

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

biologiske argumenter mod dette, da det bakteriologiske selektionstryk kan ændres på trods af, at der er tale om en engangsdosering.

Problemet med at bevise effekten af en eventuel profylakse er, at infektionsraten er så lav, at det vil kræve en meget stor forsøgspopulation at få et statistisk signifikant resultat.

Korrespondance: *Morten Ishøj Michelsen*, Bredevej 14, DK-2830 Virum.  
E-mail: bredevej@mail.dk

Antaget: 23. marts 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Northmore-Ball MD, Dandy DJ, Jackson RW. Arthroscopic, open partial, and total meniscectomy. *J Bone Joint Surg Br* 1983;65:400-4.
2. Hamberg P, Gillquist J, Lysholm J. A comparison between arthroscopic meniscectomy and modified open meniscectomy. *J Bone Joint Surg Br* 1984;66:189-92.
3. Simpson DA, Thomas NP, Aichroft PM. Open and closed meniscectomy. *J Bone Joint Surg Br* 1986;68:301-4.
4. Small NC. Complications in arthroscopy: the knee and other joints. *Arthroscopy* 1986;2:253-8.
5. Small NC. Complications in arthroscopic surgery performed by experienced arthroscopists. *Arthroscopy* 1988;4:215-21.
6. DeLee JC. Complications of arthroscopy and arthroscopic surgery: results of a national survey. *Arthroscopy* 1985;1:214-20.
7. D'Angelo GL, Ogilvie-Harris DJ. Septic arthritis following arthroscopy, with cost/benefit analysis of antibiotic prophylaxis. *Arthroscopy* 1988;4:10-4.
8. Kieser Ch. A review of the complications of arthroscopic knee surgery. *Arthroscopy* 1992;8:79-83.
9. Armstrong RW, Bolding F, Joseph R. Septic arthritis following arthroscopy: clinical syndromes and analysis of risk factors. *Arthroscopy* 1992;8:213-23.
10. Sherman OH, Fox JM, Snyder SJ et al. Arthroscopy – "No-Problem Surgery". *J Bone Joint Surg Am* 1986;68-A:256-65.
11. Ballard A, Burkhalter WE, Mayfield GW et al. The functional treatment of pyogenic arthritis of the adult knee. *J Bone Joint Surg Am* 1975;57:1119-23.
12. Jackson RW. The septic knee – arthroscopic treatment. *Arthroscopy* 1985;1:194-7.
13. Christoffersen JK, Holm-Nielsen A. Mønsteret af behandlingsskader og »near misses« på en kirurgisk afdeling. *Ugeskr Læger* 2004;166:1760-3.
14. Opgørelse af ventelisteoperationer, 1 + 2 halvår 2000. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, årgang 5, nr. 1, 2001.
15. Gillispie WJ, Walenkamp G. Antibiotic prophylaxis for surgery for proximal femoral and other closed long bone fractures (Cochrane review). I: *The Cochrane Library*, issue 2, 2000. Oxford: Update Software.

# Praktiserende lægers holdninger til rapportering af og læring fra utilsigtede hændelser

## Erfaringer fra fokusgruppeinterview

Cand.scient.soc. Thorbjørn Hougaard Mikkelsen, praksiskonsulent  
Jens M. Rubak & adj. professor Frede Olesen

Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis

## Resumé

**Introduktion:** Arbejdet med utilsigtede hændelser er inspireret af risikoindustrier og begynder internationalt at vinde indpas inden for sundhedssektoren. I Danmark er arbejdet kommet godt fra start inden for sygehusvæsnet, senest med Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsnet fra juni 2003. I denne artikel sættes der fokus på praktiserende lægers holdning til rapportering og læring fra utilsigtede hændelser.

**Materiale og metoder:** I efteråret 2002 gennemførte forfatterne tre fokusgruppeinterview med 17 praktiserende læger. Interviewene blev transskriberet og analyseret induktivt og deduktivt.

**Resultater:** Vore fokusgruppeinterview viste, at praktiserende læger kan se fordele ved arbejdet med utilsigtede hændelser både i forhold til kvalitetsudviklingen og til lægernes arbejdsmiljø i almen praksis.

**Diskussion:** Vor undersøgelse viste, at et sådant rapporteringssystem skal etableres med omtanke, så lægerne føler sig sikre på, at informationerne kun anvendes til kvalitetsudvikling.

