hændelser/fejl	39	29	<0,001	33	44	<0,001	46	35	<0,01
Jeg ønsker ikke at fremstå som en dårlig læge/sygeplejerske	36	31	<0,01	21	47	<0,001	46	31	<0,001
Jeg kan risikere at få en »næse«	32	28	ns	21	38	<0,001	39	27	<0,001
Det kan gå ud over min fremtidige ansættelse eller karriere	28	25	ns	18	34	<0,001	31	26	<0,01
Det er for besværligt	27	10	<0,001	23	29	<0,05	20	30	<0,05
Jeg kan risikere, at hændelsen/fejlen indberettes til embedslægen	25	27	ns	21	28	<0,001	28	24	<0,001
Jeg ved ikke, hvem der er ansvarlig for at bringe hændelse/fejl frem	26	19	<0,001	18	32	<0,001	26	26	ns
Jeg kan risikere, at patienten klager	28	20	<0,01	19	34	<0,001	35	24	<0,001
Man føler sig ikke tryk ved at bringe sine hændelser/fejl frem på vores afdeling	23	13	<0,001	14	29	<0,001	28	20	<0,01
Når der er travlt, glemmer jeg den slags	19	12	<0,001	20	19	ns	18	20	ns
Der kommer alligevel ingen forbedringer på vores afdeling ved at omtale hændelser/fejl	14	7	<0,001	10	17	<0,001	13	15	<0,05
Det gavner ikke patienterne, at jeg indberetter om mine hændelser/fejl	11	5	<0,01	10	12	ns	9	12	ns

ns = nonsignifikant (Mann-Whitney-test).

**Tabel 2.** Fordeling af lægegruppers svar i forbindelse med tanken om at begå fejl.

Tanken om at jeg kan begå en fejl, som kan få alvorlige konsekvenser for en patient ...		Aldrig, %	Nu og da, %	Ofte/meget ofte, %	p-værdi
- får mig til at overveje at opgive mit arbejde	Læger i alt (n = 689)	70	27	2	
	Overlæger (n = 282)	79	20	1	< 0,001 <sup>a</sup>
	Afdelingslæger og 1. reservelæger (n = 184)	73	24	2	
	Reservelæger (n = 218)	57	38	5	
	Kvindelige læger (n = 249)	57	39	3	< 0,001 <sup>b</sup>
Mandlige læger (n = 433)	78	20	2		
- får mig til at overlade risikable og svære opgaver til kolleger	Læger i alt (n = 689)	57	39	4	
	Overlæger (n = 282)	80	20	1	< 0,001 <sup>a</sup>
	Afdelingslæger og 1. reservelæger (n = 184)	59	39	3	
	Reservelæger (n = 218)	27	65	8	
	Kvindelige læger (n = 249)	35	59	7	< 0,001 <sup>b</sup>
Mandlige læger (n = 433)	70	28	2		
- tynger mig	Læger i alt (n = 689)	20	66	15	
	Overlæger (n = 283)	27	63	11	< 0,001 <sup>a</sup>
	Afdelingslæger og 1. reservelæger (n = 183)	19	66	15	
	Reservelæger (n = 218)	10	70	20	
	Kvindelige læger (n = 248)	8	77	14	< 0,001 <sup>b</sup>
Mandlige læger (n = 434)	26	59	15		

a) Kruskal-Wallis-test. b) Mann-Whitney-test. Procenttal summer ikke overalt op til 100 pga. afrunding.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

hændelser/fejl, og i **Tabel 4** gengives lægernes svar på samme spørgsmål inden for de involverede specialer.

### Diskussion

Vores spørgeskemaundersøgelse viser, at der er stor forskel på personalegruppers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser og fejl på sygehuse, herunder på deres årsager til tilbageholdenhed og deres grad af bekymring for at begå fejl. Lægerne var mere tilbageholdende med at informere om hændelser og fejl end sygeplejerskerne var, og de var ligeledes mindre enige i, at deres egen afdeling håndterede hændelser

og fejl godt. Denne tendens var stærkest i gruppen af yngre læger og især blandt yngre kvindelige læger. Ligeledes var det særlig yngre læger, der »nu og da/ofte« overvejede at opgive deres arbejde grundet tanken om at kunne komme til at skade en patient. Disse resultater kræver overvejelser om ændringer af organisatorisk og kulturel karakter med henblik på at forbedre patientsikkerheden og støtte især yngre læger.

