

Muligheder for kvalitetsudvikling i almen praksis gennem arbejdet med utilsigtede hændelser

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

Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis

Resumé

Registrering og analyse af utilsigtede hændelser bliver internationalt anvendt som et redskab til kvalitetsudvikling inden for almen praksis, men erfaringerne er fortsat få. I artiklen gennemgås tre forskellige metoder: Det svenske Lex Maria, hvor lægerne har pligt til at rapportere ikkeanonymt og derved risikerer retsmedicinske efterspil. Det engelske Signifikant Event Audit (SEA), der er en metode til analyse af utilsigtede hændelser i det enkelte lægehus, og endelig præsenteres Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME)/Learning from International Networks About Errors and Understanding Safety in Primary Care (LINNAEUS-PC)-samarbejdets studier, hvori man har benyttet sig af rapporteringsskemaer, som anonymiseret blev sendt til en central analyseenhed. I artiklen diskuteres anvendeligheden af metoderne. Det konkluderes, at der er behov for yderligere danske erfaringer med anvendeligheden af registrering af utilsigtede hændelser til kvalitetsudviklingen i almen praksis.

Internationalt er arbejdet med utilsigtede hændelser (UH) begyndt at vinde indpas inden for sundhedsvæsnets [1-3]. Arbejdet med UH er inspireret fra industri- og transportsektoren [4].

I arbejdet med UH er den grundlæggende antagelse, at mennesker laver fejl [5, 6], derfor fokuseres der ikke på individuelle præstationer og ansvar, fokus er på organisatoriske, tekniske, administrative og kliniske faktorer, der har medvirket til, at hændelsen skete [4-6]. Målet er at organisere arbejdet, så fejlfrekvensen reduceres, eller at fejlene ikke medfører skade [5, 6].

I Danmark arbejdes der primært med UH i sygehussektoren. DSI Institut for Sundhedsvæsen kom frem til, at ca. 9% af de indlagte patienter på sygehusene var udsat for UH, og at 40% af disse hændelser kunne forebygges [7, 8]. På landsplan belaster UH sygehusene med ca. 700.000 ekstra sengedage årlig [9]. Der foreligger ikke undersøgelser over tabet af »raske dage« i Danmark som følge af UH i almen praksis.

I juni 2003 vedtog folketinget »lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsnets« (lov nr. 429), der pålægger sygehuspersonale at rapportere UH. Loven åbner mulighed for, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler for indberetning af oplysninger fra privatpraktiserende sundhedspersoner.

Formålet med denne artikel er at beskrive rapporteringsmetoder i almen praksis og erfaringerne med disse.

Metode

I juni 2003 blev der i PubMed søgt på begreberne *adverse event*, *critical event*, *significant event*, *error*, *medical error*, *safety*, *incident* og *quality improvement*. Resumeer i artikler med relaterede titler blev gennemlæst og udvalgt, hvis de indeholdt principiel omtale af arbejdet med UH, eller hvis de omhandlede UH i almen praksis. Ligeledes blev artiklernes litteraturlister gennemgået med henblik på at finde relevant litteratur.

Resultater

Definition af utilsigtede hændelser

Begrebet er ikke entydigt afgrænset i litteraturen. Således arbejder nogle kun med hændelser i forbindelse med patient-skader, mens andre også inddrager hændelser, der fanges, inden der sker skade [10]; disse kaldes ofte »nærfejl« [11]. Fordelen ved at inddrage nærfejl er, at man hurtigere opnår viden om kritiske områder [12].

Vor definition ses i **Figur 1** og ligger tæt op ad definitionen i loven, men vor definition inddrager ikke kun sygehusene men hele sundhedsvæsnets og præciserer, at genstandsfeltet er både ulykker og nærfejl.

Anvendeligheden i almen praksis

Analyse af UH kan belyse årsager og danne basis for anbefalinger til reduktion af UH i almen praksis [14, 15].

Lokale initiativer i forbindelse med arbejdet med UH foregår typisk i lægehuse og er en intern proces, hvor kolleger med jævne mellemrum vurderer og diskuterer UH systematisk [16, 17]. Især i England har man forsøgt at indarbejde en *no blame*-kultur i de enkelte lægehuse [16, 17].

