

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.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Komplikationer forekommer hyppigt i forbindelse med gynækologiske operationer [1]. Hver femte kvinde i Danmark, hvis livmoder fjernes, oplever et kompliceret forløb [2]. Forekomsten af komplikationer kan let forveksles med kirurgisk inkompetence, hvilket kan forklare de sparsomme oplysninger om kirurgiske komplikationer [3]. Alle parter i samfundet har interesse i at kende det reelle forløb ved gynækologisk kirurgi, herunder muligheden for komplikationer.

Selv om mange komplikationer har ringe betydning for det endelige kirurgiske resultat, indebærer længere indlæggelsestid, flere procedurer og længere sygeorlov, at alle komplikationer kan have økonomiske konsekvenser [4-6].

Fra alle hospitalsafdelinger i Danmark rapporteres der til Landspatientregisteret (LPR). Selv om validiteten af LPR er forbedret, er data fortsat behæftet med usikkerhed [7]. Den kliniske anvendelse er besværliggjort, i og med at rekvirition af data fra LPR er en resursekrævende og langsom proces.

Skepsis over for værdien af data i LPR kombineret med et behov for specifikke data har tilskyndet udviklingen af specifikke databaser. Danske gynækologer har inden for de senere år arbejdet på og i flere tilfælde oprettet databaser inden for urogynækologi, endoskopi, onkologi og hysterektomi.

I anerkendelse af behovet for et enkelt, fleksibelt værktøj til registrering af den operative kvalitet på afdelingen udviklede man på Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Amtssygehuset i Glostrup, en komplikationsdatabase. Den oprettede database omfatter en overordnet diagnose, relevante kirurgiske indgreb og eventuelle komplikationer for hver patient indlagt på afdelingen. Formålet med denne artikel er at beskrive etableringen af databasen, rapportere om etårskomplikationsfrekvensen på afdelingen på basis af databasen og beskrive konsekvenser af databasen.

Materiale og metoder

Den anvendte database var udviklet af forf. i samarbejde med afdelingens øvrige læger. De erklærede mål var enkle og klinisk relevante data. Alle opererende læger på afdelingen accepterede at udfylde det tilhørende spørgeskema på indlagte patienter. Skemaet omfattede CPR-nummer, initialer på den opererende læge, operationsdato (indlæggelsesdag hvis ej operation), udskrivelsesdag, diagnose, operativt indgreb (hvis relevant) og per- og postoperative komplikationer (om nogen) (Figur 1). Dataene var summariske. F.eks. var hysterektomi klassificeret som enten laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi (LAVH) eller anden hysterektomi (vaginal, total eller subtotal abdominal hysterektomi). Al prolapskirurgi blev samlet i en kategori. Hvis den opererende læge var i tvivl om udfyldelsen af skemaet, blev det udfyldt i samråd mellem den opererende læge og denne artikels forfatter.

Mulige præoperative komplikationer omfattede blodtab >1.000 ml og/eller skade på et hulorgan: perforation af uterus, tarm eller blære. Mulige postoperative komplikationer omfat-

tede alle uventede hændelser, som nødvendiggjorde en klinisk handling under indlæggelse eller medførte genindlæggelse. Klinisk konsekvens var defineret som en eller flere af følgende handlinger: ordination af antibiotika, udskrabning/udsugning fra livmoder, laparoskopi, laparotomi, katerisation, drænage (inkl. sårspaltning) og/eller blodtransfusion. Der blev ikke kontrolleret for eventuelle ambulante behandlede komplikationer; ej heller for komplikationer set og eventuelt behandlet på andre sygehuse.

Initialt blev dataarket gennemset og eventuelle mangler blev korrigeret. Ved hjælp af software programmet Teleform version 7.0 blev dataene valideret, indlæst i en database (Access) og siden analyseret med programmet Statview vers. 5.0.

Teleform er et softwareprogram, der er udviklet til elektronisk indlæsning af alfanumeriske værdier i en database. Hvis valideringskravet ikke opfyldes (f.eks. pga. et ulæseligt tal, et ikkeudfyldt felt eller et forkert CPR-nummer) vises det indskannede originalskema, således at operatøren manuelt kan godkende, indsætte eller rette værdien.

