

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Korrespondance: *Karin Rasmussen*, Afdeling for Klinisk Fysiologi og Nuklear-medicin, Århus Sygehus, Nørrebrogade 44, DK-8000 Århus C.
E-mail: karinr@dadlnet.dk

Antaget: 9. maj 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens ti numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Kwekkeboom D, Krenning EP, de Jong M. Peptide receptor imaging and therapy. *J Nucl Med* 2000;41:1704-13.
2. Oberg K, Astrup L, Eriksson B et al. Guidelines for the management of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours (including bronchopulmonary and thymic neoplasms). Part II-specific NE tumour types. *Acta Oncol* 2004;43:626-36.
3. Gibril F, Jensen RT. Diagnostic uses of radiolabelled somatostatin receptor analogues in gastroenteropancreatic endocrine tumours. *Dig Liver Dis* 2004;36 Suppl 1:S106-S120.
4. De Herder WW, Lamberts SW. Tumor localization--the ectopic ACTH syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:1184-5.
5. Oberg K, Astrup L, Eriksson B et al. Guidelines for the management of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours (including bronchopulmonary and thymic neoplasms). Part I-general overview. *Acta Oncol* 2004;43:617-25.
6. Eriksson B, Bergstrom M, Orlefors H et al. Use of PET in neuroendocrine tumors. In vivo applications and in vitro studies. *Q J Nucl Med* 2000;44:68-76.
7. Kaltsas G, Rockall A, Papadogias D et al. Recent advances in radiological and radionuclide imaging and therapy of neuroendocrine tumours. *Eur J Endocrinol* 2004;151(1):15-27.
8. Blum J, Handmaker H, Lister-James J et al. A multicenter trial with a somatostatin analog (99m)Tc depreotide in the evaluation of solitary pulmonary nodules. *Chest* 2000;117:1232-8.
9. Plachcinska A, Mikolajczak R, Maecke HR et al. Clinical usefulness of 99m Tc-EDDA/HYNIC-TOC scintigraphy in oncological diagnostics: a preliminary communication. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2003;30:1402-6.
10. De Jong M, Breeman WA, Valkema R et al. Combination Radionuclide Therapy Using 177Lu- and 90Y-Labeled Somatostatin Analogs. *J Nucl Med* 2005;46(1 Suppl):13S-17S.

Behag og ubehag: følelsers betydning i praktiserende lægers lægemiddelordination

Adjunkt Kristin Henriksen & professor Ebba Holme Hansen

Danmarks Farmaceutiske Universitet,
Institut for Samfundsfarmaci,
FKL-Forskningscenter for Kvalitetssikret Lægemiddel anvendelse

Resume

Introduktion: Følelsernes rolle i forbindelse med lægemiddelordinationer er blevet ignoreret. Artiklen beskriver praktiserende lægers udlægning af, hvad der fører til behag og ubehag ved lægemiddelordinationer.

Materiale og metoder: Tyve praktiserende læger blev interviewet dybdegående med en behag-ubehags-akse som hjælpemiddel. Analysen var inspireret af *grounded theory*.

Resultater: Lægerne oplevede et bredt spektrum af følelser ved ordination af lægemidler. I hver ordinationssituation var der betingelser, som trak mod både behag og ubehag. Behag var til stede, når indikationen var korrekt og patientens tilstand alvorlig, når patienten oplevede problemet som alvorligt, situationen var akut, lægemidlet forventedes at være effektivt, og når lægen oplevede sig selv som dygtig. En lægemiddelordination blev placeret mellem behag og ubehag, når den blev betragtet som ligegyldig, uproblematisk og let, når lægerne var bekymrede om sygeliggørelse og pris, og når de var usikre om hensigtsmæssigheden. Ubegag opstod, når der var stor risiko for afhængighed af præparatet, når lægerne følte sig presset og gav efter for pres, når de var nødt til at overbevise patienterne, og når de udskrev afhængighedsskabende medicin igennem længere tid. Det var den samlede oplevelse og vurdering af betingelserne, som bestemte, hvor lægerne placerede lægemidler på behag-ubehags-aksen.