I det følgende har vi lagt fokus på mere formaliserede erfaringsindsamlinger vedrørende arbejdet med UH.

Rapporteringssystemer/metoder

I denne artikel sættes der særlig fokus på tre overordnet forskellige rapporteringssystemer: det svenske Lex Maria med obligatorisk rapportering og uden anonymitet, det engelske Signifikant Event Audit (SEA), hvor analysen og brugen af ny viden sker og initieres inden for det enkelte lægehus, samt erfaringerne fra to pilotstudier, et fra Australien [14, 18] og et i USA. De to sidstnævnte indgår i det internationale samarbejde, der med udgangspunkt i Primary Care International Study of Medical Errors (PCISME) i 2001 dannede Learning from International Networks About Errors and Understanding Safety in Primary Care (LINNAEUS-PC). De medvirkende deltager frivilligt og rapporterer til en central database.

Lex Maria skiller sig ud ved, at alle svenske læger er forpligtede til at rapportere UH med patientskade, og ved ikke at

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Definitioner af UH*Definitionen i Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet*

Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, *men* (forfatterens kursivering) forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.

Kilde:

http://www.retsinfo.dk/_GETDOC/_ACCN/A20030042930-REGL (feb. 2004)

Dansk selskab for kvalitet i Sundhedssektoren [13]

Utilsigtet hændelse: En ikke tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme.

Bemærkninger: Utilsigtede hændelser er et samlebegreb, dækkende hændelser der kan være: – skadevoldende; dvs. kendetegnet ved gennemført handling, der medførte egentlig skade – ikkeskadevoldende; dvs. kendetegnet ved gennemført handling, der ikke medførte skade, fordi patienten var tilstrækkelig robust.

Utilsigtede hændelser dækker ligeledes over skader og risiko for skader, der er en følge af forglemmelse eller udeladelse. Herudover kan man skelne mellem forebyggelige og ikkeforebyggelige hændelser [13].

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Arbejdsgruppen vedrørende »Patientsikkerhed i primærsektoren«

En ikke tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller indebærer risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Ved nærføjl forstås arbejdsgruppen: Fejl, der når at blive korrigeret i tide for gennemført handling.

Kilde: <http://www.patientsikkerhed.dk/admin/media/doc/82446c5f93d05b523ddd8c030b472c5.doc> (jan. 2004)

Vor definition

Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller kontakt med sundhedsvæsenet, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, uanset om der sker patientskade eller ikke, og uanset om fejlen opdages, før den fører til skade eller ulempe for patienten. Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.

Vore kommentarer

Er gældende lov og har været igennem høringsfase.

lagttager både aktive og passive begivenheder, men er desværre uhensigtsmæssigt formuleret idet det kursiverende »men« betyder, at fokus er hændelser, der ikke indtraf eller blev afværget.

I grundformen kort, men bliver besværliggjort af de uddybende bemærkninger. Inddrager i bemærkningerne både aktive og passive begivenheder (forglemmelser/udeladelser). Ligeledes kan en begivenhed godt være tilstræbt, selv om den viser sig at være uønsket f.eks. pga. overfølsomhed over for pincillen.

Synes kun at interessere sig for hændelser, altså aktive begivenheder, men ikke udeladelser eller forglemmelser. Som i DSKS's definition kan en begivenhed godt være tilstræbt selv om den viser sig at være uønsket f.eks. pga. overfølsomhed over for pincillen. Nærføjl synes at være indeholdt i definitionen af UH, men fjerner evt. tvivl.

Som illustreret ovenfor såvel som i den internationale litteratur på området er det umådelig svært at etablere en entydig definition. Dette er vores bud, der er konstrueret ikke mindst med udgangspunkt i ovenstående definitioner. Definitionen havde dog været mere udtømmende, hvis den som DSKS' definition havde indeholdt en præcisering af, at begivenheder også kan være forglemmelser eller udeladelser.

Figur 1. Definitioner af utilsigtede hændelser (UH).

sikre lægerne hverken fortrolighed eller anonymitet. Ordningen er blevet kritiseret for at fokusere mere på ansvarsplacering end på prævention [19].