Indlæggelseslængden blev kontrolleret i: a) alle journaler på patienter med indlæggelsestid >30 dage og b) længste indlæggelsestider <30 dage på patienter opereret for inkontinens eller prolaps eller med LAVH. For yderligere at teste validiteten gennemgik forf. alle journaler på patienter, der var genindlagt pga. komplikationer, og alle journaler på patienter med hulorganskader. Derudover blev 50 tilfældigt udvalgte journaler gennemgået. Endelig forsøgte forf. at relatere diagnoser og operationstyper med data fra LPR.

Resultater

I perioden fra den 1. september 1999 til den 31. august 2000 blev der registreret 1.242 indlæggelser af 1.133 kvinder. Pga. en softwarefejl gik data på 51 patienter tabt. Femoghalvtreds kvinder blev indlagt to gange, og tre kvinder blev indlagt tre gange. Hovedparten af alle indlæggelser (58,3%) var planlagt. I alt 233 kvinder blev behandlet ikkekirurgisk. Fireogfyrrer kvinder blev indlagt efter intenderet ambulante behandling, heraf halvdelen (23 kvinder) efter inkontinensoperation (Tensionfree Vaginal Tape-teknik). De øvrige 917 patienter fik udført 970 operative procedurer af 30 opererende læger. Hver opererende læge fortog ni kirurgiske procedurer (median; spændvidde: 1-74 procedurer); laserkirurgi, abortindgreb og samedagskirurgi undtaget herfra.

En journalgennemgang viste, at otte ud af ni patienter fejlagtigt havde fået beregnet en for lang indlæggelsestid >30 dage. Fejlen var typisk, at den registrerende læge havde angivet en forkert måned for indlæggelses- eller udskrivningsdagen. En journalgennemgang på en LAVH-opereret patient korrigerede indlæggelsestiden fra 14 til fire dage. Et opslag i LPR bekræftede, at to urogynækologiske patienter havde været indlagt i 14 dage. Det var desværre ikke muligt at finde disse to journaler. Den ene patient, der var opereret for et cystocele, var i LPR registreret med bidiagnosen »rheumatis-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

mus«. Langvarig mobilisering er derfor en mulig forklaring hos denne patient. Den anden patient var injektionsbehandlet pga. inkontinens. Der var ikke registreret nogen komplicerede bidiagnoser på denne patient.

En gennemgang af journalerne for 26 patienter, der var registreret som genindlagte pga. komplikationer, bekræftede komplikationer i 16 tilfælde. Hos to patienter manglede data. I otte tilfælde var årsagen udskrabning efter medicinsk abort, som efter forf. opfattelse ikke er at regne for en komplikation.

Øvrige patienter »genindlagt pga. komplikation« samt otte

ud af ni patienter, der var registreret for en hulorganskade, havde alle de facto en komplikation. Hulorganskaderne omfattede perforation af uterus (fire ved hysteroskopi og fire ved evacuatio uteri), to blærelæsioner (en ved hysterektomi og en ved laparoskopi) og en patient med perforation af tyndtarmen forbindelse med laparoskopi. Hos en patient manglede der oplysninger. En gennemgang af journaler på 50 vilkårligt selekterede patienter i databasen bekræftede, at ingen af disse patienter havde haft en komplikation.