Konklusion: Lægernes følelser afspejlede, hvordan de vurderede hensigtsmæssigheden af deres ordination. Denne egenskab burde udnyttes bedre til at fremme den rationelle farmakoterapi. Interventioner burde tale både til lægernes rationalitet og deres følelser.

Det er velkendt, at patientbehandling i de vestlige lande har været præget af reduktionisme. Patienten er blevet set som et defekt apparat, der skal repareres [1]. Mindre udbredt er tanken om, at lægen har været reduceret - reduceret til at være udelukkende rationel. *Gothill & Armstrong* [2] argumenterer for, at billedet af lægen sideløbende med billedet af patienten har været under forandring til et billede af et helt menneske med krop og sjæl. Evidensbaseret medicin og rationel farmakoterapi afspejler stadig billedet af lægen som en, der skal tage udelukkende »rationelle« beslutninger. I *Rationel Klinik* argumenteres der for, at beslutninger i klinikken skal tages på både naturvidenskabeligt og humanistisk grundlag [3]. Rationel klinik er således udvidet til at favne patienten som et helt menneske, men lægen synes at mangle krop og sjæl i den rationelle farmakoterapi.

Ifølge *Williams & Bendelow* [4] er der i den vestlige verden et uhensigtsmæssigt skel mellem rationalitet og følelser. *Crossley* [5] illustrerer, at følelser kan fungere som et barometer for, hvorvidt den enkeltes rationalitet hænger sammen. Følelserne medvirker til at genoprette og styrke rationaliteten. Ifølge *Goleman* [6] arbejder rationaliteten og følelserne tæt sammen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

og afbalancerer hinanden. Følelserne giver rationaliteten informationer, mens rationaliteten holder følelserne under kontrol.

Der mangler viden om følelsernes rolle i lægemiddelordinationer. I et enkelt studie, har man fokuseret på ubehag ved lægemiddelordination og fundet, at hovedårsagerne til ubehag var bekymringer om toksicitet, hensigtsmæssighed af ordination, skuffelse over ikke at leve op til egne forventninger og usikkerhed [7]. Ubekymringer kunne opstå ved ordination af alle lægemidler og var forårsaget af en kombination af faktorer. I andre artikler har man kort berørt følelser ved lægemiddelordination. Ifølge *Jaye & Tilyard* var læger med *low-cost*-ordinationsmønstre mere afslappede omkring lægemiddelordination end læger med *high-cost*-mønstre [8]. De oplevede mindre ubehag ved at afvise patienter. *McKegney* viste, at læger følte mindre ubehag ved ordination til misbrugere, hvis de havde en terapeutisk behandlerrolle, klart definerede grænser i forholdet og overlod ansvaret til patienten [9]. *Groves* viste, at læger med et holistisk patientsyn kunne opleve glæde ved at ordinere metadon [10]. I flere artikler har man vidnet om oplevet pres ved: uopfordret tilbagemelding på ordinationsmønstre [11], patientkrav [12, 13], hospitalsinitieret ordination [14] og implementering af vejledninger [15]. Usikkerhed har været nævnt ved manglende diagnostisk basis [16, 17], ændringer i rekommandationer [18], patienters beklagelser over bivirkninger [18], manglende tid til at holde sig orienteret [19], arbejdsmængde [19] og ændringer i kulturen i almen praksis [19].

I denne artikel giver vi et overblik over 20 praktiserende lægers refleksioner over en behag-ubehags-akse og et indblik i følelsernes rolle i lægemiddelordination. Vi beskriver betingelser, der kan foranledige behag og ubehag ved lægemiddelordination.