SEA bruges internt i mange engelske lægehuse, der traditionelt er større end danske og inddrager hele personalet i analysen af UH. SEA har vist sig at have en positiv indvirkning på kvalitetsudviklingen og på teamet, men stiller store krav til udvælgelsen af emner, mødeledelsen og til feedbackprocessen [17]. Der sker i SEA ikke systematisk central registrering og feedback til lægerne.

I PCISME/LINNAEUS-PC-regi var der anonym, struktureret indrapportering til en central database. På baggrund af den amerikanske undersøgelse blev der udviklet en taksonomitabel. Hændelsestyperne og deres andele er gengivet i **Tabel 1** [20]. I den australske del af PCISME/LINNAEUS-studiet identificeredes de samme hændelsestyper, men med en anden fordeling [21]. Væsentlige forskelle mellem disse rapporteringssystemer er gengivet i **Tabel 2**.

I litteraturgennemgangen stødte vi på andre interessante studier [22-26]. I disse studier undersøgte man UH gennem in-

terview med praktiserende læger [22] eller via rapportering til en database fra otte klinikker [23]. I et andet studie søgte man dødsårsager og mulige præventive tiltag [25]. I to studier har man dels undersøgt misforståelser mellem patienter og praktiserende læger angående medicinering [24], og dels undersøgt kommunikationsproblemer mellem praktiserende læger og specialister [26].

Rapporteringsskemaer

Ofte benyttes der spørgeskemaer med både faste afkrydsningsfelter og fritekstfelter til beskrivelse af hændelserne [15, 27]. Det giver mulighed for at få et overordnet kvantitativt billede af hyppigheden og for at etablere kvalitativ viden om de nærmere omstændigheder [15]. Nogle rapporteringsskemaer kan udfyldes på internettet som f.eks. Lex Maria på (<http://www.sos.se/sos/publ/blankett.htm>).

Databaser eller ej

Indrapportering til en database giver mulighed for at skabe et overblik og kategorisere UH [10, 12, 14, 28]. Kategorisering gi-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Tabel 1. Foreløbig taksonomitabel for utilsigtede hændelser i almen praksis.

