

Technical University of Denmark



## Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport 1 fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Madsen, M.D.; Andersen, Henning Boje; Østergaard, D.

*Publication date:*  
2002

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link back to DTU Orbit](#)

*Citation (APA):*

Madsen, M. D., Andersen, H. B., & Østergaard, D. (2002). Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport 1 fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. (Denmark. Forskningscenter Risoe. Risoe-R; No. 1366(DA)).

**DTU Library**  
Technical Information Center of Denmark

---

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



# **Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse**

## **Delrapport I fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse**

**Marlene Dyrlov Madsen, Henning Boje Andersen,  
Doris Østergaard**

**Forskningscenter Risø  
Dansk Institut for Medicinsk Simulation**

**Forskningscenter Risø, Roskilde  
September 2002**

# Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

Delrapport I fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Marlene Dyrlov Madsen, Forskningscenter Risø  
Henning Boje Andersen, Forskningscenter Risø  
Doris Østergaard, Dansk Institut for Medicinsk Simulation

## Abstrakt

Denne publikation udgør den første delrapport fra et projekt udført 2001-02 for Indenrigs- og Sundhedsministeriet om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Projektet havde til formål at udarbejde anbefalinger for, hvorledes et system til rapportering af og læring fra utilsigtede hændelser på sygehuse kan tilrettelægges. Anbefalingerne skulle baseres på grundlag af en gennemgang af internationale erfaringer med registreringssystemer, interviews med og en omfattende spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker og læger.

Nærværende rapport indeholder en oversigt over resultaterne fra tre fokusgruppeinterviews med sygeplejersker og læger afholdt i august 2001. Interviewene blev gennemført med henblik på at få indsigt i sygeplejerskers og lægers opfattelser af, hvorledes fejl og øvrige utilsigtede hændelser håndteres på sygehusene. Endvidere var det planlagt, at resultatet skulle danne grundlag for udformning af et spørgeskema rettet mod disse to personalegrupper.

Rapporten indeholder:

- En kort beskrivelse af tilrettelæggelse af interview, udvælgelse af interviewpersoner, gennemførelse samt den anvendte metode til fortolkning af interview.
- En kort opsummering af de centrale diskussioner i interviewene, herunder rapporteringspraksis, holdninger til rapportering og krav til et registreringssystem.
- En systematisk og samlet opsummering af de tre interview struktureret ved de seks temaer som interviewguiden indeholdt (jf. appendiks). Dette omfatter:
  - Reaktioner på fejl og kritiske hændelser
  - Reaktioner over for kollegaers fejl
  - Holdninger til patientønsker og egne reaktioner overfor patienter
  - Hvem man gerne vil tale med, hvis man har været involveret i skadevoldende fejl
  - Holdninger til registrering af sygehusfejl – gøres det på hensigtsmæssig vis i dag?
  - Egne ønsker til et registreringssystem
- Opsummering af erfaringer fra interviewene til brug for udformning af spørgeskemaet, herunder vigtige temaer, der bør indgå og afklares i spørgeskemaet, samt overvejelser i relation til læger og sygeplejerskers forskelligartede brug og forståelse af centrale termer.

Projektgruppen bag projekt om *krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse* består af:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Overlæge Niels Hermann, speciallæge Thomas Schiøler og læge Henriette Lipczak

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

Forskningscenter Risø

Forskningsprogrammet Sikkerhed, Pålidelighed og Menneskelige Faktorer

Seniorforsker Henning Boje Andersen og forskningsassistent Marlene Dyrlov Madsen

[www.risoe.dk/sys/spm](http://www.risoe.dk/sys/spm)

Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Amtssygehuset i Herlev

Overlæge Doris Østergaard

[www.herlevsimulator.dk](http://www.herlevsimulator.dk)

i samarbejde med

Enheden for Brugerundersøgelser for Københavns Amt,

v./Center for Sygdomsforebyggelse, Amtssygehuset i Glostrup

Afdelingsleder cand.oecon. Morten Freil

[www.efb.kbhamt.dk](http://www.efb.kbhamt.dk)

Projektets rapporter kan hentes i elektronisk format på nedennævnte adresser

Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport I fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1366.htm>

Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1367.htm> [fra medio 2003]

Oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer. Delrapport III fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1368.htm>

Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

<http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1369.htm>



# Indholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>7</b>
<b>INDLEDNING</b> .....	<b>9</b>
UDVÆLGELSE OG GENNEMFØRELSE .....	9
FORTOLKNING .....	11
<b>KORT OPSUMMERING AF CENTRALE TEMAER</b> .....	<b>12</b>
FORSKELLE MELLEMLÆGER OG SYGEPLEJERSKER .....	12
FORSKELLE MELLEMLÆGER OG SYGEPLEJERSKER – OG DERES INDBYRDES FORHOLD .....	12
SYSTEMFEJL KONTRA INDIVIDFEJL .....	12
BARRIERER MOD RAPPORTERING .....	13
INFORMATION ELLER KLAGE .....	13
PRESSEN .....	13
KRAV TIL REGISTRERING .....	13
<b>SYSTEMATISK OPSUMMERING AF INTERVIEWS</b> .....	<b>14</b>
REAKTIONER PÅ FEJL OG KRITISKE HÆNDELSER .....	14
FIKTIV CASE 1 - INGEN SKADE, MEN STOR RISIKO (NÆRVED HÆNDELSE) .....	14
FIKTIV CASE 2 - FORMENTLIG SKADE - PATIENTEN VED DET IKKE .....	14
FIKTIV CASE 3 - MED SIKKERHED SKADE - PATIENTEN VED DET IKKE .....	15
REAKTION OVER FOR KOLLEGAERS FEJL .....	15
PATIENTENS ØNSKER / PERSONALETS REAKTION OVERFOR PATIENTEN .....	16
HVIS I HAR VÆRET INVOLVERET I FEJL MED FORMENTLIG SKADE, HVEM VIL I GERNE DISKUTERE DET MED .....	17
FORSKELLEN PÅ AFDELINGER OG FAG .....	17
FORSKELLE PÅ LÆGER OG SYGEPLEJERSKER – OG DERES INDBYRDES FORHOLD .....	18
REGISTRERES SYGEHUSFEJL I DAG PÅ EN MÅDE OG I ET OMFANG DER ER HENSIGTSMÆSSIGT? .....	18
DE STØRSTE HINDRINGER FOR RAPPORTERING .....	19
HVAD SKAL DER TIL FOR AT MAN HAR TILLID TIL ET RAPPORTERINGSSYSTEM? .....	20
VIL ET REGISTRERINGSSYSTEM KUNNE HJÆLPE TIL AT REDUCERE SYGEHUSFEJL? .....	21
PERSONALETS ØNSKER TIL REGISTRERINGSSYSTEM .....	21
UDFORMNING AF ET REGISTRERINGSSKEMA .....	23
KONKRETE FORSLAG TIL REGISTRERINGSSYSTEMER .....	23
HVLKEN FORM FOR FEEDBACK ØNSKER DU FRA REGISTRERINGSSYSTEMET? .....	24
HVOR HURTIGT SKAL DER KOMME FEEDBACK EFTER DEN ENKELTE HÆNDELSE? .....	24
HVEM SKAL BEHANDLE (ANALYSERE) RAPPORTEN ? .....	24
MÅDER – METODER TIL LÆRING OG SPREDNING AF VIDEN .....	25
<b>SAMMENFATNING</b> .....	<b>26</b>
FORSKELLE .....	26
KRAV .....	26
BARRIERER .....	26
<b>ERFARING FRA INTERVIEWENE TIL BRUG FOR UDFORMNING AF ET SPØRGESKEMA</b> .....	<b>28</b>
VIGTIGE TEMAER DER BØR INDGÅ OG AFKLARES I SPØRGESKEMAET .....	28
KOMMUNIKATIONSMÆSSIGE ERFARINGER .....	28
<b>APPENDIKS</b> .....	<b>30</b>
INTERVIEWGUIDE TIL FOKUSGRUPPEINTERVIEWS .....	30
BILAG TIL INTERVIEWGUIDE .....	31





## Forord

Udenlandske undersøgelser har indikeret, at næsten hver tiende indlagte patient kommer ud for en skadevoldende hændelse under indlæggelsen, og en nylig dansk undersøgelse har vist, at forekomsten af sådanne hændelser ligger på et tilsvarende niveau her i landet<sup>1</sup>. Det er på denne baggrund erkendt, at der er et betydeligt behov for at intensivere arbejdet med patientsikkerhed. En væsentlig betingelse for at kunne øge patientsikkerheden er, at der drages lære af lægers og sygeplejerskers erfaringer fra hændelser, hvor patienter er blevet skadet eller bragt i fare for at blive skadet. Da der ikke fandtes dokumenteret viden om sundhedspersonales holdninger til rapportering og registrering af hændelser, tog projektgruppen initiativ til projektet om *krav til et registrerings-system for utilsigtede hændelser på sygehuse*.