Arbejdet med utilsigtede hændelser (UH), der er inspireret af risikoindustrier såsom luftfarten og rumfartsindustrien, kan bruges i kvalitetssikring i sundhedsvæsnet [1-3]. Internationalt er metoder til arbejdet med UH i almen praksis ved at blive udviklet [4-8].

Inden for det danske sygehusvæsnet er arbejdet med UH kommet i gang [9-11]. Der mangler imidlertid viden om og erfaringer med metodernes anvendelighed blandt praktiserende læger.

Formålet med nærværende undersøgelse er at søge indblik i praktiserende lægers holdninger, visioner og bekymringer i forbindelse med kvalitetssikring gennem arbejdet med UH i almen praksis.

## Materiale og metoder

Vi har foretaget tre fokusgruppeinterview med deltagelse af praktiserende læger. Ved udvælgelsen af informanter blev der tilstræbt variation i forhold til køn, praksisstørrelse og år i praksis og i forhold til vor formodning om positiv og skeptisk holdning til denne type kvalitetsudvikling. Lægerne blev inviteret via brev efterfulgt af en telefonopringning. I alt blev 58 praktiserende læger inviteret, 17 medvirkede (**Figur 1**).

Interviewguiden med underspørgsmål, der skulle belyses,

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

<p><b>Køn:</b> 41% mænd og 59% kvinder.</p> <p><b>År i praksis:</b> Fra tre år til 38 år, gennemsnit 14,5 år.</p> <p><b>Praksisstørrelse:</b> Fra solo til ottemandspraksis, gennemsnittet var 2,7 læger i praksis.</p>
---

Figur 1. Fordelingen af respondenter på køn, år i praksis og praksisstørrelse.

blev udarbejdet på baggrund af litteraturstudier og forberedende drøftelser med praktiserende læger [12, 13]. Ud over en kort introduktion til begrebet UH og arbejdet med dem, blev interviewguiden opbygget således, at den åbner med brede spørgsmål og slutter med specifikke [14].

### Gennemførelse af fokusgruppeinterviewene

Fokusgruppeinterviewene blev optaget på lydband og suppleret med noter. Interviewet fulgte interviewguiden i vekselvirkning med yderligere eksploration i informanternes ideer og forslag.

### Transskription og analyse

Vi benyttede os både af den deduktive analysestrategi baseret på interviewguidens temaer og den induktive tilgang, der tager udgangspunkt i informanternes opfattelser, forståelser og ideer [15, 16]. Fokusgruppeinterviewene blev transskriberet samt gennemlyttet og gennemlæst flere gange, hvorefter de blev behandlet og kodet i NVivo version 2.0. Kodningen fulgte interviewguidens temaer suppleret med nye aspekter erfaret under interviewene og analysen. Analysestrategien var hermeneutisk-fænomenologisk med fænomenologien, der fokuserer på informanternes oplevelse og opfattelse af verden og med den hermeneutiske tilgang, der søger viden om informanternes fortolkninger af oplevelser. Analysen fulgte den hermeneutiske cirkel, hvor enkeltdele løbende holdes op mod helheden [15, 16].

### Resultater

#### Overordnede holdninger til arbejdet med UH i almen praksis

Flertallet af informanterne gav udtryk for, at de på forhånd savnede viden om målet og arbejdet med UH:

- »Jeg tror, at det er vigtigt, at man får en diskussion omkring det, fordi der er masser af ting, som jeg ikke havde tænkt på. (...) Men man har jo en hel masse ting at putte på, når man så hører, hvad andre siger.«

Gruppernes umiddelbare holdninger i forhold til arbejdet med UH svinger fra meget forbeholdne til meget positive:

- »Dengang jeg fik det der brev, da kunne jeg slet ikke se, hvordan det passer ind i almen praksis.«

- »Jeg tænkte, er det relevant? (latter) Jeg tænkte, har vi sådan nogle utilsigtede hændelser, det tror jeg da nok, at vi har, jeg tror også, at det skal modnes, og jeg tror, at dette forum kan være måden at få det ud.«
- »Jeg synes, at det er glimrende, fordi vi har jo alle sammen nogen, i hvert tilfælde enkeltstående, som vi husker meget tydeligt, og som andre måske kunne lære af.«

Som det sidste citat indikerer, var der klare tilkendegivelser af, at de praktiserende læger kan lære gennem udveksling af erfaringer med UH ved at høre om hændelser, andre har oplevet.