	Beskrivelse	N
1. Procesfej		
1.1. Administration af praksis	- Fejl i en af sundhedsvæsnets processer	284
1.1.1. Arkiveringssystem	- Fejl under udførelsen af administrativ opgave	102
1.1.2. Mangelfuld journal	- Information arkiveret på forkert sted eller forkert tidspunkt	41
1.1.2.1. Manglende journal(er)	- Manglende information i journal	27
1.1.2.2. Behandling givet, men ikke dokumenteret	- Hele eller dele af journalen kunne ikke findes, da der var brug for den	9
1.1.2.3. Journal ikke opdateret eller komplet	- Den givne behandling var ikke dokumenteret	10
1.1.3. Patientforløb	- Informationer manglede i journalen	8
1.1.4. Håndtering af beskeder	- Fejl i en patients forløb (gennem sundhedsvæsenet)	7
1.1.5. Aftaler	- Fejl ved modtagelse og videregivelse af beskeder	14
	- Fejl i styring af aftaler om behandling	10
1.2. Undersøgelse	- Fejl i en patients undersøgelsesforløb	82
1.2.1. Laboratorium	- Fejl under gennemførelse af laboratorieundersøgelser	65
1.2.1.1. Bestilling af laboratorieundersøgelser	- Forkert laboratorietest bestilt eller passende test ikke bestilt	3
1.2.1.2. Gennemførelse af laboratorieundersøgelser	- Fejl ved tagning eller behandling af laboratorieprøve	33
1.2.1.3. Svar på laboratorieundersøgelser	- Fejl i forløbet, der skal sikre lægen laboratorieresultater til tiden	16
1.2.1.4. Reaktion på unormale laboratorieresultater	- Uhensigtsmæssig reaktion på unormale laboratorieresultater	13
1.2.2. Billeddiagnostik	- Fejl under forløbet af den billeddiagnostiske undersøgelse	11
1.2.2.1. Bestilling af billeddiagnostiske undersøgelser	- Forkert billeddiagnostisk test bestilt eller passende test ikke bestilt	1
1.2.2.2. Gennemførelse af billeddiagnostiske undersøgelser	- Fejl ved tagning eller behandling af billeddiagnostisk test	4
1.2.2.3. Svar på billeddiagnostik	- Fejl i forløbet, der skal sikre lægen billeddiagnostiske resultater til tiden	5
1.2.2.4. Reaktion på unormale billeddiagnostiske resultater	- Forkert/uhensigtsmæssig reaktion på unormal billeddiagnostik	1
1.2.3. Andre undersøgelser	- Fejl under forløbet af andre undersøgelser	6
1.2.3.1. Bestilling/rekvirering af andre undersøgelser	- Forkert test bestilt eller passende test ikke bestilt	0
1.2.3.2. Gennemførelse af andre undersøgelser	- Fejl ved tagning eller behandling af andre diagnostiske undersøgelser	2
1.2.3.3. Svar på andre undersøgelser	- Fejl i forløbet der skal sikre lægen testresultater af andre undersøgelser til tiden	3
1.2.3.4. Reaktion på unormale resultater af andre undersøgelser	- Uhensigtsmæssig reaktion på unormale resultater af andre undersøgelser	1
1.3. Behandlinger	- Fejl under forløbet af behandlingen af patientens tilstand	57
1.3.1. Medicinering	- Fejl under forløbet af behandlingen med medicin	35
1.3.1.1. Ordination af medicin	- Forkert medicin eller forkert medicindosis ordineret eller ikke ordineret af lægen ved behov	13
1.3.1.2. Gennemførelse af medicinordination	- Fejl ved udlevering af medicin(recept) eller forkert medicinbestilling af ikke-lægeligt personale/under læges supervision	9
1.3.1.3. Medicinindtagelse	- Fejl med hensyn til at udlevere medicin som ordineret	20
1.3.2. Andre behandlinger	- Fejl i behandlingen ud over medicinering	9
1.3.2.1. Ordinering af andre behandlinger	- Forkert behandling ordineret eller ingen behandling ordineret trods af behov	10
1.3.2.2. Gennemførelse af andre behandlinger	- Fejl under behandlingsforløbet ud over medicinering	19
1.4. Kommunikation	- Fejl i kommunikationsprocessen	10
1.4.1. Kommunikation med patienter	- Kommunikationsfejl mellem læge og patient	1
1.4.1.1. Samtykkefej	- Fejl i forløbet/processen med at opnå informeret samtykke	3
1.4.2. Kommunikation med ikke-lægelige kolleger	- Kommunikationsfejl mellem læger og ikke-lægeligt sundhedspersonale	6
1.4.3. Kommunikation med andre læger	- Kommunikationsfejl med læger uden for praksis	4
1.5. Betaling	- Fejl i sundhedsvæsnets betalingssystemer	46
2. Fejl pga. manglende viden og færdigheder	- Fejl pga. manglende klinisk viden eller færdigheder	19
2.1. Udførelse af klinisk opgave	- Fejl under udførelse af en klinisk opgave pga. manglende klinisk viden eller færdigheder	13
2.2. Fejldiagnose	- Forkert eller overset diagnose	14
2.3. Forkert behandlingsvalg	- Forkert behandlingsvalg pga. manglende klinisk viden	

ver mulighed for systematisk at prioritere og iværksætte målrettede initiativer, der kan reducere antallet af UH, f.eks. gennem efteruddannelse, vejledninger, udskiftning af udstyr og gennem organisatoriske eller administrative ændringer [10, 14, 29, 30].

Hyppigheden i almen praksis

I en australsk undersøgelse anslår man, at der sker UH i ca. 1% af konsultationerne [31]. *Bhasale et al* vurderede, at ca. 75% af hændelserne kunne have været undgået ved anden medicinering, organisation, efteruddannelse o.l. [14, 15, 32]. I en engelsk oversigtsartikel kommer man på baggrund af forskellige undersøgelser frem til, at hyppigheden af UH i almen praksis varierer fra fem til 80 pr. 100.000 konsultationer [33]. Forskellene skyldes i væsentlig grad forskellige definitioner og inklusionskriterier.