Projektets hovedformål var at udarbejde rekommandationer for et system til rapportering og læring af fejl, utilsigtede hændelser og 'nærved'-hændelser i sygehusvæsenet og at udforme disse rekommandationer på baggrund af internationale erfaringer samt interviews med og en omfattende spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker og læger. I rapporterne fra projektet anvendes betegnelsen *hændelse* som samlebegreb for utilsigtede hændelser og fejl.

Projektet er gennemført i perioden august 2001 - juni 2002, og projektets hovedresultater bliver fremlagt i projektets fire rapporter, medens detailresultater fra spørgeskemaundersøgelsen vil blive søgt publiceret i danske og udenlandske videnskabelige tidsskrifter. Rapporterne er i første række udarbejdet som afrapportering til opdragsgiverne, Sundhedsministeriet og Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt, og offentliggøres hermed, idet resultaterne kan være af interesse for en bredere skare af interessenter inden for sundhedsvæsenet.

Den første del af projektet, som afrapporteres her, omfattede fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om fejl og utilsigtede hændelser på sygehuse. Disse interviews blev gennemført i august 2001 som forberedelse til projektets anden del, spørgeskemaundersøgelsen. Undersøgelsen omfatter svar fra godt 2000 sygeplejersker og læger på sygehusene i Frederiksborg, Københavns, Ringkøbing og Roskilde amter, og den kortlægger sygeplejerskers og lægers holdninger til et registrerings- og tilbagemeldingssystem og til personalets og afdelingers håndtering af hændelser samt respondenteres syn på mulige barrierer under nugældende forhold. Endvidere er der i projektets tredje del udarbejdet en oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer, medens projektgruppens rekommandationer er blevet udarbejdet i projektets fjerde og afsluttende del.

---

<sup>1</sup> Schiøler T, Lipczak HL, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, Svenning AR, Frølich A. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse – en retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskrift for Læger 2001; 163(38): 5370-5378.

Projektets rapporter omfatter følgende publikationer:

Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om fejl og utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport I (nærværende rapport)

Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II

Oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer. Delrapport III

Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Hovedrapport

Projektets rapporter er tilgængelige i elektronisk format på DSIs og Risøs hjemmesider, men dog således, at Delrapport II først vil være tilgængelig i foråret 2003.

Efter projektgruppens udarbejdelse af udkast til rekommandationer blev der afholdt en workshop i april 2002, hvor udkastet blev fremlagt. Formålet med workshoppen var at lade rekommandationerne blive genstand for en drøftelse blandt en bredere kreds af interesserede og sagkyndige. Der deltog repræsentanter fra patientorganisationer, amterne og H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Sundhedskartellet / FOA, praktiserende læger mfl. Drøftelserne på workshoppen har bidraget til at kvalificere rekommandationerne, og projektgruppen ønsker hermed at takke deltagerne for deres konstruktive bidrag.

Projektgruppen har mødt megen positiv interesse og velvilje i forbindelse med gennemførelsen af projektet og ønsker hermed at rette en tak til dem, der lod sig interviewe, til de mange, der besvarede spørgeskemaet, og til de medarbejdere på sygehusene og i de fire amters forvaltninger, der velvilligt bistod med den tekniske gennemførelse af projektet.

Projektet er blevet finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsforvaltningen i Københavns Amt. Endvidere har projektet nydt gavn af medfinansiering fra DSI Institut for Sundhedsvæsen og Forskningscenter Risø. Derudover har Sundhedsstyrelsen og Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amt bidraget til indholdet i projektet, sidstnævnte tillige med skanning og databehandling af spørgeskemaerne.

*København og Roskilde  
September 2002*

# Indledning

Denne rapport har til formål at give et overblik over resultaterne fra tre fokusgruppeinterviews med sygeplejersker og læger den 15., 16. og 21. august 2001. Interviewene blev gennemført for at give indsigt i sygeplejerskers og lægers opfattelser af, hvorledes fejl og øvrige utilsigtede hændelser håndteres på sygehusene, med det formål at danne grundlag for udformning af et spørgeskema rettet mod disse to personalegrupper.

Vi beskriver i dette indledningsafsnit i korte træk tilrettelæggelse af interview, udvælgelse af interviewpersoner, gennemførelse og den anvendte metode til fortolkning af interview. Efterfølgende gives der en kort opsummering af de centrale diskussioner i interviewene om: rapporteringspraksis, holdninger til rapportering og krav til et registreringssystem. Herefter foretages en systematisk opsummering af interviewene struktureret på baggrund af de seks temaer som interviewguiden (se appendiks) er bygget op om. Interviewpersonerne blev udspurgt om reaktioner på fejl og utilsigtede hændelser, på kollegaers fejl, på deres holdning til patienters ønsker og deres egne reaktioner overfor patienter. Der blev spurgt om, hvem de gerne vil tale med, hvis de har været involveret i fejl, hvorvidt de mener at sygehusfejl registreres på hensigtsmæssig vis og til sidst, deres egne ønsker til et registreringssystem. Rapporten afsluttes med en sammenfatning og konkrete erfaringer fra interviewene til brug for udformning af spørgeskemaet.

## Udvælgelse og gennemførelse

Da spørgeskemaet skulle besvares af et randomiseret antal læger og sygeplejersker i de fra starten tre medvirkende amter, Københavns, Frederiksborg og Roskilde Amt, blev der foretaget interview på sygehuse i hvert amt for at sikre, at mulige forskelle på amtsligt niveau i holdninger til rapportering kom frem. Interviewpersonerne blev derefter valgt ud fra to overordnede parametre: a) sygehusets størrelse, som kunne have indflydelse på kulturen, og dermed holdningen til fejl, og b) person karakteristika: alder, anciennitet, køn, faggruppe og speciale.

Der blev således foretaget tre fokusgruppeinterviews på et sygehus i hvert af de tre amter, hvor interviewpersonerne blev valgt med henblik på at opnå en spredning der dækkede ovenstående kriterier, dvs. alder, anciennitet, køn, faggruppe og specialer. Som et led i at skabe en så fri og tryk atmosfære som muligt for interviewpersonerne, måtte de ikke være ansat i samme afdeling eller afsnit. Endvidere valgte vi, på grund af en vis usikkerhed med hensyn til læger og sygeplejerskers indflydelse på hinanden i interview-situationen, at foretage ét blandet læge og sygeplejerske interview, og derefter ét rent læge og ét rent sygeplejerske interview. I alt blev der interviewet 8 sygeplejersker og 7 læger.

Kravet til udvælgelse af interviewere var, at der i hvert interview deltog mindst en lægefaglig person samt en person med interviewerfaring og kendskab til rapporteringssystemer og deres anvendelse. Derudover, blev der valgt en person, som deltog i alle interviews for at sikre en vis konsistens og opsamling af afvisninger herfra.

For at sikre de interviewede anonymitet, har vi valgt at give en oversigt over interviewene ved hjælp af to tabeller. Den første tabel viser faggruppe, køn og anciennitet på de interviewede, samt hvem der foretog de enkelte interview og disses instituttilknytning. Den anden tabel viser de repræsenterede specialer.

Tabel 1: Oversigt over interviewede og interviewere

Interview	Interviewede	Interviewere
Interview 1	2 mandlige og 1 kvindelig læge: en yngre læge og 2 speciallæger (heraf en på ledelsesniveau) 2 erfarne kvindelige sygeplejersker	Henning Boje Andersen, Risø Doris Østergaard, DIMS Marlene Dyrlov Madsen, Risø
Interview 2	6 kvindelige sygeplejersker: alle erfarne	Henning Boje Andersen, Risø John Jacobsen, DIMS Marlene Dyrlov Madsen, Risø
Interview 3	2 kvindelige og 2 mandlige læger: fire speciallæger (heraf en på ledelsesniveau)	Doris Østergaard, DIMS Isabella Gothen, Enheden for Brugerundersøgelser Marlene Dyrlov Madsen, Risø

Tabel 2: De repræsenterede specialer blandt de interviewede

Faggruppe	Specialer
Læger	Kardiologisk, ortopædkirurgisk, neurologisk, medicinsk, øre-næse-halskirurgisk, billeddiagnostisk, organkirurgisk
Sygeplejersker	Dialyse, intensiv afdeling, plastikkirurgisk, kirurgisk

Interviewene er blevet tilrettelagt på baggrund af både kommunikationsteoretiske interviewteknikker, det såkaldte fokusgruppeinterview<sup>2</sup>, og interviewteknikker der anvendes inden for Human Factors og sikkerhedskritiske områder, generelt nemlig Critical Incident Technique (CIT)<sup>3</sup>.