### Villighed til rapportering

Gennemgående var informanterne positive over for indrapportering af UH som et led i kvalitetsudviklingen i almen praksis:

- »Jeg kunne da bestemt godt forestille mig en indrapportering, men formålet med det skulle være til vores eget brug.«
- »... hvis man kunne identificere sådan nogen, hov, der er noget, der går igen her (...) altså de praktiserende lægers vidensbank, altså samle viden til os. Det synes jeg, ville være et vældigt godt formål.«

Et gennemgående træk i interviewene er, at lægerne understreger, at arbejdet med UH er et lægefagligt kvalitetsudviklingsredskab til gavn for læger og patienter. Men det er ikke et egnet redskab til evaluering af lægerne.

Således var et centralt omdrejningspunkt i fokusgruppeinterviewene, hvorledes rapporteringen skulle håndteres og til hvilken institution, for at man kunne bevare tilliden til, at formålet var kvalitetsudvikling.

### Fortrolighed eller anonymitet

Meningerne var delte om, hvorvidt rapporteringen skal være helt anonym eller fortrolig, så et centralt opsamlings- og analysested gives mulighed for at stille uddybende spørgsmål. Betyrningerne for, om oplysningerne ville blive brugt til noget andet end kvalitetssikring i almen praksis, var udbredte. Således gav hovedparten af informanterne udtryk for, at de ønsker at være anonyme, når erfaringerne med UH rapporteres videre uden for den fortrolige ramme i f.eks. den lokale efteruddannelsesgruppe.

### Honorar

Betyrninger for, hvad Sygesikringen og Sundhedsministeriet evt. kan bruge viden om honorarindbetalinger til, var en respondents konkrete baggrund for ikke at ønske honorar for rapportering af UH. En anden respondent formulerede det omvendt:

- »Altså, hvis det her det er noget, der kom og blev pålagt os oppe fra, fra en eller anden styrelse eller et eller andet, så-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

dan at »Det her har I nu pligt til at gøre!« (...) det vil jeg have penge for. Ellers så gad jeg ikke. Men kunne jeg se, at et eller andet, som vi kunne bruge til vores egen læring, og det måske var et begrænset arbejde, et begrænset tidsrum, det ville jeg da synes var o.k.«

Generelt var informanternes ønsker om honorar begrænset, forudsat at formålet med arbejdet var læring og kvalitetsudvikling i almen praksis.

### Organisation

Trods bred opbakning til et rapporteringssystem om UH var der forskellige ønsker til rapporteringssystemets opbygning. Fælles var dog, at et rapporteringssystem skal være let tilgængeligt og anvendeligt for den enkelte praktiker. Det blev diskuteret, hvorvidt de praktiserende læger kan drage fordel af, at rapporter om UH behandles i de praktiserende lægers lønnede efteruddannelsesgrupper ofte kaldet tolvmandsforeninger eller i andre lignende mindre fora, hvor lægerne efter eget ønske kunne deltage med egne erfaringer. Efteruddannelsesgrupperne blev oftest nævnt.

- »Jeg kunne godt lige tænke mig at snakke om det med tolvmandsforeningerne, og hvad det betyder, og om man kan det. I vores tolvmandsforening, der kan man godt, men det foregår uformelt.«

Andre overvejelser gik i retning af, at arbejdet med UH skulle etableres som forskningsprojekter, hvor UH i bestemte sygdomsforløb blev registreret gennem en periode.

- »Jeg synes, at man skulle lave nogle forskningsprojekter (...), hvor man tager 50 praksis med i et sådant projekt, og så laver indrapporteringssystem til dét.«

Et andet element i den forbindelse er, at nogle mente, at det er nemmere at holde rapporteringsgejsten oppe i en kort periode frem for i et permanent system.

Der var delte meninger om, hvorvidt rapporter om UH skal samles i en central database. Oprettelse af sådan, blev feedback til lægerne af alle anset for at være vigtig, både når lægerne har rapporteret en hændelse, og når rapporteringerne giver ny viden. Hvordan denne feedback skal formidles, f.eks. gennem efteruddannelsesgrupper, på en hjemmeside eller gennem breve var der delte meninger om.