Undersøgelser tyder på, at der ikke er store forskelle på typer af UH i almen praksis på tværs af lande, hvor sundhedssystemets opbygning ligner hinanden [20]. Derimod er der visse udsving i fordelingen af de forskellige hændelsestyper på tværs af lande. Om det er reelle forskelle eller forskelle i rapporteringsshyppighed er fortsat uvist [20, 34].

Overordnede hændelsestyper i almen praksis

Overordnet kan UH klassificeres som procesfejl og kliniske fejl, og de kan underopdeles som vist i Tabel 1, der er baseret på viden fra LINNEAUS-PC-samarbejdet [20, 21]. Procesfejl kan måske undgås ved ændringer i sundhedssystemets organisation, mens kliniske fejl er hændelser, der kan tilskrives behandlerens kliniske viden eller færdigheder. Denne type UH kan reduceres gennem efteruddannelse og færdighedstræning [20, 29].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Tabel 2. Væsentlige forskelle og ligheder ved de tre rapporteringssystemer.

Obligatorisk/frivillig rapportering	Lex Maria Obligatorisk	Signifikant Event Audit (SEA) Frivillig	Learning from International Networks About Errors and Understanding Safety in Primary Care (LINNAEUS-PC) Frivillig
Anonymitet	Nej, er offentlig, dog ikke patientidentitet	Ja, men ikke inden for lægehuset	Ja
Sanktioner mulig	Ja – ved anmeldelse til HSN (den svenske pendant til patientklagenævnet)	Nej	Nej
National/regional rapportering	Ja	Nej	Rapporteres af læger, der frivilligt indgår i netværket
Start	1937 Oprettede i begyndelsen af 1990'erne den nationale RiskDataBas	Introduceret af <i>Mike Pringle</i> siden starten af 1990'erne	Netværket etableret i oktober 2001
Forslag til ændringer til gavn for sikkerheden	Udgives gennem RiskRonden (www.sos.se), i stil med det danske patientklagenævns udgivelser ^a	Regelmæssig gennemgang af lægetasken for gammel medicin ^b	– Mere omhyggelig ^b – Dobbelttjekke/ændre vaner ^b – Bedre kommunikation med patienter og andet sundhedspersonale ^b – Mere uddannelse ^b
Hændelser, der skal rapporteres	Hændelser og nærhændelser med alvorlige skader til følge, eller risiko herfor, skal rapporteres	Problemer, fejl, ulykker og nærfejl udvælges af den enkelte læge	Uventede hændelser der får lægen til at tænke: »Det skulle ikke ske i min praksis, jeg vil ikke have, at det sker igen«

a) Af ekstern vurderingsmyndighed.

b) Af lægerne, der selv har rapporteret hændelsen.

Hvem skal rapportere – patient eller personale?

Indsamling af information om UH kan komme fra sundhedspersonalet f.eks. den praktiserende læge, men også rapportering fra patienter og pårørende er en mulighed. Når det kun er lægen og ikke patient eller pårørende, som kan rapportere, er der risiko for, at ikke alle aspekter ved UH bliver beskrevet [15].

Ved at inddrage patientens oplevelse i udredningen af den utilsigtede hændelse er det måske muligt at forstærke eller genopbygge tillidsforholdet mellem lægen og patienten [35].

I Sverige har patienterne selv mulighed for at rapportere det, de oplever som bivirkninger til Konsumentinstitutet Läkemedel och Hälsa (KILEN) (<http://www.kilen.org/kilen/eindex.htm>) og det, de oplever som behandlingsfejl, kan rapporteres til Lex Maria. Der arbejdes i England på at etablere et lignende system [35].

Internationalt er der fortsat flest erfaringer med lægernes og andet sundhedspersonales rapportering af UH, men bortset fra Lex Maria er der os bekendt ikke nogen steder, hvor man fra almen praksis rutinemæssigt indrapporterer til en database eller kombinerer rapportering fra sundhedspersonale og patienter.