Fokusgruppeinterviewet skal sikre et uformelt forum, hvor interviewpersonerne ikke skal forberede sig men blot udtale sig om deres egne holdninger, følelser og ideer til de givne emner. Styrken ved fokusgruppeinterviewet er den perspektiv- og holdningsrige diskussion, der opstår ved sammensætningen af flere personer, som ikke kender hinanden på forhånd, men som alle, i mere eller mindre grad, har berøring med emnet. Vi har lagt vægt på at skabe en fri samtale mellem interviewpersonerne, ved at semi-strukturere interviewene, ved hjælp af en interviewguide. Interviewernes rolle har været at guide interviewpersonerne, ved at sørge for, at alle emnerne i interviewguiden blev diskuteret, og at alles meninger tydeligt kom frem i interviewene. Interviewerne deltog således ikke i diskussionerne, men blandede sig, hvis der var misforståelser. Interviewguiden indeholdt som nævnt seks overordnede temaer (se appendiks).<sup>3</sup>

Mens det semi-strukturerede fokusgruppeinterview har til formål at tegne et bredt og nuanceret billede af interviewpersonernes holdninger og værdier, er hensigten med at anvende CIT at få interviewpersonerne til at fortælle om nogle konkrete hændelser eller fejl, som de har været involveret i. For eksempel, ved at berette om, hvordan det skete, hvordan de reagerede, hvad var konsekvenserne af hændelsen for dem og/eller for patienten, og om de eller andre lærte af hændelsen. For at anspore de interviewede, indledtes interviewene med tre fiktive cases med varieret skadesgrad (se appendiks). Formålet er at bidrage til en hurtig identifikation af problemer, hvad angår åbenhed, opsamling og læring af fejl og hændelser, samt en indikation af personernes sensitivitetniveau overfor hændelser, og deres opfattelse af, hvad der overhovedet kan betegnes som en hændelse eller en fejl.

<sup>2</sup> Marshall, C. & Rossman G.B. (Eds.) (1999). Designing Qualitative Research: Sage Publications, Inc.; Kitzinger J. (1995) 'Introducing focus groups', British Medical Journal 311: 299-302.

<sup>3</sup> Flanagan, J.C. (1954). The Critical Incident Technique. Psychological Bulletin, 51.4, 327-359; Carlisle, K.E. (1986). Analysing jobs and Tasks. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications, Inc.

<sup>3</sup> Interviewguiden blev i de to sidste interview uddelt ved påbegyndelsen af interviewene så deltagerne havde en fornemmelse af hvilke overordnede emner de ville blive spurgt til. Erfaringer fra første interview, hvor deltagerne ikke så interviewguiden på forhånd, viste megen men mere ustruktureret diskussion.

## **Fortolkning**

Alle interview blev optaget, og efterfølgende udskrevet ordret og i fuld længde. - Hensigten med rapporten er at gengive og beskrive de meget forskellige holdninger, der fremkom i de tre fokusgruppeinterviews. Vi har derfor bevidst undladt at fortolke sandsynligheder for udbredelse af de enkelte holdninger (dette overlades til spørgeskemaet). I stedet er der lagt vægt på, at fremstille interviewene så objektive som muligt, gennem bl.a. brug af direkte citatudtræk (angivet med kursiv). Når der derfor i rapporten fremkommer modstridende udsagn, så skyldes det den tekstmæssige gengivelse af interviewpersonernes holdninger.

## **Forkortelser**

I rapporten bruges følgende forkortelser i relation til angivelsen af SL = speciallæge, YL = yngre læge, ES = erfaren sygeplejerske, YS = yngre sygeplejerske

*Kursiveringer* = direkte citatudtræk fra interview som efterfølges af angivelsen (1.2 SL 12.45 min) der betyder at det er fra første interview, andet bånd, udtalt af en seniorlæge 12 min og 45 sekunder inde i båndet (tallene er altid angivet i minutter).

# Kort opsummering af centrale temaer

## Forskelle mellem læger og sygeplejersker

Læger og sygeplejersker er enige i, at der var en markant forskel på læger og sygeplejerskers håndtering af fejl, idet sygeplejerskerne var mere åbne og lægerne mere tilbageholdne. Der blev givet forskellige forklaringer på dette fænomen. For det første, har lægerne en individualiseret faglig stolthed, og de arbejder meget alene. Resultatet er, at de bedre kan skjule fejl. For det andet, står lægerne med ansvaret i sidste ende, hvilket giver dem større grund til at tilbageholde af frygt for evt. negative konsekvenser. For det tredje, sygeplejerskerne er allerede tidligt i uddannelsen vænnet til at rapportere om patienternes tilstand. Derudover er sygeplejerskerne mindre tilbøjelige til at "bekræfte" lukkethed i forbindelse med fejl, da de ikke i så høj grad, som lægerne, er bange for eksterne represalier.

Det er væsentligt at bemærke, at sygeplejerskerne i det rene sygeplejerskeinterview dels var meget tilbageholdne med information, og dels virkede uforstående overfor rapporteringsproblemstillingen. Der kan være flere forklaringer. For det første, oplevede de ikke fejl som et problem i den daglige praksis. For det andet, opstod der i løbet af interviewet en del diskussion og forvirring omkring definition af fejl og hændelser, hvilket medførte at sygeplejerskerne gentagne gange efterlyste tydelige instruktioner af hvad, hvordan og til hvem, der skal rapporteres i et fremtidigt rapporteringssystem. For det tredje, havde de svært ved at forestille sig hvilken anden form for rapportering vi talte om, da sygeplejerskerne "altid" rapporterede i sygeplejerapporten og/eller mundtligt til lægen. Endvidere svarede en af sygeplejerskerne således: *Men det er jo et svært emne, for der er jo ingen af os der kan li at begå de her fejl. Det er som om I vil legalisere det med at gøre fejl...selvfølgelig er det noget der sker, men så alvorlige fejl skal vi jo ikke tage som rutine (2.2. ES 37.00 min)*. I hvilket tilfælde deres tilbageholdenhed vil kunne tolkes som et naturligt ubehag ved at skulle tale om egne fejl.

## Forskelle mellem afdelinger

Der er, ifølge læger og sygeplejersker, forskel på specialer og (muligvis) afdelingers håndtering af fejl og utilsigtede hændelser. For eksempel, er der på ortopædkirurgisk tradition for at indrømme fejl, informere patient og indberette til patientforsikringen. Denne åbenhed forklares dels ved den overvågning, som man udsættes for af kollegaer, (og nogle steder også via videooptagelser af operationer) og som gør fejl svære at skjule, og dels ved den af patienter *forventede risiko* ved operationer, som gør det nemmere at fortælle om fejl. I modsætning hertil, var man på skadestuen ikke så villige til at fortælle om fejl, fordi fejlene kan være af en mere graverende karakter, og derfor ikke i samme grad kan 'accepteres'. Derudover, fremhæves skadestuens brug af nyuddannede læger og sygeplejersker, uden brug af supervision, som et problem, da de ikke altid er "klædt på" til at håndtere virkeligt kritiske hændelser. Personalet på disse afdelinger oplever, at der sker mange utilsigtede hændelser, som kunne være undgået. De fleste var af den opfattelse, at der er flere følger af fejl i skadestuen end f.eks. på ortopædkirurgisk. Alt tyder på, at de givne arbejdsbetingelser på de enkelte afdelinger, har indflydelse på forekomsten af hændelser og åbenheden omkring disse. Der er bl.a. tegn på, at den lokale ledelse og kulturen er bestemmende, men forskellene på afdelingerne kan dog ikke entydigt forklares.

## Systemfejl kontra individfejl

Både læger og sygeplejersker lagde stor vægt på at "systemet", som omfatter organiseringen af daglig praksis, ledelsesform, arbejdsbetingelser, samt ydre rammebetingelser

mm., medvirkede til fejl. De interviewede fremhævede i den forbindelse nødvendigheden af, at fejlene blev vurderet i deres faktiske kontekst, hvis et registreringssystem skal give et udtømmende billede af en hændelse. Interviewpersonerne var uenige om, hvorvidt utilsigtede hændelser hovedsageligt skyldes dårlig ledelse, eller om de også kan tilskrives individuelle kompetencer (eller inkompetencer).

### **Barrierer mod rapportering**

Interviewpersonerne udviste nogen skepsis og mistillid overfor etablering af et registreringssystem. Der eksisterer en holdning om, at rapportering 'ikke nytter', på grund af erfaringer med manglende opbakning og initiativ fra ledelse i forhold til de 'synlige fejl'. Den umiddelbare frygt overfor registreringen er, at den bruges til at finde "fejlende individer". Samtidig er der flere, der oplever, en større åbenhed overfor at indrømme og tale om fejl end tidligere. Nogle opfattede dette som en konsekvens af det naturlige generationsskifte.