### Arbejds miljø

Flere informanter gav udtryk for, at erfaringsudveksling om UH kan bidrage til et bedre arbejdsmiljø for praktiserende læger ved, at de kan ændre praksis ud fra kendskabet til andres erfaringer. Desuden gav flere informanter udtryk for, at det er rart at vide, at de ikke er de eneste, der oplever UH i almen praksis og derved at vide, at også andre tager fejl.

- »Vi ville kunne lære meget af hinandens utilsigtede hændelser, men jeg tror også, at det ville have en enormt god effekt, fordi (...) det vil give en mere åben holdning omkring det, at det er noget, der sker for os allesammen ...«
- »Jeg synes, at det (arbejdet med UH red.) er noget, man skal prioritere højt, fordi formålet må være at lave nogle tilfredse patienter og sunde læger.«

### Patientforløbsundersøgelser

De praktiserende læger var tilbageholdende i forhold til at skulle rapportere om UH opstået på sygehuse, medmindre det foregik i et fælles samarbejde, hvor informationer, erfaringer og ønsker gik begge veje. Nogle talte, som i ovenstående citat, for patientforløbsundersøgelser, hvor bestemte patientgrupper følges i en periode, og hvor UH i forløbet og ved skift mellem sektorer rapporteres.

Ligeledes gav en af informanterne udtryk for, at praksiskonsulentordningen ville kunne drage fordel af et sådant system:

- »Ja, altså vores problem det er jo tit, at når vi kommer med et eller andet, så har det sådan lidt kasuistisk karakter. (...) Så hvis der kunne laves et eller andet samlet, så ville det bestemt være en gevinst.«

### Diskussion

Vore fokusgruppeinterview viste, at praktiserende læger er positive over for arbejdet med UH i almen praksis. De fleste foretrækker en systematisk læring fra hændelserne ved at bruge dem til udviklingsdiskussioner i den enkelte praksis og i lægernes uddannelsesgrupper. Det er imidlertid ikke entydigt, hvorvidt lægerne mener, at viden om UH skal samles centralt, og om det eventuelt skal ske regionalt eller nationalt.

Der var enighed om, at arbejdet med UH kan have positiv indflydelse på både kvalitetsudviklingen i almen praksis og på lægernes arbejdsmiljø. Forudsætningen var dog, at en sådan rapportering er styret af læger og alene bruges i forbindelse med kvalitetssikring. Således udtrykte flere informanter bekymringer for, hvad myndighederne kunne bruge en sådan viden til.

Feedback fra et centralt opsamlingssted blev anført som værende vigtig for at bevare lægernes engagement. Internationale erfaringer viser ligeledes, at feedback generelt påvirker rapporteringslysten positivt [17, 18]. Hvordan lægerne ønsker at modtage feedback fra et eventuelt centralt rapporteringssted, giver fokusgruppeinterviewene ingen entydige svar på, dog blev ovennævnte feedback gennem efteruddannelsesgrupper og kurser oftest nævnt. Blandt informanterne var der bred enighed om, at rapporteringen af UH uden for den enkelte praksis eller efteruddannelsesgruppe skal være anonym. Undersøgelser viser, at anonymitet er befordrende for mængden af rapporter [19, 20].

Under vore fokusgruppeinterview viste det sig, at mange af

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

informanterne kom af nysgerrighed for at få mere viden om arbejdet med UH. Grundlæggende var informanterne ved starten af fokusgruppeinterviewene usikre over for begrebets konkrete indhold og anvendelighed, hvilket tyder på, at implementering af arbejdet med UH bør forudgås af en informationsfase.

Resultaterne fra fokusgruppeinterviewene formodes at være kvalitativt dækkende for meninger, holdninger og visioner i respondentgruppen, men er ikke kvantitativt repræsentative. For eksempel er det sandsynligt, at omstillingsparate praktiserende læger er overrepræsenterede blandt de 17 læger, der ønskede at deltage, af de 58 inviterede. Med henblik på at etablere et kvantitativt dækkende indblik har vi netop gennemført en repræsentativ enquete på baggrund af fokusgruppeinterviewene.