Metode

Udvælgelse af informanter

Et kontaktbrev blev udarbejdet i samarbejde med sundhedssekretariatet i Vestsjællands Amt og sendt til alle praktiserende læger i amtet. Interesserede henvendte sig pr. brev og blev efterfølgende kontaktede telefonisk. Tyve læger lod sig interviewe. Lægerne var forskellige med hensyn til alder (43-58 år), køn (K:5, M:15), praksistype (1-7 personer), placering i amtet (12 af 23 kommuner var repræsenteret) og antal år i praksis (2-27 år).

Dataindsamling og analyse

Tyve læger blev interviewet i ca. to timer. Interviewguiden ændredes successivt (**Figur 1**). Artiklen bygger på spørgsmåle om, hvad der giver behag og ubehag ved lægemiddelordination. En behag-ubehags-akse blev lagt foran informanterne for at fremme samtalen. Informanterne knyttede lægemiddelgrupper til denne akse, begrundede placeringen og gav eksempler fra deres dagligdag. Informanten eller forf. noterede

på akse. **Tablet 1** er baseret på noter og mundtlige beskrivelser og viser, hvilke »lægemiddelgrupper« lægerne nævnte, og hvor de placerede dem på skalaen. Interviewene blev transkriberet ordret. Analysen var inspireret af *grounded theory* [20]. De teoretiske refleksioner i introduktionen inspirerede os sent i analysen.

Resultater

Vi præsenterer først betingelser for behag, derefter for tilstanden mellem behag og ubehag og til sidst for ubehag. Betingelserne er angivet i kursiv.

Behag ved lægemiddelordination

Tilstedeværelsen af *korrekt indikation* var afgørende for følelsen af behag ved lægemiddelordination. Det var vigtigt at have god samvittighed – at handle rigtigt.

»Hvis indikationen er i orden, så er der ikke noget ubehag i at behandle folk. Og hvis man så oven i købet behandler folk med et eller andet, som man ved er livreddende for dem. Altså den mest dramatiske situation, ikke, og have god samvittighed.« *Læge 4*.

Lægerne følte behag, hvis de forventede eller erfarede *god effekt* af lægemidlet og så patientens *tilstand som alvorlig*. At hjælpe oplevedes ekstra positivt, når *patienten oplevede problemet som alvorligt*. *Akutte situationer* var tit eksempler på dette.

»Sådan en virkelig bragende inflammation i skulderen f.eks. Det gør bragende ondt. De vågner om natten og har virkelig ondt. Og kan slet ikke løfte armen. Og når vi så har lagt den blokade ind i skulderleddene, så svæver de jo ud af døren, ikke, efter få minutter. Så er man virkelig heksedoktor, ikke. He he he. Så det er meget ... det kan også være meget tilfredsstillende.« *Læge 10*.

Glæden var større, både for patient og læge, når *effekten*

Informant 1	Informant 20
Lægens historie frem til i dag	Lægens historie frem til i dag
<i>Struktur på dag</i>	<i>Lægerollen</i>
Opgaver	Idealer
Værktøj	Mål
Kontakter	Succeser, skuffelser, barrierer, coping
Behag-ubehags-akse	<i>Ordination</i>
Eksempler på ordinationer	Mål
	Succeser, skuffelser, barrierer, coping
	Ordinationernes funktion i dagligdagen
	Opfattelse af lægemidler generelt
	På gyngende grund
	Behag-ubehags-akse
	Sammenligning af ordinationspraksisser
	Abstrakt om selvopfattelse ^a

a) En valideringsteknik er anvendt for at sikre, at informanterne kunne genkende sig selv i analysen.

Figur 1. Temaer i første og sidste interviewguide.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

kom her og nu. Det var tilfredsstillende at hjælpe og at være den, der hjælper.

»Det er jo fordi, så er jo jeg den, der gør noget, ikke. Så kan de sige »jamen jeg fik noget ud af at gå til lægen«. Tænkte nok. Jamen ok. Jeg hjalp dig, ikke he he he. Det var dejligt.«

Læge 7.

Lægerne oplevede glæde, når de *følte sig dygtige*. Deres stolthed kunne blive styrket ved at have situationen under kontrol og ved succesoplevelser.