### **Information eller klage**

Flere læger og sygeplejersker er af den overbevisning, at klager hænger sammen med manglende information. *Det betyder utrolig meget, at vi går ind og taler med patienten, at den, der har lavet fejlen går ind og taler med patienten bagefter. (...) Det tager brodden af alt!* (1.2 SL 01.05.15 min). Der var forskel på, hvad lægerne mente, var patientens motiv til at klage. En af lægerne fra skadestuen var overbevist om, at patientens motiv var hævn. Meget få var dog enige heri.

### **Pressen**

Sygehuspersonalet udtrykte skepsis, frem for personlig frygt, overfor pressens håndtering af sygehusvæsenet, herunder tolkningen af fejl og utilsigtede hændelser. Det er tydeligt at: *Der er ingen der ønsker den offentlige gabestok* (3.2. SL 15.00 min). Med hensyn til registrering på centralt plan, med offentliggørelse af tal, frygtede man, at det kunne føre til, at pressen hænger folk ud. En læge udtrykte dog et forbehold, overfor om det virkelig er sandt, om "*den [pressen] faktisk er ude efter os*".

### **Krav til registrering**

Læger og sygeplejersker var generelt positive overfor et registreringssystem, der vil kunne danne grundlag for mønstergenkendelse og læring. Nedenfor er angivet deres krav i opsummerende punktform:

- Ét ark, hurtigt og overskueligt
- Skal ligge let tilgængeligt og på det samme sted
- Frivilligt og anonymt. (De var meget bundne af den eksisterende lovpraksis f.eks. om aktindsigt. Da de derfor ikke kunne forestille sig et konfidentielt system var de opsat på at få et anonymt system.)
- Samles centralt i afdelingen – lave opgørelse – derefter til centralt hold
- Feedback evt. separat punkt på personalemøde
- Skabe åbenhed også lokalt på afdelingen
- Derudover efterlystes et veldefineret begrebsapparat (taksonomi) eller et sæt af kriterier, der kan forklare, hvad der kendetegner en fejl, utilsigtet hændelse m.m.

# Systematisk opsummering af interviews

## Reaktioner på fejl og kritiske hændelser

Der blev brugt tre fiktive cases som afsæt til at diskutere praksis omkring rapportering. I alle tre cases var der begået en fejl, men udfaldet af fejlen varierede. Spørgsmålene der søgtes besvaret var: Hvor er grænsen for at rapportere? Hvem rapporterer man til, og hvorfor? Herunder, hvor meget læring der aktuelt trækkes ud af fejl. Det skal pointeres, at nogle af svarene forekom selvmodsigende, hvilket formentligt skyldtes en sammenblanding af de enkelte cases. Der blev skelnet mellem det patienten bliver informeret om og det, der ellers rapporteres/registreres (i journal, sygeplejerapport, til Patientforsikringen m.m.).

### Fiktiv case 1 - ingen skade, men stor risiko (nærved hændelse)

Da der ikke findes fastsatte procedurer for rapportering af mindre fejl/nærfejl, er det overladt til den enkelte at vurdere, om han/hun vil registrere fejlene. Her er der en tendens til, at sygeplejerskerne er mere villige til at rapportere om mindre fejl end lægerne. De fleste sygeplejersker vil registrere det i sygeplejerapporten, mens færre læger vil skrive det i journalen. Forskellen forklares med henvisning til den kulturelle forskel, der er mellem læger og sygeplejersker, bl.a. opstået ved uddannelse og forskellen i arbejdsform og ansvar.

Lægernes opfattelse af registrering af fejl, der ikke ledte til skade, var forskellig, og disse delte sig mere eller mindre i to lejre. På den ene side, var argumentet for at journalføre mindre fejl og ligeledes fortælle patienten om fejlen, "åbenhed og det at have rene linjer". På den anden side, var argumentet mod at fortælle patienten, at man unødigt skræmmer patienten, som en læge udtalte: *'der er jo ikke sket noget'*. Af samme overbevisning følte de ingen anledning til at skrive det i journalen.

I forbindelse med denne case var der en af de yngre læger, som syntes, at det var ønskværdigt, at der i tilfælde af gentagne fejl, evt. pga. manglende uddannelse, blev rapporteret enten internt eller eksternt. Der skal lægges mere vægt på læringen. Samtidig fremhævede flere tidsfaktoren, hvilket konkret betød, at havde man travlt, og det havde man ofte, så var der reel fare for, at fejlen ikke blev bragt videre. Især, hvis der ikke fandtes et sted, man lynhurtigt kunne skrive det ned, eller hvis vagthavende / ansvarlige ikke lige var tilstede.

### Fiktiv case 2 - formentlig skade - patienten ved det ikke

Generelt var sygeplejerskerne enige om, at formodede skader pga. fejl skrives i sygeplejerapporten, journal og/eller i medicinerings skemaet, og patienten vil oftest blive informeret om de mulige risici, der er forbundet med fejlen. *Der er nogen ting, vi er så skolet til - vi er så socialiseret – angstsocialiseret - så det ville vi helt klart* (1.1 ES afsnit 26). Derudover, var den generelle holdning, at patienten har krav på viden ved eventuelle fremtidige bivirkninger. Der var en læge (ortopædkirurgisk), der ville melde det til Patientforsikringen: *...sygehuset har en forpligtelse til, hvis de ved, at der er gået noget galt på sygehuset, ved en fejlbehandling, at indrapportere til Patientforsikringen. Det er noget man skal gøre, det er er ikke noget med, at de pårørende skal klage over noget* (1.1 afsnit 25). Den samme læge gjorde opmærksom på, vigtigheden af at skelne mellem Patientforsikringen og Patientklagenævnet. Hans erfaring var, at man ved at anbefale patienten at søge patientforsikring undgår, at patienten efterfølgende indgiver klage til Patientklagenævnet.



En af lægerne på skadestuen gav udtryk for en anden praksis. Hans argumenterede for at undlade at rapportere, af hensyn til de yngre forvagter, som ofte begår fejlene pga. manglende erfaring og hårdt arbejdspress. I de tilfælde, mente lægen, må patienten selv opdage fejlen, og derfra vælge hvad han/hun vil gøre ved det.

Lægernes anmeldelse af fejl til Patientforsikringen foregår ikke systematisk. Det betyder, at det kan blive tilfældigt, hvilke patienter der opnår erstatning. Holdningen til patientinformation synes at være betinget af bl.a. den enkelte afdeling, og af de konsekvenser rapporteringen kan få for den 'fejlende'.

### **Fiktiv case 3 - med sikkerhed skade - patienten ved det ikke**

Svarene i denne case lignede de fra case 2. Forskellen på afdelingernes holdninger viste sig også her. SL på ortopædkirurgisk ville anmelde det til Patientforsikringen, uanset grunden, idet, som han udtrykte det: *...patienten ikke har fået den optimale behandling, og så vil det blive anmeldt til Patientforsikringen (1.1 afsnit 22)*. I forbindelse med modtagelse af medicinske patienter i skadestuen, ville man stadig ikke anmelde det til Patientforsikringen af de samme grunde som før. Dog var der generel enighed blandt lægerne om, at man ville underrette afdelingsledelsen samt journalfører (3.1. 27.00 min).

Alvorlige sager bliver oftest både registreret i sygeplejerapport, journal og anmeldt til afdelingsledelsen. Hvem der derudover får kendskab til sagen varierer meget, afhængigt af fejlens karakter og den enkelte afdelings politik. Der findes tre overordnede officielle instanser, som kan blive involveret, når patienten udsættes for fejlbehandling eller 'sjusk': Patientforsikringen, Patientklagenævnet og Embedslægen. Der er nogen, der mener, at patientklager er hyppigere i de tilfælde, hvor patienten ikke er blevet informeret om muligheden for patientforsikring. Da der ikke findes et officielt og systematisk rapporteringssystem til opsamling, læring og spredning af fejl, opleves reaktionen på de fejl der begås ofte som en søgen efter den 'skyldige', snarere end en søgen efter læring hvilket gennemsyrrer rapportering/registreringspraksis.

Der er bred enighed om, at man gennem en højere grad af systematisering, vil kunne lære mere af fejl end man gør i dag, af de fremstillede cases, bl.a. gennem en højere grad af systematisering. Der findes ikke i dag nogen fast/klar kommandovej for registrering. Nogle afdelinger var f.eks. gode til at bringe hændelser op på morgenmøder, mens andre ingen formel praksis havde. Til spørgsmålet, om de forventede, at kollegaer ville skjule fejl, hvis de kunne, svarede næsten samtlige ja. Samtidigt pointerede man, at viljen til at rapportere afhænger af konsekvenserne af at begå fejl eller utilsigtede hændelser.