Validering af det samlede antal indlagte over for LPR-data

Patientens CPR-nr.:		Skema udfyldt af:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> op. kode
Operationsdato (indlæggelsesdato):		Udskrivesdato:	Måde:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Planlagt
Diagnosegruppe:			
<input type="checkbox"/> Cancer (inkl. præmaligne tilstande)	<input type="checkbox"/> Ab. pro.	<input type="checkbox"/> Sterilisation	<input type="checkbox"/> Cyster (benigne)
<input type="checkbox"/> Inkontinens	<input type="checkbox"/> Infertilitet	<input type="checkbox"/> Smerter/infektion/blødning	<input type="checkbox"/> Condylomer
<input type="checkbox"/> Prolaps	<input type="checkbox"/> Blødningsforstyrrelser (ej graviditet)	<input type="checkbox"/> Vulvalidelser (andre)	
<input type="checkbox"/> Fibromyomer	<input type="checkbox"/> Graviditetsproblemer < 20. uge		
<input type="checkbox"/> Graviditetsproblemer > 20. uge			
Indgreb:		Operatør:	
<input type="checkbox"/> Intet	<input type="checkbox"/> Laparoskopi, operativ	<input type="text"/> op. kode	
<input type="checkbox"/> Prolapsoperation	<input type="checkbox"/> Laparoskopi, diagnostisk	Peroperative komplikationer:	
<input type="checkbox"/> Inkontinensoperation	<input type="checkbox"/> Hysterektomi, operativ	<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Blødning > 1.000 ml
<input type="checkbox"/> Hysterektomi	<input type="checkbox"/> Hysterektomi, diagnostisk	<input type="checkbox"/> Læsion af hulorgan	<input type="checkbox"/> Glycineficat > 1.500 ml
<input type="checkbox"/> Anden laparotomi	<input type="checkbox"/> Konus		
<input type="checkbox"/> LAVH	<input type="checkbox"/> Absceskirurgi/laserevap		
<input type="checkbox"/> Sectio	<input type="checkbox"/> Evacuatio/abrasio		
Indgreb foregået: <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> Dagkir			
Behandling af komplikationer:			
<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Re-evacuatio		
<input type="checkbox"/> Spaltning	<input type="checkbox"/> Transfusion		
<input type="checkbox"/> Laparoskopi	<input type="checkbox"/> Antibiotika		
<input type="checkbox"/> Laparotomi	<input type="checkbox"/> RIK		

Figur 1. Spørgeskema til registrering af komplikationer.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Indlæggelsestid og alder.

Procedure	LPR* n	Kompli- kations- database n	Indlæggelsestid (dage)		Alder (år)	
			gennem- snit	median (interval)	gennem- snit	median (interval)
Hysterektomi	142	131	4	3 (1-28)	50,4	48,8 (31,8-80,7)
Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	42	37	2,8	2 (1-6)	51,9	47,1 (30-81,9)
Anden laparotomi	73	59	4,7	4 (1-29)	47,0	41,3 (26,9-88,6)
Diagnostisk laparoskop	38	34	3,6	2 (0-31)	37,5	36,1 (22,5-64,6)
Operativ laparoskop	143	151	1,6	1 (0-17)	39,8	37,4 (19,9-80,9)
Diagnostisk hysteroskopi	9	7	0,9	0 (0-4)	59,9	68,4 (17,6-85,1)
Operativ hysteroskopi	18	18	1,5	1 (0-5)	46,4	45,8 (17,6-77,4)
Prolapskirurgi	136	131	3,2	2 (0-14)	61,5	61,2 (28,9-88)
Inkontinenskirurgi	54	50	2,5	1 (0-14)	57,9	57,8 (21,3-85,6)
Laserkirurgi	78	93	0,7	1 (0-1)	36,1	34,8 (15,3-74)
Abortus provocatus	197	259	0,7	0 (0-10)	32,4	30,8 (16,5-82,9)
Ingen kirurgi	-	233	2,2	1 (0-27)	33,9	31,1 (15,2-95,4)
Kirurgi, i alt	930	970	2,1	1 (0-31)	42,2	38,5 (15,2-95,4)

*) Landspatientregisteret.

var ufuldstændig. Den væsentligste forklaring er formentlig forskellig registreringspraksis. LPR inkluderede alle indlagte patienter, herunder patienter, der var indlagt og udskrevet umiddelbart efter den lægelige undersøgelse. Komplikationsdatabasen var baseret på de facto-indlagte patienter. En sammenligning af antallet af indgreb i LPR og databasen viste en mindre divergens (Tabel 1). Hovedforklaringen herpå er formentlig et teknisk tab af data på 51 patienter.

To specialtrænede gynækologer udførte 35 ud af 37 LAVH'er. Tyve gynækologer på forskellige uddannelsesstrin foretog de 131 øvrige hysterektomier, hvilket svarer til tre indgreb pr. operatør (median; spændvidde: 1-25 procedurer).

De hyppigste diagnoser var tidlig graviditetspatologi (214 indlæggelser), uterine fibromer (109 indlæggelser) og smerte eller betændelsestilstande (108 indlæggelser). I syv tilfælde var diagnosen ikke angivet. Alder, varighed af indlæggelse og kirurgisk procedure fremgår af Tabel 1.