At informanterne ikke blev præsenteret for et bestemt rapporteringssystem åbnede mulighed for, at lægerne selv i processen kunne elaborere over flere praktiske og organisatoriske løsningsmuligheder for arbejdet med UH. På den anden side havde diskussion af et konkret forslag til rapporteringssystem antagelig givet mere konkrete svar. Ikke mindst kan informanternes gennemgående ønske om anonymitet ved rapportering uden for efteruddannelsesgruppen skyldes, at ejerskabet og brugsretten over data og viden under fokusgruppeinterviewene var ubekendte.

Vi har ikke kendskab til andre undersøgelser, hvor man på lignende vis har søgt at få indblik i praktiserende lægers holdninger til arbejdet med UH, men som anført i indledningen arbejder man i flere lande konkret med rapportering, klassifikation og læring fra UH.

Mulighederne for konkret at iværksætte reelt kvalitetsudviklende arbejde med UH i almen praksis vil ifølge vor undersøgelse i høj grad afhænge af introduktionen af et sådant system. I første omgang er der behov for oplysning om principper, metoder og mål. Dernæst er det afgørende at etablere et system, de praktiserende læger har tillid til, hvilket bl.a. forudsætter klare regler for anvendelsen af viden om UH og velplanlagt feedback og læringsproces.

Korrespondance: *Thorbjørn Hougaard Mikkelsen*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 6, DK-8000 Århus C.

Antaget: 10. marts 2004

Interessekonflikter: Undersøgelsen er finansieret af Århus Amts Forskningspulje for den kliniske udvikling og forskning i almen praksis og grænsefladerne til de øvrige sektorer i sundhedsvæsenet.

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens 20 numre. Oplysninger om denne baggrundslitteratur kan fås fra forfatterne.

## Litteratur

1. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE et al. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. *Med J Aust* 1998;169:73-6.
2. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320:759-63.
3. Carroll JS, Rudolph JW, Hatakenaka S. Lessons learned from non-medical industries: root cause analysis as culture change at a chemical plant. *Qual Saf Health Care* 2002;11:266-9.
4. Pringle M. Klinisk genvurdering af betydningsfulde patientforløb. I: Olesen F, Jensen PB, eds. *Kvalitetsudvikling i almen praksis i et europæisk perspektiv*.

1. udg. København: Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, 2000:81-6.
5. Britt H, Miller GC, Steven ID et al. Collecting data on potentially harmful events: a method for monitoring incidents in general practice. *Fam Pract* 1997;14:101-6.
6. Britt H, Reid S, Bhasale A et al. Clinical incidents in general practice. *Aust Fam Physician* 1996;25:1609-10.
7. Makeham MA, Dovey SM, County M et al. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust* 2002;177:68-72.
8. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Jr. et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002;11:233-8.
9. Waldau TE, Christrup LL, Gommessen K et al. Hvordan gik det med medicineringsfejlene efter kvalitetssikring på en intensivafdeling? *Ugeskr Læger* 2002;164:4446-8.
10. Mogensen TS, Poulsen J, Wendelboe B et al. Patientsikkerhed i Danmark - et år efter pilotundersøgelsen. *Ugeskr Læger* 2002;164:4377-9.
11. Søgaard J, Frølich A, Schiøler T. Utilisgittede hændelser på danske sygehuse. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2001.
12. *Ugeskrift for Læger* nr. 39. Temanummer om risikostyring. *Ugeskr Læger* 2001;163.
13. Reducing error. Improving safety. *BMJ* 2000;320:7237.
14. Rieper O. Gruppeinterview i praksis - brug af fokusgruppeinterview i evalueringforskning. København: AKF Forlaget, 1993.
15. Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach M. Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning - fem artikler fra Nordisk Medicin 1997. Århus: Forskningsenheden for Almen Medicin, 1998.
16. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
17. Runciman WB. Lessons from the Australian Patient Safety Foundation: setting up a national patient safety surveillance system - is this the right model? *Qual Saf Health Care* 2002;11:246-51.
18. Hasford J, Goettler M, Munter KH et al. Physicians' knowledge and attitudes regarding the spontaneous reporting system for adverse drug reactions. *J Clin Epidemiol* 2002;55:945.
19. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999;5:13-21.
20. Kohn T, Corrigan JM, Donaldson MS eds. *To err is Human. Building a Safer Healthcare System*. Washington D.C.: National Academy Press, 2000.