En tredjedel af lægerne indikerede, at de havde været tilbageholdende med at omtale hændelser/fejl. De tre stærkeste potentielle årsager var »frygten for pressen«, »manglende tradition« og »risikoen for at få en næse«. I en (endnu ikke

**Tabel 3.** Læger, sygeplejersker og lægegruppers procentvise enighed i udsagn om afdelingens håndtering af utilsigtede hændelser/fejl. Udsagnene er rangordnet efter lægegruppens gennemsnitlige enighed.

Hvordan synes du, din nuværende afdeling håndterer hændelser/fejl?	Noget enig/helt enig, %			Noget enig/helt enig, %			Noget enig/helt enig, %		
	læger (n=595-669)	sygeplejersker (n=715-849)	p-værdi	overlæger (n=269-283)	ikkeoverlæger (n=322-383)	p-værdi	kvinder, læger (n=193-237)	mænd, læger (n=393-424)	p-værdi
På min afdeling hænger man ikke folk ud	80	80	ns	88	74	<0,001	74	83	<0,01
På min afdeling er man omhyggelig og grundig med at informere patienter efter hændelser	64	60	ns	74	57	<0,001	52	70	<0,001
På min afdeling taler man åbent om hændelser/fejl	65	73	<0,001	76	58	<0,001	55	72	<0,001
På min afdeling er man god til at støtte personalet efter alvorlige hændelser	61	79	<0,001	71	53	<0,001	51	66	<0,01
På min afdeling er man god til at tage ved lære af hændelser/fejl	60	71	<0,001	69	55	<0,01	51	66	<0,001
På min afdeling er det meget normalt at diskutere hændelser/fejl på enten læge- eller sygeplejerskekonference	60	51	<0,001	70	54	<0,001	51	66	<0,001

ns = nonsignifikant (Mann-Whitney-test).

**Tabel 4.** Lægeansvar inden for de involverede specialer (almen kirurgi og ortopædkirurgi er her sammenlagt) om egen afdelings håndtering af utilsigtede hændelser/fejl.

Hvordan synes du, din nuværende afdeling håndterer hændelser/fejl?	Noget enig/helt enig, %									
	intern medicin (n=213)	kirurgi (n=235)	gynækologi/ obstetrik (n=84)	anæstesi (n=116)	I&G	I&A	I&K	K&G	K&A	A&G
På min afdeling hænger man ikke folk ud	76	77	81	87	ns	<0,05	ns	ns	ns	ns
På min afdeling er man omhyggelig og grundig med at informere patienter efter hændelser	54	64	76	71	<0,001	<0,01	<0,05	ns	ns	ns
På min afdeling taler man åbent om hændelser/fejl	57	62	65	83	ns	<0,001	ns	ns	<0,01	<0,05
På min afdeling er man god til at støtte personalet efter alvorlige hændelser	55	55	73	68	<0,01	<0,01	ns	<0,01	<0,01	ns
På min afdeling er man god til at tage ved lære af hændelser/fejl	53	60	65	68	<0,05	<0,01	ns	ns	ns	ns
På min afdeling er det meget normalt at diskutere hændelser/fejl på enten læge- eller sygeplejerskekonference	53	58	68	68	<0,01	<0,001	<0,01	ns	ns	ns

ns = nonsignifikant (Mann-Whitney-test).

K = kirurgi, G = gynækologi/obstetrik, I = intern medicin, A = anæstesi.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

publiceret) analyse af danske og japanske lægers besvarelser på de i vores spørgeskema angivne årsager til at være tilbageholdende har man fundet, at de foreslåede grunde fordelte sig på to underliggende faktorer: »frygten for straf og dårligt omdømme« og »mangel på incitament og opbakning«. Vore resultater tyder på, at den stærkeste faktor for alle grupperne var frygten for straf og dårligt omdømme, dog med en enkelt undtagelse, nemlig »manglende tradition«, som ligger højt hos lægerne. Dette er i modsætning til resultaterne i et studie af *Vincent et al* [5], som fandt, at følgende tre grunde til ikke at rapportere var vigtigst: 1) udfaldet af fejlen gør det ofte uundgåeligt, 2) arbejdsbyrden øges og 3) man har travlt og glemmer det. Til gengæld var der god overensstemmelse mellem resultaterne af de to studier mht. forskelle mellem yngre og ældre læger, navnlig hvad angår angst for repressalier ved rapportering af fejl, og oplevelsen af manglende støtte fra kolleger. Dette understøttes yderligere af et studie, der viste, at især det yngre personale var tilbageholdende med at fortælle om fejl pga. usikkerhed, frygt for at virke inkompetent og betydning for karrieren [11]. I vores undersøgelse er de yngre lægers stærkeste grund til at være tilbageholdende, at man »ikke ønsker at fremstå som en dårlig læge«.