Komplikationsfrekvensen var 2,2% (0-10,2%) peroperativt og 9% (0-20%) postoperativt (Tabel 2). I Tabel 3 ses sammenhængen mellem kirurgisk procedure og komplikation. Af tabellen fremgår det, at hysterektomi og anden laparotomi medførte seks tilfælde af hulorganskade.

Diskussion

Denne opgørelse viser resultatet af en enkel, valid database omfattende komplikationer på indlagte gynækologiske patienter i et år. Knap en ud af ti indlagte patienter påførtes en eller flere komplikationer. Bortset fra enkelte alvorlige forløb havde komplikationerne overvejende mindre klinisk betydning.

Knap en ud af fem urininkontinenseropererede patienter fik komplikationer. Selv om afdelingen i sin egenskab af landsdels-funktion foretager avanceret urogynækologisk kirurgi var der - bortset fra en patient med et blodtab over 1.000 ml - tale om mindre komplikationer, der blev behandlet med antibiotika og/eller kateter.

En ud af seks kvinder, hvis livmoder blev fjernet, fik komplikationer, heraf fik fem patienter blødning >1.000 ml, tre patienter fik hulorganskade, og tre patienter fik en komplikation, som nødvendiggjorde reoperation (laparotomi) (Tabel 3). Disse data bekræfter resultatet af et tidligere dansk studie, hvori der blev fundet en komplikationsfrekvens ved gynækologi på mindst 18% [2]. I dette studie var LAVH en sikker procedure. LAVH-behandlede kvinder blev desuden udskrevet en dag tidligere end kvinder, som behandlet med anden form for hysterektomi (Tabel 3). Grupperne var dog ikke sammenlignelige. For det første var LAVH forbeholdt selekterede patienter. For det andet varierede trænings-niveaue. Mens det overvejende var to specialtrænede operatører, der foretog alle LAVH-procedurerne, blev de øvrige indgreb foretaget af flere operatører; heraf af mange som et led i deres kirurgiske træning.

Vores materiale bekræfter en høj forekomst af komplikationer, der er set i lignende undersøgelser på sygehuse i Dan-

Tabel 2. Andelen af patienter med per- og postoperative komplikationer (%).

Procedure	I alt	Per- operativt	Post- operativt
Hysterektomi	16,8	5,3	11,5
Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	5,4	0,0	5,4
Anden laparotomi	18,6	10,2	8,5
Diagnostisk laparoskop	0,0	0,0	0,0
Operativ laparoskop	2,0	0,0	2,0
Diagnostisk hysteroskopi	14,3	14,3	0,0
Operativ hysteroskopi	11,2	5,6	5,6
Prolapskirurgi	10,7	0,8	9,9
Inkontinenskirurgi	20,0	0,0	20,0
Laserkirurgi	3,2	0,0	3,2
Abortus provocatus/evacuatio uteri	6,6	0,8	5,8
Ingen kirurgi	9,9	0,9	9,0
I alt	11,8	2,2	9,0

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Behandlingen af per- og postoperative komplikationer relateret til den initiale kirurgiske procedure.

Procedure	n	Præoperativt		Postoperativt						
		blodtab >1.000 ml	hul- organ- skade	anti- biotika	eva- cuatio uteri	laparo- skopi	laparo- tomi	ren intermit- terende kateri- sation	drænage/ sår- spåltning	blod- trans- fusion
Hysterektomi	131	5	3	2	0	0	3	1	5	5
Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	37	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Anden laparotomi	59	3	3	3	0	0	1	1	1	1
Diagnostisk laparoskopi	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Operativ laparoskopi	151	0	0	2	1	0	1	0	0	0
Diagnostisk hysteroskopi	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Operativ hysteroskopi	18	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Prolapskirurgi	131	1	0	8	0	0	0	6	1	1
Inkontinenskirurgi	50	0	0	6	0	0	0	7	0	0
Laserkirurgi	93	0	0	2	0	0	0	0	2	0
Abortus provocatus/evacuatio uteri	259	1	1	10	7	0	0	0	0	0
Ingen kirurgi	233	2	0	7	11	1	0	2	3	0
I alt	970	12	9	41	19	1	6	18	12	7

mark [8]. Hovedparten af komplikationerne i denne undersøgelse kan dog betegnes som værende uden væsentlig betydning for det samlede resultat. På Gynækologisk Afdeling på Hvidovre Hospital har man udviklet en tilsvarende database baseret på kvalitetsindikatorer [9]. Denne komplikationsdatabase fokuserer alene på komplikationer, men kombinerer til gengæld mulige komplikationer, der har en klinisk konsekvens, med alle på afdelingen forekommende operative indgreb.