### **Reaktion over for kollegaers fejl**

Både læger og sygeplejersker reagerer overfor kollegaer, der enten begår gentagne fejl eller sjusk. De gør det dog på forskellig vis, og sygeplejerskerne er 'kendt' for at være lidt bedre til at tale åbent med hinanden. Hvis der er et reelt problem med en kollega, fortæller både læger og sygeplejerskerne det til den ansvarlige på afdelingen. Samtidig er det sværere for sygeplejersken at begå fejl uden at blive set, end det er for lægen. Dog virker det som om, at der er tendens til at 'senior læger' har længere snor, til trods for, (som de fleste var enige i), at der efterhånden er blevet gjort op med hierarkierne.

Der var generel enighed om, at reaktionerne overfor fejlende kolleger afhang meget af hhv. afdelinger og fag (1.2. 22.00 min). Forklaringen på denne forskel blev henledt til et spørgsmål om 'kultur'. Desuden blev der skelnet mellem hændeligt uheld – eller enkeltstående uheld – som kan ske for alle, og gentagne fejl, sjusk eller inkompetence. I til-

fælde af sidstnævnte var den typiske praksis at gå til en ansvarlig. *Jeg synes faktisk, at man er forpligtet til [at gå til en ansvarlig], hvis man ved, at man har en kollega som virkelig ikke kan sit arbejde. Det synes jeg virkelig, at man er forpligtet til...* (3.1. YL 37.20).

*Det kommer også an på moralen i afdelingen (...) hvad er der af holdning for...og hvordan definerer vi hygiejnestandarden i afdelingen her - den er også ofte meget svævende. Det er også noget med, om vi er gode til at opstille mål for det ene og det andet og det tredje...og få det ud til alle personalemedlemmerne - hvordan er standarden på forskellige ting! Hvis ikke den er klart formuleret, så kan det jo også svinge meget, med holdningerne til hvordan man gør noget - hvis ikke det er defineret med procedurer. Så er vi jo gode til at slække lidt på kravene og sådan noget (2.1 ES 53.00 min). I denne forbindelse blev der lagt vægt på at diskussionerne blev brugt i praksis og således også var tydelige i hverdagen: ..at det ikke bare er noget der ligger på et personalemøde, at det bliver naturligt at jeg kan sige til Lotte ' hvorfor gør du sådan, har du ikke overvejet at tage handsker på, når der er en risiko, når folk får blod på fingrene' – at det bliver naturligt, at man har det med i sit arbejde (2.1. ES 54.15 min).*

Der var enighed om, at folk ved, hvem der er gode, og hvem der er dårlige, og derfor holdes der naturligt lidt mere øje med 'den dårlige' kollega. Det pointeredes samtidigt, at et anonymt registreringssystem højst sandsynligt ikke ville kunne fange den sjuskede kollega, men at det heller ikke var opgaven. Til spørgsmålet om, hvad der karakteriserer en god arbejdsplads, var svaret - en der er åben, og som gør det legalt at rapportere om fejl, samtidig med at den tager hånd om udygtige kollegaer.

### **Patientens ønsker / personalets reaktion overfor patienten**

Læger og sygeplejersker mener, at patienter ønsker viden og indsigt – åbenhed. *De vil have information som de kan bruge til noget (1.2. YL 41.00 min).* Der blev særligt skelnet mellem ældre og yngre patienter. Ifølge interviewpersoner, ønsker de ældre patienter ikke information i de tilfælde, hvor det kun er en mulig skade. De mener, at det skaber en større utryghed, at fortælle dem 'at det lige var ved at gå galt'. De yngre patienter derimod ønsker oftest fuld information. Derudover, oplevede både læger og sygeplejersker, at patienterne/brugerne "i dag" stiller større krav til behandling. De er ikke længere så autoritetstro, og kræver derfor mere. De ønsker retten til at vælge behandling. En af de yngre læger mente også, at patientens største interesse var, at lige netop hans/ hendes sygehusophold gik godt, og derfor ville være ligeglads med om det, der i dag rammer ham/hende, gennem en registrering kunne hjælpe fremtidige patienter.

Til spørgsmålet om, hvad patienter ønsker efter en fejlbehandling, var der blandede meninger. En læge udbød spontant: *De vil have hævn (1.2. SL 35.15 min).* De fleste var dog enige i at patienten oftest blot ønskede åbenhed i forbindelse med sin behandling. *Jeg tror, at de [patienter] ønsker noget helt andet end vi ønsker! (...) De ønsker åbenhed! (1.2. YL 31.20 min).* Sygeplejerskerne var af den overbevisning, at patienter ofte blot ønskede en undskyldning fra lægen og at hævntørsten fra patienten oftest først opstod i de tilfælde, hvor patienten enten følte sig sjoftet eller 'svinsk' behandlet. En af lægerne (skadestuen) mente ikke at dette var tilfældet, han havde ofte oplevet at folk ville have hævn, når behandlingen ikke var gået, som de havde ønsket. En anden SL mente endvidere, at mange klager var urimelige, fordi patientens dårlige forløb i virkeligheden oftest hang sammen med den underliggende sygdom. Til dette tilføjede en sygeplejerske, at klagerne hang sammen med den manglende kommunikation om de indbyggede risici ved f.eks. operationer. SL samtykkede: *Det er behandlingssystemets optimisme – fag-optimismen! (1.2. SL 36.50 min).*

Da patienter ikke forventer komplikationer i forbindelse med behandling, vil en utilsigtet hændelse være svær (og ubehagelig) at forklare en patient. De fleste mente, at man hverken er trænet eller rustet til at tackle fejl, eller tale med patienten om fejl. Der er stor

forskel på afdelingerne i forhold til at fortælle patienten om en formentlig skade. På medicinsk afdeling informerer man f.eks. ikke patienten så ofte, som på kirurgisk afdeling. Ifølge lægerne sker der ikke så tit fejl på medicinsk afdeling, men når de sker, er de oftest kritiske, og det gør dem sværere at fortælle om. Kirurgerne har en større åbenhed, hvilket dels skyldes at der bliver erkendt flere fejl, idet resultaterne kontrolleres via røntgenbilleder og nogle operationer udføres ved hjælp af video. Her er argumentet, at i og med at det er svært at holde fejl skjult: *gør det, at vi allerede har en tradition for at vi må være ærlige (1.1 SL 58.16 min)*. Den information, som patienten får, afhænger således ofte af fejlens synlighed.<sup>4</sup>

### **Hvis I har været involveret i fejl med formentlig skade, hvem vil I gerne diskutere det med?**

Sygeplejerskerne taler gerne med kolleger om fejl hvilket lægerne i mindre grad gør. Lægerne taler mere med deres familie end med kolleger, men igen er dette en individuel ting. Der var dog enighed om, at ingen vælger ledelsen som det første hvis de begår fejl, men at: *Man har krav på at få noget støtte, i hvert fald fra ledelsens side (3.1. YL 34.00 min)*, i de tilfælde hvor det er gået galt. De forventer ikke en rygklapning. *Det der var det vigtigste, det var, at man fik lov til at sige det, der var sket, ik’? Lov til at forklare sig – få lov til at argumentere for hvorfor man gjorde, som man gjorde, og hvilke tanker man har haft (3.1. YL 35.00 min)*. Interviewpersonen pointerede at familien ikke var i stand til at sætte sig ind i problemstillingen og derfor var åben overfor professionelle debriefere. *Hvis det er så alvorlige fejl, som det bliver skitseret her, så vil det være, ja, være ret behageligt – en stor hjælp - at diskutere det med en professionel, der arbejder med krise (...), det er et højt ønske, men jeg synes det er da noget som vi bruger alt for lidt i vores regi, hvor vi har skullet kunne klare næsten hvad som helst uden at kunne diskutere det med nogen, som har forstand uden at være en kollega. Jeg tror, at det ville hjælpe til, at der kom meget mere frem, (...) hvis det var naturligt, at man kunne tale med nogen, der vidste noget om det (2.2. ES 5.00)*.

### **Forskellen på afdelinger og fag**

Der blev lagt meget vægt på kultur og enkeltpersoners indflydelse på kulturen. De individuelle forskelle fik tillagt særlig vægt i forhold til åbenhed om fejl. Derfor var især sygeplejerskerne ikke meget for at generalisere på baggrund af deres erfaringer. *Jamen, det er jo kulturen i afdelingen, som bestemmer meget, om det er noget man siger eller ikke siger, en almindelige ting, eller om det er lovligt at snakke om fejl. Det skal man måske introduceres til, når man starter et nyt sted (2.2. ES 07.00 min)*. Der var bred enighed om, at åbenhed hang sammen med den enkelte afdeling, at det var et spørgsmål om kultur. Men der var også forskel på de yngre og de erfarne (2.2. ES 26.15 min). En sygeplejerske havde oplevet yngre uerfarne sygeplejersker blive opdaget, når de havde begået fejl. *Det er der, hvor det bliver rigtig farligt, når de ikke tør at komme og sige det, de er bange for, den der "du er inkompetent, du kan ikke dit job ordentligt" (2.2. ES 27.25 min)*. Her mente flere at det lå hos afdelingens at socialisere dem til at fortælle om fejl. En af senior sygeplejerskerne synes, at systemet havde ændret sig en del: *Tiderne har ændret sig, og moralbegreberne har flyttet sig og den måde at tage opgaverne alvorligt på, at ansvarligheden har ændret sig [til det bedre], det synes jeg (2.1 ES 56.00 min)*.