En læge var lettet over endelig at have fundet et effektivt og sikkert lægemiddel efter en lang periode med magtesløshed.

»Når der kommer nogle lægemidler, som virker, faktisk virker, så det går, som man forventer, og det tåles godt, og så bliver man så glad for det lægemiddel, og så bruger man tonsvis af det. Især har jeg brugt meget af det der hedder Physiotens.« Læge 13.

En anden blev lettet over, at der endelig var kommet noget på markedet mod epilepsi og migræne.

En af lægerne placerede ingen lægemidler under »behag«, da han mente, at en lægemiddelordination altid er et nødvendigt onde.

Mellem behag og ubehag

Ordination kunne blive opfattet som *ligegyldig* og *uproblematisk*. En informant nævnte f.eks. antibiotika, hvor indikationen er rigtig, effekten er stor, hvor lægen har god kontrol og kender lægemidlet godt, hvor presset fra patienterne er lille, hvor de ikke behøver at overbevise patienterne, og hvor *sværhedsgraden er lille*.

»Penicilliner og sådan noget, det er sådan et eller andet sted derimellem. Det er ragende ligegyldigt. De bliver raske, når de får det. Det forventer de, og det forventer jeg. Og det er nemt, og der er ingen problemer i det. Der er ikke nogen sådan succesoplevelse i det.« Læge 13.

Andre nævnte blodtryksmedicin som en uproblematisk gruppe. Indikationen var klar. De fleste havde gode erfaringer med effekt og kontrol. Nogle syntes det var sjovt at »lege

Tabel 1. Informanternes indplacering af »lægemiddelgrupper« i behag-ubehags-aksen (informanternes identifikationsnummer kan ses i parentes).
SSRI: selektive serotonin-genoptagelses-hæmmere.

Lægemiddelgruppe	Behag	→	Mellem behag/ubehag	→	Ubehag
SSRI	(2, 3, 7, 10, 12-16, 18, 19)	(1)	(17)	(8, 9, 20)	(18)
Antibiotika	(2, 4, 7-10, 13, 15, 18, 20)	(1, 14, 19)	(2, 9, 13, 17, 18)	(1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 14)	(15, 19, 20)
Blodtryksmedicin	(7, 10, 13, 14)	(1, 3, 7, 8, 18, 19)	(2, 9, 12, 14, 15, 17, 19)	(8, 11, 13, 16)	
Statiner	(7, 10)	(18)	(1, 4, 7-10, 12, 13, 15, 18, 20)	(2, 8, 11, 14, 16, 17, 19)	(15, 16, 18)
Osteoporosemedicin		(7, 19)	(12)	(11, 13, 15, 18, 20)	
Benzodiazepiner	(2, 4, 6, 7, 10, 16)	(13)	(4)	(2, 9, 13, 19)	(1-4, 7, 10-12, 14, 16, 17-20)
Opiater	(3, 7, 15)				(1, 3, 7, 9, 11, 14, 15, 19, 20)
Astmamedicin	(7, 10, 12, 13-15)			(3)	
P-piller	(9, 19)	(15)			
Insulin	(4, 14, 19)		(3)	(15)	
Warfarin (Marevan)			(15, 19)		
Kemoterapi					(20)
Mavesårsmedicin	(3, 9, 12, 15, 18)				
Hormoner	(8, 12)	(15)			
Diabetes 2-medicin	(7)		(12)	(18)	(13)
Sildenafil (Viagra)	(15)				
Sumatriptan (Imigran)	(7)				
Antiepileptika	(3, 16)				
Anoreksika					(3, 16)
Laksantia					(3)
Hydrokortison til hud					(3)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

med«, da de kunne udnytte bivirkningerne. *Sygeliggørelse* blev nævnt som et problem for de fleste læger.