Obligatorisk eller frivillig rapportering

Den obligatoriske rapportering etableres ofte af myndighederne i forbindelse med kvalitetskontrol og udøvelse af tilsyn som f.eks. Lex Maria. Denne rapporteringsform benyttes primært til at opfange hændelser med patientskade [10]. Frivillige rapporteringssystemer anvendes primært, når formålet er øget patientsikkerhed [10].

Validitet af indberetninger

Der er underrapportering af UH, uanset om rapporteringen er obligatorisk eller frivillig [11]. Årsagerne er mange; bl.a. spiller frygten for retsmedicinske efterspil, travlhed og arbejdsbyrde en rolle [36]. Endelig kan en ung eller manglende rapporteringskultur medvirke til underrapportering [37].

En jævn underrapportering uden selektionsbias mellem indrapporterede typer af UH vil på længere sigt give valid indsigt i problemernes art, uanset en vis underrapportering. Vi fandt ingen undersøgelser, hvori underrapporteringens omfang og bias i almen praksis belyses.

Anonymitet eller fortrolighed

Indholdet af rapporteringerne til Lex Maria er offentligt tilgængeligt, og det samme gælder identiteten på de afdelinger og det sundhedspersonale, der er involveret. Undersøgelser viser, at denne rapporteringsform næppe bidrager til rapporteringslysten [10, 36]. I de beskrevne pilotprojekter fra Australien og USA benyttes der anonymiseret rapportering, mens SEA, der foregår i lægehuse, er fortrolig.

Ved fortrolig, men ikke anonym rapportering til en database vil det være muligt at give tilbagemeldinger og stille udbydende spørgsmål [4], men ulemperne er lige så oplagte.

Feedback

En væsentlig forudsætning for, at rapporteringssystemer kommer til at fungere som en læreproces, er, at lægerne får tilbagemeldinger [10]. Det kan ske gennem eksempelvis artikler eller på en hjemmeside. Andre muligheder er via praksisfacilitato-

rer eller via efteruddannelsesgrupper. Konsulenter og facilitatorer kan også medvirke til at fastholde fokus på systemet og ikke på individet [18, 38, 39]. Et feedbacksystem vil også kunne understøtte en kultur i lægehuse og i efteruddannelsesgrupper, som faciliterer lokal diskussion af UH.

Diskussion

Arbejdet med UH kan supplere andre initiativer til kvalitetsudvikling f.eks. klinisk audit. De hændelsestyper, der er identificeret internationalt, må antages også at være typiske for almen praksis i Danmark. Vi skønner, at det svenske Lex Maria-system er uacceptabelt, hvis læger tillidsfuldt skal deltage i arbejdet med UH. Vi mangler imidlertid systematisk viden om danske praktiserende lægers holdninger til at arbejde med UH. For at belyse dette er vi for tiden i gang med en større undersøgelse af danske praktiserende lægers holdninger til at arbejde med kvalitetsudvikling via UH.

Forudsætningen for, at et større forum kan lære af de enkelte hændelser og erfaringer, er, at der centralt kumuleres viden om kritiske områder, og at denne viden kan formidles tilbage. Således er der stærke argumenter for, at arbejdet med forebyggelse af UH samles og koordineres centralt, f.eks. i sygehusregioner eller nationalt, mens anvendelse og læring skal ske i de enkelte driftsenheder i almen praksis.

Det engelske SEA-system kan umiddelbart implementeres i danske lægehuse, men systemet mangler den systematik og samlede vidensakkumulering, som følger af central registrering.

Da lægehuse i Danmark er mindre end de engelske, er det muligt, at SEA i stedet kan implementeres i danske efteruddannelsesgrupper evt. med invitation af praksispersonale. Arbejdsmåden kan måske kombineres med en sideløbende central registrering af typiske hændelser, med feedback til efteruddannelsesgrupperne. I England er et sådant forsøg i gang på regional basis med delvis rapportering [40]. Blandt danske praktiserende læger er der sat et SEA-lignende pilotprojekt i gang.