---

<sup>4</sup> Erfaringer viser, at i de tilfælde, hvor der indgives rapport om fejl til Patientforsikringen, følger der sjældent klagesager. Klager er oftest resultat af utilfredshed med den efterfølgende behandling eller manglende information om risici i forbindelse med behandling.

Til spørgsmålet, om hvem der definerer ændringer, mente sygeplejerskerne at det er afdelingsledelsen, som sætter de overordnede rammer, mens indholdet kommer på afsnitsniveau. Samtidig pointerede en anden sygeplejerske, at hun altid ville gå til afsnitsledelsen med ændringer, da afdelingsledelsen er for langt væk. Der var enighed om, at især de ældre og erfarne påvirker miljøet, da de naturligt bliver betragtet som rollemodeller for mange af de studerende og yngre kollegaer. De ældre er uvægerligt med til at sætte dagsordenen på de enkelte afdelinger (2.1. 58.00 min).

### **Forskelle på læger og sygeplejersker – og deres indbyrdes forhold**

Der er væsentlig forskel på at arbejde som læge eller sygeplejerske og forskellen sætter sig igennem i forhold til deres måde at håndtere fejl. Der var rimelig enighed om disse forskelle – både positivt og negativt. *Det er et mere kollektivt liv at være sygeplejerske end at være læge* (2.1. ES 01.08.40). Sygeplejerskerne har et bedre netværk. De føler sig mere trygge og møder generelt mere forståelse fra kollegaerne (2.1. 01.07 min). Lægerne mente, at sygeplejerskerne er bedre uddannede med hensyn til håndteringen af fejl, de er mere gruppeorienterede, de får supervision, løbende evaluering og så er de flere kvinder i denne faggruppe. *Hvorimod der er noget ære og noget stolthed, der gør, at man ikke sidder og blotlægger sig i den [lægernes] kultur* (1.2. ES 52.30 min). Lægerne er altså mere tilbageholdende med at tale om fejl. Lægerne arbejder meget alene, mens sygeplejerskerne arbejder i teams. Lægerne står ofte alene, når det går galt.

Der var uenighed blandt sygeplejerskerne, om det var de yngre eller ældre læger, som skabte problemer. Nogen var af den opfattelse, at de yngre ikke turde indrømme deres uvidenhed, andre at problemet lå hos de ældre læger, og ikke hos de yngre som de oplevede som ihærdige. Dette gjaldt især i forhold til adfærden overfor patienten, som kom til udtryk i form af overlegenhed, bedreviden m.m. – simple adfærdsvanskeligheder. Det kunne f.eks. være et problem i nattevagten, at få en ældre læge til at komme, selv i kritiske situationer, hvilket efterlader de uerfarne alene (2.2. ES 02.30 min). En af sygeplejerskerne udtrykte i generelle vendinger at lægerne på almen medicinsk afdeling ikke kom hurtigt, mens de på hjerteafdelingen kom, straks de blev tilkaldt, hvilket hun mente hang sammen med den status der er forbundet med de enkelte specialer (2.2. ES 03.15.00 min). Andre mente, at dette var et personlighedsspørgsmål snarere end noget specialespecifikt.

Ved samarbejdsvanskeligheder mellem lægen og sygeplejersken, oplevede nogle af sygeplejerskerne, at de kom i klemme mellem lægen og patienten. Kemien mellem sygeplejersken og lægen er derfor ret afgørende – også for patienten. *Hvis ikke man har et godt forhold, når tingene går godt, hvordan skal det så gå, når tingene går dårligt, så er det jo håbløst at få snakket de der ting igennem på en almindelig måde* (2.2. ES 01.30.00 min). Om sygeplejerskerne reagerer overfor læger, der åbenlyst fejler eller er ved at fejle, afhænger af den personlige relation.

### **Registreres sygehusfejl i dag på en måde og i et omfang der er hensigtsmæssigt?**

Hverken sygeplejersker eller læger mener, at der er nok læring aktuelt, selvom flere kunne nævne igangværende lokale forebyggelsesmetoder. Oplevelsen var, at man kan lære mere af et formaliseret registreringssystem. *Jeg tror, det er meget rigtigt - som tingene fungerer nu, så tror jeg ikke, at der kommer ret meget ud over den enkelte afdeling. Man lærer kun af hinanden i afdelingen (...), systemet som sådan har jo ingen interesse i at skjule fejlene, de har mere interesse i at forebygge fejlene, ik'?* (2.2. ES 41.50)

min).<sup>5</sup> Alligevel var der ingen, der kunne nævne metoder til at systematisere fejl. Her blev den uklare kommandovej for registrering af fejl også fremhævet. *Det har været en uklar kommandovej, man har skrevet i journalen, fortalt patienten om det og måske gået til afdelingsledelsen, men så er det jo nok holdt der, med mindre afdelingsledelsen har sagt, det her er så grelt, men det har jeg aldrig været ude for* (3.1. SL 00.29.30 min). Den samme læge havde ofte været vidne til, at utilsigtede hændelser ikke nåede ud over journalføringen. En SL supplerede, at hun kun kendte to steder ud over afdelingen, hvor man kunne rapportere: Patientklagenævnet og Patientforsikringen.

Flere gange blev det fremhævet, at der i Sundhedsvæsenet eksisterede en manglende forståelse for menneskelige fejl og at disse bl.a. knytter sig til dårlige arbejdsbetingelser. Det udtrykkes især gennem lægernes oplevelse af, at deres handlinger ikke bliver bedømt rimeligt i forhold til andre medvirkende faktorer, af forskellige instanser. *Man tager ingen hensyn til, hvad der er i naborummet! Man kan stå med et lille barn på to år og en velbefindende mand på fyrrer, og så går man ind til det lille barn. Og hvis den unge mand på fyrrer år så tilfældigvis dør, så er det bare bad luck. Det er det jo i en hvis forstand, eller også er systemet ikke gearret til at tage sig af to akutte patienter på samme tid. Men så er det systemet, der skal have en næse. Det er jo i og for sig ikke den læge, der har taget en prioritering. Det tager man aldrig hensyn til; hvem lå i nabosengen (1.1 SL 56.22 min)? En af de yngre læger var enig i, at det var en medvirkende faktor, men synes ikke at man kunne undskylde sig med systemfejl alene. *Der kan være alle mulige andre grunde til fejl, at man nogle gange begår fejl, bare fordi at man begår fejl* (1.1 YL 50.20 min).*

*Systemet er ikke bygget op til, at det er mennesker, der behandler mennesker, og det påvirker de mennesker, der behandler de mennesker – det har du slet ikke i det her system (...), du går mellem liv og død, du går på en knivsæg som værende, og der er ingen der har taget hånd om det i dette systems karriere (...), og der er ingen der har reflekteret over at det påvirker din egen rygsæk. Og når du går ind og siger, at det bliver vi nødt til at forholde os til, så er det så fremmed for det her system* (1.2. ES 1.02.40 min).<sup>6</sup>

## De største hindringer for rapportering

De to hyppigste årsager til at der ikke blev rapporteret, var konsekvenserne for den enkelte, klager, skyld og skam m.m., og følelsen af afmagt overfor en ledelse, som ikke tager indberetninger til efterretning. Som en læge udtalte efter at have rapporteret om sikkerhedsmangler: *Det har haft nul konsekvens!* (1.2. SL 49.00 min). Både læger og sygeplejersker oplever, at de manglende sikkerhedsmæssige tiltag oftest begrundes ved manglende ressourcer. En SL beskriver det sådan her: *Et ikke hensigtsmæssigt behandlingsforløb (...) det er meget vanskeligt at gøre noget ved, for hver gang man siger, 'det er også fordi der er for få læger i skadestuen', så siger sygehuset, 'jamen der er heller ikke flere penge', og så siger vi, 'jamen så er det jo jeres ansvar!' 'Nej – det er det ikke, for det behandlingsmæssige ansvar det ligger i afdelingen, så hvis ikke I føler, at det er tilstrækkelig sikkert, så må I gøre noget ved det'. En fuldstændig nonsensdiskussion hvor de ligger og kører hver sin vej, sådan er det system, og det lærer folk efterhånden, og så gider de ikke at sige noget* (1.2. SL 49.20 min). En anden læge citerede i den forbindelse flere afdelingslæger for at sige: *Vi kan ikke gøre en skid, og vi venter på at det bryder sammen* (1.2. SL 50.10 min).