Undersøgelsen viste et generelt lavt niveau af enighed (blot 11-39% af lægerne var helt/noget enige) i udsagn om årsagerne til tilbageholdenhed, hvilket er i overensstemmelse med resultaterne af studiet af *Vincent et al* [5]. I begge studier viste det sig, at der for hver af de foreslåede årsager altid var en større andel, der erklærer sig uenige end enige i den enkelte grund. Vores resultater peger endvidere på, at stilling og dernæst faggruppe og køn har betydning for graden af åbenhed. Lægerne var mere tilbøjelige end sygeplejersker, ikkeoverlæger mere end overlæger og kvindelige læger mere end mandlige læger til at holde sig tilbage med at fortælle om fejl.

Der findes kun få studier af den påvirkning, som utilsigtede hændelser påfører personalet. *Wu* [12] har brugt den sigende betegnelse »det andet offer« til at betegne det personalemedlem, der bliver involveret i en skadevoldende hændelse. Den potentielle påvirkning af personalet bør vække til eftertanke, når især yngre læger overvejer at opgive deres arbejde ved tanken om at begå fejl, som kan medføre skade på en patient. En anden undersøgelse har vist, at den største kilde til stress for yngre læger var følelsen af at kunne risikere at blive ansvarlig for at skade en patient [13]. En større europæisk undersøgelse af sygeplejersker viste, at bekymringen for at lave fejl faldt med alder og senioritet, imens bekymringen steg med bl.a. høj arbejdsbelastning, hyppige afbrydelser og manglende tid til at tale med patienterne [14]. Dette tyder på, at »bekymring« er et problem, der i nogen grad kan påvirkes gennem konkrete ændringer af praksis.

Læger og sygeplejersker var overvejende enige i, at ledelsen og afdelingen forstod at håndtere fejl og hændelser, dog således at sygeplejerskerne var mere enige i, at man på deres afdeling »taler åbent« og var gode til at »støtte personale« og

»drage læring«. Sygeplejerskerne var mindre enige i, at det var normalt at diskutere hændelser på konferencer, sandsynligvis fordi sygeplejerskerne ikke almindeligvis holder fælleskonference som lægerne gør. Det kunne overvejes at indføre noget lignende for sygeplejersker eller på afdelingsniveau for at opnå en fælles læring. Det er påfaldende, men måske ikke så overraskende, at overlægerne var mere enige end ikkeoverlægerne i udsagn om, at afdelingen håndterede fejl og utilsigtede hændelser godt. En tilsvarende signifikant forskel fandtes ikke blandt sygeplejerskerne.

Undersøgelsen viste relativt få og små forskelle mellem specialer med undtagelse af opfattelsen af afdelingens og ledelsens håndtering af fejl/hændelser, hvor man i specialerne anæstesiologi og gynækologi/obstetrik udtrykte en større enighed i, at man på afdelingen var gode til at tale åbent om fejl og støtte personalet efter en alvorlig hændelse. Det kunne tyde på, at disse specialer i højere grad er kendetegnet ved tryghed og tradition for åbenhed, hvorimod lægerne inden for de kirurgiske specialer og intern medicin antydede, at de oplevede mindre åbenhed og støtte på afdelingen efter alvorlige hændelser.

I forbindelse med implementering af et rapporterings-system er det vigtigt at have kendskab til de potentielle grunde, personalet har til ikke at rapportere. Afhængigt af, om grundene hviler på »frygt for straf og dårligt omdømme« eller »mangel på incitament/opbakning« har de forskellige forankring, og de kræver forskellige interventionsformer. Det må forventes, at loven om patientsikkerhed vil reducere vægten af de grunde, der bunder i frygt for straf, idet rapportering er konfidentiel. Manglen på incitament og opbakning derimod herunder den manglende tradition og det forhold, at 27% af lægerne mente, det var for besværligt at bringe fejl frem - løses ikke ved lov, men udgør barrierer, som det kræver en betydelig lokal indsats og en synlig central opbakning at ændre. En positiv sikkerhedskultur, der baseres på tillid, opbakning og bevidsthed om fejls læringspotentiale og som støttes af ledelsens vilje til at etablere stærke incitamenter for medarbejdere til at rapportere om fejl/hændelser, er forudsætning for en lærende organisation.

I arbejdet med kvalitetssikring, implementering af rapporteringssystemer og forestående kulturændringer kan man med fordel inddrage den viden om ligheder og forskelle inden for og mellem personalegrupper, der er påvist i denne undersøgelse. Viden om forskelligheder er med til at nuancere det eksisterende billede af faggruppen som »gruppe« og til at synliggøre de forskelle, der rent faktisk eksisterer og kan skabe vanskeligheder i implementeringsfasen. Den bekymring, som blev udtrykt af især ikkeoverlæger og ikke mindst kvindelige læger dels over risikoen for at skade patienter, og dels i ønsket om ikke at fremstå som en dårlig læge, er så markant, at afdelinger og uddannelsesansvarlige må anbefales at tage emnet op.