»Det er altså et problem, at man siger til raske mennesker, siger de skal spise medicin resten af deres liv for at undgå at blive syg. Og samtidig med så lægger man nogle begrænsninger i deres livskvalitet.« *Læge 1.*

Læge 1 trak diskussionen videre til selektive serotonin-genoptagelses-hæmmere (SSRI) og statiner.

»Hvis de kunne prøve [SSRI] (denne slags parentes forekommer, når opklarende bemærkninger bliver tilføjet af forf.) og have det godt med det. Så skal jeg altså ikke stå som Herre over for dem. Så derfor synes jeg måske i virkeligheden, det er lidt lettere end statinerne. For med statiner, så bliver jeg lige pludselig Vorherre. Det er ikke fysisk, de kan ikke mærke det. Det kan vi altså med SSRIførerne.« *Læge 1.*

Lægen følte, at han tog for store beslutninger på andres vegne i forbindelse med ordination af statiner. En anden læge nævnte, at han ved statiner følte, at problemet var *selvforskyldt*.

»Måske også fordi jeg selv inderst inde føler, at hvis folk bare lod være med at spise alt det fedt, så ville de jo komme ned i kolesterol langt de fleste.« *Læge 15.*

Statiner blev tit nævnt som mere ubehagelige at ordinere end blodtryksmedicin. Foruden den åbenbare *prisforskel*, lå noget af forskellen i lægernes overbevisninger.

»Dem [blodtryksmedicin] har jeg ikke noget imod at skrive ud. Det tror jeg på. Altså der er der så nogen videnskaber, der viser, at det hjælper at sænke blodtrykket. Jeg tror ikke lige så meget på dem [undersøgelserne], der viser med statinerne. Du kan godt høre, at der er forskel, ikke?« *Læge 2.*

Ubehag ved lægemiddelordination

Ubehag opstod, når lægerne oplevede at *blive presset* og *gav efter for pres*. De følte, at de blev udnyttet, og at deres autonomi blev krænket. Det var tungt at kæmpe mod patienterne og *overbevise* dem. Lægerne oplevede typisk patientpres i forbindelse med ordination af antibiotika og afhængigheds-skabende medicin. De følte ubehag ved at *ordinere benzodiazepiner eller morfika til kroniske brugere*. Ordination oplevedes tit som et nødvendigt onde. Det var tungt at trække patienterne ud og at få dem til at holde en rimelig dosis. Lægerne kunne føle ubehag ved at ordinere et nyt lægemiddel, når der var stor *risiko for afhængighed*. De oplevede i særdeleshed magtesløshed og usikkerhed, når patienterne havde kroniske smerter. De manglede løsningsmuligheder.

»Men ubehaget gælder, når du kommer til at skade patienten, sådan at han kommer i en afhængighedssituation og bliver misbruger simpelthen. Det er sgu da en ubehagelig tanke.« *Læge 17.*

Lægerne kunne også føle det ubehageligt at ordinere, når de manglede færdigheder eller havde negative erfaringer med et lægemiddel. En læge oplevede, at den første patient, han satte i behandling med angiotensinkonverterende enzym

(ACE)-hæmmere, døde. Det tog lang tid, før han ordinerede ACE-hæmmere igen.

Placering på aksen skifter med situationen

Lægerne placerede en og samme lægemiddelgruppe forskellige steder på skalaen, alt efter situationen. Lægerne placerede f.eks. kun statiner og blodtryksmedicin mod behag, hvis blodtrykket eller kolesterolniveauet var meget højt, og der var mange risikofaktorer.

»Hvis man har et virkelig forhøjet blodtryk 220/130 jamen så er det ... så ryger den [Norvasc (amlodipin)] helt der ud, ikke [mod behag]. Fordi så mener jeg virkelig, det er klogt at gøre noget ved det. Og hvis du har et på 160/95 ikke. Så ligger den her inde, hvor den er næsten neutral, ikke.« *Læge 7.*

Diskussion

Undersøgelsens tre overordnede fund var: 1) Lægerne oplevede et bredt spektrum af følelser fra behag til ubehag i forbindelse med ordination af lægemidler, 2) i hver situation kunne der være betingelser, der trak både mod behag og ubehag. Det samlede billede af betingelser gav udslaget, og 3) lægernes følelser afspejlede, hvordan de vurderede deres ordination.