Belysning af UH synes at være et stærkt værktøj i kvalitetsudviklingen af almen praksis, og holdningsundersøgelsen blandt praktiserende læger vil kunne give ny viden med hensyn til, om tiden er moden til systematisk arbejde med UH blandt danske praktiserende læger.

Korrespondance: *Thorbjørn Hougaard Mikkelsen*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 6, DK-8000 Århus C.
E-mail: thm@alm.au.dk

Antaget: 6. april 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 litteraturlisten 40 numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Litteratur

1. Reducing error. Improving safety. *BMJ* 2000;320:725-814.
2. Temanummer om risikostyring. *Ugeskr Læger* 2001;163:nr.39.
3. Patient safety methodology. *Qual Saf Health Care* 2003;12(suppl 2).
4. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320:759-63.

5. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768-70.
6. Hellebek A, Pedersen BL. Klinisk risikostyring. *Ugeskr Læger* 2001;163:5333-8.
7. Søgaard J, Frølich A, Schiøler T. Utilsigtede hændelser på danske sygehuse. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2001.
8. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. *Ugeskr Læger* 2001;163:5370-8.
9. http://www.patientsikkerhed.dk/Fakta_om_fejl/ /jan 2004.
10. Kohn T, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.
11. Lipczak H, Schiøler T. Rapportering af utilsigtede hændelser. *Ugeskr Læger* 2001;163:5350-5.
12. Runciman WB, Edmonds MJ, Pradhan M. Setting priorities for patient safety. *Qual Saf Health Care* 2002;11:224-9.
13. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, 2003.
14. 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.
15. Bhasale A. The wrong diagnosis: identifying causes of potentially adverse events in general practice using incident monitoring. *Fam Pract* 1998;15:308-18.
16. 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.
17. Westcott R, Sweeney G, Stead J. Significant event audit in practice: a preliminary study. *Fam Pract* 2000;17:173-9.
18. 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.
19. Hedbäck S. Fårre fall till ansvarsnämnden med nya Lex Maria. *Läkartidningen* 2002;98:4167.
20. 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.
21. 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.
22. Ely JW, Levinson W, Elder NC et al. Perceived causes of family physicians' errors. *J Fam Pract* 1995;40:337-44.
23. Fischer G, Fetters MD, Munro AP et al. Adverse events in primary care identified from a risk-management database. *J Fam Pract* 1997;45:40-6.
24. Britten N, Stevenson FA, Barry CA et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000;19:320:484-8.
25. Holden J, O'Donnell S, Brindley J et al. Analysis of 1263 deaths in four general practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:1409-12.
26. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M et al. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J Gen Intern Med* 2000;15:626-31.
27. Wilson T, Smith F, Lakhani M. Patient safety in primary healthcare – an overview of current developments in risk management and implications for clinical governance. *J Clin Govern* 2002;10:25-30.
28. Dovey SM, Phillips RL, Green LA et al. Consequences of medical errors observed by family physicians. *Am Fam Physician* 2003;67:915.
29. Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Jr. et al. A taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002;11:233-8.
30. Dovey SM, Phillips RL, Green LA et al. Family physicians' solutions to common medical errors. *Am Fam Physician* 2003;67:1168.
31. Hargreaves J. Reporting of adverse events in routinely collected data sets in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2002.
32. Bhasale A, Britt H, Miller GC. Developing interventions which could reduce the occurrence of adverse patient incidents in general practice. 1995. Sydney: Family Medicine Research Unit, University of Sydney, Department of Human Services and Health.
33. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 2003;20:231-6.
34. Dovey SM, Phillips RL, Green LA et al. Types of medical errors commonly reported by family physicians. *Am Fam Physician* 2003;67:697.
35. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002;11:76-80.
36. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999;5:13-21.
37. Kessler DA. Introducing MEDWatch. *JAMA* 1993;269:2765-8.
38. Geboers H, van der Horst M, Mookink H et al. Setting up improvement projects in small scale primary care practices: feasibility of a model for continuous quality improvement. *Qual Health Care* 1999;8:36-42.
39. <http://latis.ex.ac.uk/sigevert/> /jan 2004.
40. Twomey P. Significant event review within the primary care trust clinical governance programme. *J Clin Govern* 2002;10:151-3.