Resultaterne af punktanalyser bekræftede, at metoden var valid. A priori savnede man en konsensus om, hvorvidt evacuatio uteri efter medicinsk abort var en komplikation. Vi valgte pragmatisk at definere komplikationer som hændelser, der medførte en klinisk handling under indlæggelse eller genindlæggelse. En sådan pragmatisk definition kan kompromitere validiteten, dels fordi tærsklen for kliniske konsekvenser er individuel for de enkelte behandlere, dels fordi den kliniske implikation af komplikationen varierer. Eksempelvis bør katering efter inkontinenskirurgi i visse situationer opfattes som behandling og ikke som komplikation. Denne undersøgelse kan ikke fuldt ud afklare disse problemer.

Optimalt kunne databasen valideres yderligere ved at samkøre data med LPR. En sådan samkøring ville formentlig have været lige formålstjenlig i en validering af den anvendte database som af LPR [7]. De nødvendige resurser hertil var dog ikke til stede. At antallet af registrerede operationer var lavere end data i LPR skyldes overvejende et teknisk betinget tab af data på 51 patienter.

Det har ikke været muligt at fortsætte databasen. Den væsentligste årsag hertil er mangel på tid og teknisk indsigt. Det tager tid at indlæse skemaer, kontrollere valideringsproceduren og til stadighed opmuntre kollegaer til at deltage i proces-

sen. Den anvendte teknik var relativ kompliceret. Indførelse af den elektroniske patientjournal vil formentlig lette proceduren. Ikke mindst fordi processen derved integreres i afdelingens rutiner, og fordi valideringen af data vil foregå direkte ved dataindtastningen.

Udbyttet af en klinisk database som den beskrevne er flerstrengt. Udadtill kan databasen tjene til at oplyse patienter og samfundet i øvrigt om behandlingskvaliteten. Indadtill i afdelingen har databasen dannet udgangspunkt for at diskutere kirurgisk oplæring og forskellige opfattelser af begrebet »komplikationer«. Endelig har databasen rørt ved et tabu i relation til opfattelsen af komplikationer som en personlig fejl.

Uagtet at kvaliteten i denne opgørelse anses for tilfredsstillende, er det principielt vigtigt at skelne komplikationer fra medicinsk *malpractice*. En klar adskillelse er tillige nødvendigt for at registreringer ikke får medikolegale konsekvenser. En sådan holdningsændring synes da også at være undervejs [10].

I denne undersøgelse beskrives etableringen af en valid og enkel database af det klinisk udkomne efter gynækologiske operationer. Ud fra enkle kvalitetsmål er det med en sådan database muligt at monitorere den operative kvalitet på en gynækologisk afdeling. Værktøjet skal ses som et supplement til snarere end som erstatning for andre redskaber til monitorering af kvaliteten. Opgørelsen viser en høj forekomst af komplikationer; de fleste dog af mindre betydning.

Korrespondence: Lars Alling Møller, Gynækologisk Klinik, Afsnit 4232, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: larsam@dadlnet.dk

Antaget: 13. april 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Tak til den lægelige stab på Gynækologisk-obstetriske Afdeling, Amtssygehuset i Glostrup for hjælp til at teste og implementere databasen.

Litteratur

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Results of the Harvard medical practice study I. Incidence of AE and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
2. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. AE in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9.
3. Møller C, Kehlet H, Utzon J et al. Hysterectomy in Denmark. *Dan Med Bull* 2002;49:353-7.
4. Brown P, McArthur C, Newby L et al. Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(suppl 1):29-34.
5. Senst BL, Achusim LE, Genest RP et al. Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm*. 2001;58:1126-32.
6. Bates DW, Spell N, Cullen DJ et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA* 1997;277:307-11.
7. Lidgaard Ø, Hammerum MS. Landspatientregisteret som redskab i løbende produktions- og kvalitetskontrol. *Ugeskr Læger* 2002;164:4420-3.
8. Christoffersen JK, Holm-Nielsen A. Mønsteret af behandlingsskader og near misses på en kirurgisk afdeling. *Ugeskr Læger* 2004;166:1760-3.
9. Møller LK, Ottesen BS. Kvalitetsmonitorering af 30.000 patientforløb. *Ugeskr Læger* 2004;166:1011-5.
10. Pedersen BL. Fra opmærksomhed til handling. *Ugeskr Læger* 2004;166:1766-9.