Hovedresultatet, med størst nyhedsværdi, er, at lægernes følelser afspejler deres vurdering af hensigtsmæssigheden af deres ordination. Følelserne informerede lægerne om, hvad de mente var rigtigt og forkert. Vurderingen afhang af lægernes opfattelse af sig selv, patienterne, lægemidlerne og situationen - deres verdensbillede. Følelserne gav tegn, når noget ikke var, som verdensbilledet tilsagde. Resultatet er unikt og understøtter de teoretiske betragtninger om relationen mellem rationalitet og følelser [5, 6] som værende højst relevante for lægemiddelordination.

Betingelserne under »behag« og »mellem behag og ubehag« er nye fund. Undersøgelser har vist, at et holistisk syn på patienterne og lægernes rolle kan give en mere positiv oplevelse af at ordinere [8, 10]. Vores resultater viste, at lægernes behag var koblet til deres egen og patienternes vurdering af dem selv og deres handling. *Bradleys* [7] resultater viste, at ubehag kan opstå for alle lægemidler og er forårsaget af en kombination af faktorer i situationen. Vore resultater demonstrerer, at dette også gælder for behag. Artiklens resultater er ikke dækkende for følelsers rolle ved lægemiddelordination, da de udelukkende er baseret på behag-ubehags-aksen. Alle læger i amtet blev kontaktet via brev. Selvselektering er en betingelse for stort set alle interviewundersøgelser og øger sandsynligheden for, at informanterne er villige til at fortælle. Mætning blev opnået tidligt i undersøgelsen. Resultaterne giver en øget forståelse for følelsers rolle ved lægemiddelordination, men kan ikke generaliseres.

Dataindsamling foregik i lægernes praksis. Forf. gik bevidst ind rollen som den unge interviewer uden særlig viden om almen praksis. Lægerne var åbne. De gav udtryk for følgende oplevelser af interviewet: fint (11), trygt (1), som en samtale (2), sjovt (5), gav usikkerhed pga. ustruktureret form (5), skabte for-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

svarsposition (1), gav usikkerhed om hvorvidt han svarede »korrekt« (1). Nogle læger fandt spørgsmålet om behag-ubehag svært, mens andre fandt det tankevækkende. *Grounded theory* fungerede godt, da området var nyt og ukendt. Vi kan konkludere, at følelserne giver lægerne informationer om deres ordinationers hensigtsmæssigheden. Fremtidige interventioner burde tale til både det rationelle og det følelsesmæssige menneske.

Korrespondance: *Kristin Henriksen*, Institut for Samfundsfarmaci, Danmarks Farmaceutiske Universitet, Universitetsparken 2, DK-2100 København Ø.
E-mail: kres@dfuni.dk

Antaget: 12. april 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Tak til informanterne for deres åbenhed og villighed til at dele deres erfaringer. Tak til *Erik Knudsen* og *Thorsten Kruse* i Sundhedssekretariatet i Vestsjællands Amt for deres hjælp under sampling. Tak til »Fonden vedrørende finansiering af forskning i almen praksis og sundhedsvæsenet i øvrigt« og til Danmarks Farmaceutiske Universitet for økonomisk støtte.