<sup>5</sup> Med mindre at registreringen af fejlene i for høj grad bliver brugt som udtryk for et kvalitetsmål, som patienten skal kunne vælge sygehus ud fra. Da vil der være en fare for at holde informationen skjult.

<sup>6</sup> Der blev har refereret til Arbejdstilsynets rapport om arbejdsforhold på en intensiv-afdeling.

De barrierer, som eksisterer i kraft af de konsekvenser, som fejl kan have, opsummeres bedst i det følgende citat: *Jeg tror simpelthen, at man er bange dels for den reprimande, man vil få på den kontante måde. Det er den ene ting, den anden er, at man er bange for patientklager, det er sgu ikke en badeferie at få en patientklage. Der er mange der sikkert tror, at hvis man bliver frikendt for det, så har man det godt, men det er der sgu ingen der har. Alle synes, at det er ubehageligt! Der er to aspekter i en patientklage....., der er nogen der klager over dig, der er nogen der ikke er tilfredse med dig, der synes du kunne have gjort det bedre. Og så er der den anden ting - kunne jeg have gjort det bedre, var jeg for dårlig i den situation? Hvis der havde været en anden læge på arbejde, var det så gået denne patient bedre? Det er derfor, man ikke har lyst til at snakke om sådanne ting, for det er i virkeligheden en stor psykisk belastning, det er derfor at læger, især vi yngre læger, synes det er belastende at gå på arbejde, fordi vi er bange for at begå de fejl, som vi bebrejder os selv og andre går og bebrejder os. Og derfor så går vi og holder det lidt tæt ( 1.2. YL 51.11 min).*

En læge responderede på dette med følgende bemærkning: *Derfor er jeg også imod straf. Der er masser af læger, der er hundeanngste, når de går på arbejde, og det synes jeg er dybt urimeligt altså. Det er næsten det værste i det her system, ik! (1.2. SL 52.20 min).* Der var stor enighed om, at der eksisterer en skræk for at blive hængt ud, men også at denne mest gælder for lægerne. En af de erfarne sygeplejerske mente, at problemet lå i systemet: *Det er jo også fordi du har et system, der ikke tager hånd om medarbejderne, du har et system, hvor du ikke kan gå ind til din boss og sige 'ved du hvad, jeg har et problem, jeg vil gerne snakke om det' uden at risikere repressalier af den ene eller anden slags (1.2. ES 54.30 min).* Der herskede ingen tvivl hos lægerne og sygeplejerskerne om, at sanktionen har en 'fantastisk betydning for at undlade at rapportere'. Samtidig var der enighed om, at sygeplejerskerne havde det nemmere, da de ikke som de nye læger bliver sat på vagt den første dag. *Der har du arbejdstilsynsrapporten, som viser, at lægerne er et af de mest udsatte [fag] i det her system. Det er fordi, de har ikke nogen fast samarbejdspartner, de er meget alene i deres job, de har ikke nogen supervision eller feedbacksystem, som er funktionelt, og de går alene med deres problemer (1.2. ES 1.00.42 min).*

Karrieremuligheder blev også nævnt som grund til at undlade at rapportere og til den manglende åbenhed om fejl. De fleste troede dog ikke på, at det var ens personlige karrieremulighed, som afholdt folk fra at rapportere.

### **Hvad skal der til, for at man har tillid til et rapporteringssystem?**

Der var som nævnt enighed om, at villighed til at rapportere afhænger af de konsekvenser, som den medfører. *Vi begår hele tiden fejl, større eller mindre - forhåbentlig flest mindre. Men hvis ... der hele tiden kommer en konsekvens af det, som på en eller anden måde gør det svært ..., eller hæmmende at arbejde, så vil man ikke rapportere det! Men hvis formålet bliver at få en registrering - få en opfølgning for at få en videreuddannelse - en fornuftig og konstruktiv videreuddannelse, så er jeg sikker på, at så vil registreringen i hvert fald blive hyppigere (1.2 YL 50.00 min).*

Formen og rammen, inden for hvilken man behandler fejl, blev fremhævet. *Hvis rapporteringen har konsekvens for den enkelte læge, så er det forhold man ikke kan arbejde under, fordi alle begår fejl, og det må accepteres (1.2 YL). Der er hændelige uheld, som man må leve med, og så er der decidede fejl! (1.1 YL).*

Sygeplejerskerne var ikke så bange for de ydre repressalier, men fremhævede tryghed som en væsentlig betingelse for rapporteringstiljen. *Det kræver måske nok noget tryghed, at man tør at indrømme det, når man gør noget galt (2.2. ES 29.20 min).*

## Vil et registreringssystem kunne hjælpe til at reducere sygehusfejl?

Interviewpersonerne tror på, at et registreringssystem vil være en fordel. Et system der kan opfange mønstre, arbejdsgange, analyser der bliver væk m.m. Hvis der er mange utilsigtede hændelser, så vil man være tvunget til at gøre noget. *Jeg synes da også, at det er vigtigt - på en eller anden måde - at få det registreret, for hvis du skal flytte nogle ting, så bliver du også nødt til at registrere det. Ha' det sort på hvidt! Det kan godt være, at vi snakker om det, men det flytter ingenting. Vi bliver nødt til at dokumentere, hvad er det der sker og i hvilke situationer* (1.1. ES 09.00 min).

Registrering er efter interviewpersonernes opfattelse en mulighed for at lære af andres fejl, da der ikke aktuelt sker nok læring af fejl, hverken lokalt, i afdelingen eller uden for afdelingen. En spredning af viden via undervisning, morgenkonference m.m. er derfor ønskværdigt. Samtidig skal det fremhæves, at der indledningsvist fremstod en vis modstand fra både læger og sygeplejersker overfor registreringen, og en af de yngre læger forholdt sig skeptisk overfor, hvad andre kunne lære af hendes fejl (3.1. UL 01.11.00).<sup>7</sup>

En af de erfarne læger synes, at afdelingen selv (altså udenom en central registrering) skulle kunne klare at behandle og lære af fejlene. *Man burde kunne skabe et så godt miljø på sin egen afdeling, at folk ikke føler, at det er ubehageligt at komme og sige, "ved du hvad, der skete det og det for mig, og jeg var lige ved at gøre det og det. Det synes jeg ville være den ideelle verden* (3.1. SL 01.08.20 min). Ud over at opnå tryghed og åbenhed, var det også et argumentet for at overkomme problemet med, at nogle afdelinger kunne finde på at undlade at rapportere for ikke at få et dårligt ry. Ud over det centrale registreringssystem, mente interviewpersonerne, at det er nødvendigt at skabe åbenhed og tillid på lokalt plan.

*Jeg tror ikke der er så meget, der er skjult i virkeligheden. Noget vil være, men det vi ser, er ikke en top af et isbjerg, for hele isbjerget ligger oppe på stranden og er fuldt synligt for alle. Det kan godt være, der er en lille del, der er efterladt nede i vandet, og dem kunne man så fange med jeres system. Men vi har et kæmpe problem, før vi overhovedet når ned på et niveau, hvor jeres system kan komme til rette. De ulykker, der sker, skyldes primært ledelsesproblemer og organisatoriske faktorer. Der gøres ikke noget pga. manglende støtte hos hospitalsledelsen. Vi kommer ikke igennem med det overfor hospitalsledelsen* (1.1, afsnit 3). Det er et styringsproblem. Et registreringssystem kan opleves som overflødig af personalet og vil endvidere kunne misbruges politisk. Der er enighed om at visse utilsigtede hændelser er synlige og indberettes, men at der sjældent handles på den viden. Der er et generelt uddannelsesmæssigt problem i visse afdelinger, som kan resultere i flere fejl og utilsigtede hændelser.

## Personalets ønsker til registreringssystem

*Registreringen skal også kunne indfange systemfejl. Det er væsentligt, at man ikke bare registrerer selve hændelsen, men også de udenoms faktorer, som har været med til at påvirke hændelsen* (1.1 ES 1.00.14 min). Der var bred enighed blandt de interviewede om, at registreringssystemet skulle kunne indeholde mange nuancer. Dvs. det ikke kun skulle registrere individfejl, men også systemfejl. Registreringen må ikke være 'skyldsfikseret'. Det er nødvendigt, at det indeholder rubrikker, som kan indikere mulige medvirkende faktorer. Her blev bl.a. nævnt erfaring og kompetence i form af uddannelsesni-

---

<sup>7</sup> I projektgruppen mener vi, at modstanden dels skyldtes, at vores interviewpersoner ikke kender til de forskellige slags systemer, og dels en forvirring eller usikkerhed om hvad præcist det er, der skal registreres. Hvad er overhovedet en fejl, var et ofte rejst spørgsmål. Det bør derfor gøres klart i spørgeskemaet, hvad der tilstræbes gennem registreringen.

veau, student/nyuddannet, stressfaktor/stressniveau, normering på afdeling m.m.. Derudover skal nytten af rapportering gøres tydelig. Kvalitetsparameteren skal tage udgangspunkt i det kvalitative, om der bliver gjort noget ved tingene, og ikke det kvantitative i form af hvor mange fejl der begås (3.1. 56.00 min).