Respondenternes forventninger til egen ledelse og til egen

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

afdelings håndtering af fejl var forholdsvis positive og vidner om tilstedeværelsen af en grundlæggende tillid, hvilket er en grundforudsætning for en positiv sikkerhedskultur [15, 16]. Men resultaterne peger også på, at der er plads til væsentlige forbedringer, især hvis man ser på ikkeoverlægenes svar.

Undersøgelsens relativt lave besvarelsesprocent må nødvendigvis give anledning til en vis forsigtighed i konklusionerne, selv om den er på linje med den besvarelsesprocent, der typisk opnås ved denne type anonyme undersøgelser blandt læger og sygeplejersker i sammenlignelige lande. Således fandt vi i to nyligt publicerede undersøgelser om sikkerhedskulturelle faktorer, at man opnåede besvarelsesprocenter på 44 og 47 for alle personalegrupper og lidt lavere for læger [17, 18]. Det har ikke været muligt at kontrollere for selektionsbias ved denne undersøgelse. Man kan forestille sig (men kun som spekulation), at der er en overrepræsentation af »rapporteringsvillige« blandt respondenterne. Hvis det er tilfældet, vil vore resultater bl.a. overvurdere den reelle rapporteringsvillighed på tidspunktet (2002), hvor dataindsamlingen fandt sted.

Det er vigtigt at fastholde, at formålet med rapportering er læring. Som det påpeges af bl.a. *Helmreich et al* [19], kan rapporteringssystemer ikke anvendes til at fastslå forekomsten af forskellige typer af utilsigtede hændelser. Hændelsesrapportering er et uvurderligt redskab til at identificere sikkerhedsproblemer og hermed latente betingelser, som frembringer fejl, som i værste tilfælde kan skade patienter. Det der er brug for er ikke tal, men »historier«, som man kan lære af.

Korrespondance: *Marlene Dyrlov Madsen*, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Amtssygehuset i Herlev, Herlev Ringvej, DK-2730 Herlev.  
E-mail: mdyrloev@ruc.dk

Antaget: 10. april 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Vi vil gerne takke Indenrigs- og Sundhedsministeriet for økonomisk støtte til projektet.

## Litteratur

- Hermann N, Andersen HB, Madsen MD et al. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Report no.: Risø-R-1369. Roskilde: Forskningscenter Risø, 2002.
- Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Patients "and doctors" attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *BMJ* 1999;318:640-1.
- Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in healthcare systems. *Qual Safe Health Care* 2002;11:15-8.
- Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C et al. An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract* 1999;5:5-12.
- Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999;5:13-21.
- Walker SB, Low MJ. Nurses view on reporting on medication incidents. *Int J Nursing Practice* 1998;4:97-102.
- Madsen MD, Andersen HB, Østergaard D. Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport 1 fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Report no.: Risø-R-1366(DA). Roskilde: Forskningscenter Risø, 2002.
- Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320:759-63.
- Lipczak H. Utilsigtede hændelser på sygehuse og krav til et registreringssystem. København: DSI, 2002.
- Madsen MD, Andersen HB, Hermann N et al. Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Report no.: Risø-R-1367. Roskilde: Forskningscenter Risø, 2004.
- Kringelbach M. Patientsikkerhed – fejl og læring: Teori, praksis og eksempler fra sygehusafdelinger. Report no.: 12 ECS. København: Evalueringscenter for Sygehuse, 2001.
- Wu AW. The Second Victim. *BMJ* 2000;320:726-7.
- Van Vuuren W. Organisational failure: lessons from industry applied to the medical domain. *Safety Science* 1999;33:13-29.
- Estryn-Behar M. Interactions between quality and human factors in health care. Factors linked to nurses' fears of making errors. London: Taylor and Francis, 2005.
- Madsen MD. Sikkerhedskultur på sygehuse – resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg Amt. Report No.: Risø-R-1471. Roskilde: Forskningscenter Risø, 2004.
- Jensen TR, Madsen MD. Filosofi for flyveledere – en undersøgelse af hvilke moralske aspekter man bør tage hensyn til ved behandlingen af menneskelige fejl inden for sikkerhedskritiske organisationer. Roskilde: Roskilde Universitetscenter, 2001.
- Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003;12:112-8.
- Weingart SN, Davis RB, Farbstein K et al. Using a multi-hospital survey to examine the safety culture. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;3:125-32.
- Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ* 2000;320:781-5.