Utilsigtede hændelser i patientklage- og forsikrings-sager på H:S Hvidovre Hospital i 2002 og 2003

Læge Eske Kvanner Aasvang, sygeplejerske Dorrit Thorsen, overlæge Beth Lilja Petersen & lægelig direktør Torben Mogensen

H:S Hvidovre Hospital, Enhed for Patientsikkerhed og Direktionen

Resume

Introduktion: I denne artikel beskrives en positiv effekt af en systematisk gennemgang af patientklage- og forsikrings-sager som et af de områder, hvor man kan forbedre sundhedsvæsnets behandlingssystem. I artiklen præsenteres resultaterne af en undersøgelse af handlingsplanen for patientklage- og forsikrings-sager under H:S Enhed for Patientsikkerhed. Formålet var at vurdere metodens egnethed til at uddrage systemisk læring for at forebygge utilsigtede hændelser.

Materiale og metoder: Alle klager sendt til Patientklagenævnet og anmeldelser til Patientforsikringen fra Hvidovre Hospital i 2002 og første halvdel af 2003 blev gennemgået med henblik på at identificere og graduere utilsigtede hændelser. Samlet var der 221 anmeldelser til Patientforsikringen eller klager til Patientklagenævnet i perioden. I alt 143 patientforløb blev gennemgået for indhold og sværhedsgrad af utilsigtede hændelser. De alvorligste patientforløb fra 2003 blev udtaget til audit med henblik på udarbejdelse af forebyggende tiltag.

Resultater: Der blev fundet holdepunkt for en utilsigtet hændelse i 61% af de 143 analyserede patientforløb. Samlet drejede 10% af alle 221 anmeldte sager sig om kommunikationsklager, og i 20% af tilfældene kunne sagen ikke bedømmes, da patienten var viderebehandlet andetsteds end Hvidovre Hospital. Ved audit af de alvorligste sager fra 2003 (n = 21) blev der fundet grund til at ændre afdelingens vanlige rutiner og udarbejdet forebyggende tiltag i otte tilfælde (38%).

Konklusion: Gennemgang af patientklage- og patientforsikrings-sager er en effektiv metode til lokalisering af problemer, der kan forebygges.

Ved en utilsigtet hændelse forstås en skadevoldende begivenhed, der er en følge af undersøgelse, behandling eller pleje, og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom. Utilsigtede hændelser dækker både kendte og ukendte komplikationer og egentlige fejl [1]. Nationalt og internationalt har der gennem de seneste ti år været øget fokus på patientsikkerhed. *Schiøler et al* [2] fandt i et pilotprojekt frem til, at 9% af de patienter, der udskrives fra danske hospitaler, har været udsat for en skade som følge af en eller flere utilsigtede hændelser. Ved gennemgang af den engelsksprogede litteratur om utilsigtede hændelser fandt *Leape* [3] en incidens af utilsigtede hændelser på 20-36% af samtlige hospitalsbehandlinger. Fælles for skaderne er, at de varierer i omfang og type, men alle medfører de som minimum en forlænget indlæggelse, forbigående men eller i ganske få tilfælde varigt handicap eller død. Ifølge tallene fra den danske undersøgelse er ca. 40% forebyggelige med den nuværende viden og teknik.

I september 2001 blev H:S Enhed for Patientsikkerhed oprettet i erkendelsen af, at man i kontakten med/behandlingen af patienter risikerer at påføre disse en vis grad af skade, og at der er brug for en systematisk tilgang til området. I de andre amter i Danmark er der på samme vis forskellige tiltag med henblik på at højne patientsikkerheden. I 2003 vedtog Folketinget Lov om Patientsikkerhed [1], og samtidig blev der i re-