Litteratur

- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- Gothill M, Armstrong D. Dr. No-body: the construction of the doctor as an embodied subject in British general practice 1955-97. *Soc Health Illness* 1999;21:1-12.
- Wulff HR, Göttsche PC. Rationel klinik. Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger. København: Munksgaard, 1997.
- Williams SJ, Bendelow G. Introduction: emotions in social life. Mapping the sociological terrain. I: Bendelow G, Williams SJ, red. *Emotions in social life. Critical themes and contemporary issues*. London: Routledge, 1998: XV-XXX.
- Crossley N. Emotions and communicative action: Habermas, linguistic philosophy and existentialism. I: Bendelow G, Williams SJ, red. *Emotions in social life. Critical themes and contemporary issues*. London: Routledge, 1998:16-38.
- Goleman D. *Følelsernes intelligens*. København: Borgen, 1995.
- Bradley CP. Factors which influence the decision whether or not to prescribe: The dilemma facing general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42:454-8.
- Jaye C, Tilyard M. A qualitative comparative investigation of variation in general practitioners' prescribing patterns. *Br J Gen Pract* 2002;52:381-6.
- McKegney N. Shadowland: general practitioners and the treatment of opiate-abusing patients. *Br J Addiction* 1988;83:373-86.
- Groves P, Strang J. Why do general practitioners work with opiate misusers? *Drugs Educ Prev Policy* 2001;8:131-9.
- Sondergaard J, Andersen M, Kragstrup J et al. Why has postal prescriber feedback no substantial impact on general practitioners' prescribing practice? *Eur J Clin Pharmacol* 2002;58:133-6.
- Butler CC, Rollnick S, Pili R et al. Understanding the culture of prescribing: Qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-42.
- Stevenson FA, Greenfield SM, Jones M et al. General practitioners' perceptions of patient influence on prescribing. *Fam Pract* 1999;16:255-61.
- Jones MI, Greenfield SM, Stevenson FA et al. General practitioners and hospitalinitiated prescribing. *Eur J Gen Pract* 2001;7:18-22, 36.
- Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001;323:1100-2A.
- Coenen S, van-Royen P, Vermeire E et al. Antibiotics for coughing in general practice: a qualitative decision analysis. *Fam Pract* 2000;17:380-5.
- Pollock K, Grime J. Strategies for reducing the prescribing of proton pump inhibitors (PPIs): Patient self-regulation of treatment may be an under-exploited resource. *Soc Sci Med* 2000;51:1827-39.
- Björnsdóttir I, Hansen EH. Intentions, strategies and uncertainty inherent in antibiotic prescribing. *Eur J Gen Pract* 2002;8:18-24.
- Carthy P, Harvey I, Brawn R et al. A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs. *Fam Pract* 2000;17:36-41.
- Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.

Komplikationer i forbindelse med gynækologiske operationer

Etårsopgørelse af en hospitalsbaseret database

Overlæge Lars M. Alling Møller

Amtssygehuset i Glostrup Gynækologisk-obstetrisk Afdeling

Resume

Introduktion: Komplikationer forekommer ofte i forbindelse med gynækologisk kirurgi. Et kendskab til det reelle forløb i forbindelse med gynækologiske indgreb kan medvirke til at forebygge komplikationer og kan skabe realistiske forventninger til operationsresultatet. Valide data herom er sparsomme.

Materiale og metoder: Der blev udviklet en enkel, valid database. For hver patient registreredes den overordnede diagnose, det tilhørende kirurgiske indgreb og de eventuelle komplikationer. Mulige peroperative komplikationer omfattede blodtab >1.000 ml og/eller skade på et hulorgan: perforation af uterus, tarm eller

blære. Mulige postoperative komplikationer omfattede hændelser, som medførte en eller flere af følgende ikkeplanlagte kliniske handlinger: ordination af antibiotika, udskrabning/udsugning af uterus, laparoskopi, laparotomi, katerisation, drænage og/eller blodtransfusion.

Resultater: I perioden fra den 1. september 1999 til den 31. august 2000 registreredes 1.242 indlæggelser af 1.133 kvinder. Tredive læger foretog 970 operative indgreb på 917 kvinder. Komplikationsfrekvensen var på 2,2% (0-10,2%) peroperativt og 9% (0-20%) postoperativt. Laparotomi (herunder hysterektomi) blev kompliceret med seks hulorganskader.

Konklusion: Registrering i en enkelt, valid database viste en høj forekomst af komplikationer. De fleste komplikationer havde dog mindre klinisk betydning.