*Den [indrapporteringen] skal være anonym, og den skal være nem. Det er to grundsten! Hvis ikke den er det, så vil det ikke lykkes, for så er folk på vej hjem og klokken er blevet fire, og hvis de skal skrive fire A4 sider og sætte kryds ved 100 små spørgsmål, så tænker de "det gør jeg bare i morgen, eller hvornår jeg nu kommer tilbage". Det skal være noget, hvor det er meget nemt at udfylde skemaet, og få sendt det hen et sted hvor det bliver samlet sammen en gang imellem. Hvis ikke så tror jeg ikke på det (1.1 SL 51.45 min).*

Samtidig var der en der fremhævede: *Jeg synes heller ikke at man skal have anonymitet, jeg synes det er svært det her, for man skal jo heller ikke have absolution [tilgivelse], for hvad som helst man laver. Der kan jo være ting, der er så grove, ik?', så den kræver en eller anden påtale, officiel påtale...eller bøde (3.2. SL 07.50). Et klart dilemma mellem anonymitet og ønsket om at grov uagtsomhed og sjusks skal have konsekvenser.*

Et andet dilemma udspillede sig mellem kravet om anonymitet overfor muligheden for en dybdeforståelse af hændelsen, samt personlig feedback. Anonymiteten sætter en begrænsning på, hvor meget man kan gå tilbage og vurdere den enkelte hændelse, og det kan være et problem. Alligevel var der enighed om kravet til anonymitet: *Jeg tror bare, at hvis man skal bruge det til læring i systemet, så skal det være anonymt, for ellers så får man ikke de indberetninger, så får du kun de mest graverende indberetninger. Så får du ikke den læring, der ville gøre, at du ville undgå de graverende (1.1 ES 01.08.45 min).*<sup>8</sup>

Der var en af sygeplejerskerne, der var overbevist om, at *man ville få flere til at rapportere, hvis det er klart, hvor rapporterne går hen, hvad det skal bruges til – hvilke forventninger/reaktioner er der til skemaerne? Skal de gå tilbage til afdelingerne, så de kan bruges til noget eller ikke? I får flest svar, hvis folk ved skemaets gang, efter de har afleveret. (...) Hvis folk er usikre på, hvor det går hen, så vil de også være usikre på, hvad de skal svare (1.2. ES 1.11.20 min). Det skal specificeres helt klart på skemaerne, hvor hvad går hen!*

Der var enighed om både at registrere skader og formodede skader for lærings skyld (selvom patienten i sidstnævnte tilfælde ikke ville få information om det). *Jeg synes det er vigtigt, at det system der kommer, kan registrere nogen ting hvor det åbenlyst er gået galt. Men det må også gerne registrere nogen ting, hvor det er lige ved at gå galt. (...) Er det bare en u hensigtsmæssig måde et forløb er forløbet på, fordi det gik galt, eller hvis det nu var gået så galt, var det så endt med en katastrofe? (...) At det kunne få den nuance med (1.1 SL 59.00 min).*

*Men der må jo også skulle nedfældes nogle kriterier for, hvad det er, der skal anmeldes. F.eks. u hensigtsmæssige hændelser eller kritiske hændelser, det kan vi jo hver især udlægge, som vi har lyst, og derfor er vi også nødt til at definere begrebet. Hvad er det vi lægger i det, hvornår er det overhovedet vi skal begynde at anmelde noget som helst? Og hvem er det kritisk for? For patienten? For de pårørende? Er det for lægen, eller er*

---

<sup>8</sup> Der herskede dog en generel skepsis overfor muligheden af anonymitet og frit lejde, og hvis rapportering havde for mange konsekvenser for den enkelte, så rapporterede man ikke. *Delvis anonymitet – den tror jeg ikke på!* (1.1. SL 67.44 min). Interviewpersonerne var i deres forestillinger om mulige måder at rapportere på meget bundet af det gældende system, hvilket dermed satte begrænsninger på deres krav til registreringssystemet. Denne faktor skal vi være særdeles opmærksomme på i spørgeskemaet.



det for plejepersonalet? Altså der tror jeg, at vi kunne få fire vidt forskellige holdninger til, hvad det skulle indeholde (2.1. ES, 48.00 min). Der hersker enighed om, at dette er svært at definere, f.eks. 'er det kritisk, at en patient får aflyst sin operation'? Og hvad hvis man ikke formår at indkalde en patient efter de retningslinjer og kriterier der er opstillet inden for sundhedsvæsenet? Og hvem skal vurdere, hvad der er vigtigt? Hvad er overhovedet en fejl? Dette var nogle af de spørgsmål interviewpersonerne synes burde gøres klart (2.1. 50.00 min).

## Udformning af et registreringsskema

De konkrete krav til en registreringsblanket var følgende: Anonymt, nemt, hurtigt, overskueligt, få rubrikker, højst én A4 side, let tilgængeligt og nemt at aflevere (1.1 69.00 min).

## Konkrete forslag til registreringssystemer

Det er vigtigt, at klargøre målet med registreringssystemet. Hvad er ambitionen? Er registreringen et kvalitetsmål eller et forebyggelsesinstrument? Der skal fokuseres på kvaliteten af den læring, man opnår gennem fejl, og ikke på kvantiteten af fejl. De interviewede havde flere konkrete forslag til registreringssystemer:

1) Der var en senior læge, der foreslog et system, der gav næser (1.1 53.00 min). Der fremkom to variationer af denne tanke. I den første skulle selve afdelingen tildeles næser, ikke den enkelte læge som det er tilfældet nu med Patientklagenævnet. De fordele, der lå i et sådan system, blev skitseret som følgende:

- At afdelingsledelsen er nødt til at tage et større ansvar for de personer, der er ansat.
- Man kunne måske endda vælge at gøre det officielt, evt. på internettet.
- At sygehusledelsen er nødt til at forholde sig til den strukturering, der er i den enkelte afdeling, f.eks. at mange fejl sker, fordi kompetencen ikke er tilgængelig til alle tider i afdelingen.
- At skabe gennemsigtighed, så man kunne gøre op med manglende kompetence og viden i den enkelte afdeling.

Ideen udsprang af en sag, hvor både en sygeplejerske og en læge fik tildelt en næse, på trods af, at de havde gjort, hvad der kunne forventes, og at det derfor snarere kunne se ud til at være en systemfejl. Den anden variation var at uddele næser både til afdelingen og til den enkelte læge/sygeplejerske. I dette tilfælde var argumentet, at lægen også skulle vide, når den var helt gal.

2) Flere foreslog et toleddet registreringssystem, hvor første led var afdelingsledelsen, som sorterede, hvad der var værd at sende videre til en central registrering – eller til sygehusledelsen (3.2. SL 08.00 min). En læge så en fare i at lade afdelingerne censurere, fordi: *Man kunne også tænke sig en afdeling, som bagatelliserede noget bestemt, og syntes at det her er egentlig ikke noget særligt problem, vel? Men det kan godt ske, at alle afdelinger gør det samme [begår de samme fejl]* (1.2. SL 03.35 min).

3) Et system på to niveauer: et der registrerer fejl på centralt (amtsligt eller nationalt) plan, og et der tager sig af lokalregistrering.

4) En SL udtrykte en drøm om, at systemet blev brugt som et kvalitetsparamenter for amtet/direktoratet, så det blev brugt til at gøre kvalitetsparametrene bedre frem for at offentliggøres. Baggrunden for ønsket var en skepsis overfor måden, offentligheden og pressen vil aflæse tal (1.2. SL 29.20 min). En yngre læge mente dog godt, at man kunne kommunikere værdien af de fejl. Et udtalt dilemma mellem læring og konsekvenser/reaktioner overfor den indsamlede viden.

Der var flere, der fremhævede faren for at rapporteringssystemet kan bruges negativt, f.eks. at afdelinger hænges ud. Derfor skal hverken person eller afdeling kunne identificeres. I det mindste ikke for pressen. På den anden side mente flere, at det skal være tilgængeligt for rapportørerne, så de kan vurdere, hvor de ligger i forhold til de andre. Denne form for registrering skal ikke være individfikeret, men skal støtte læring på tværs af specialer (2.2. ES.14.20 min). En af de yngre læger udtalte dog også: *Selvfølgelig skal det have nogen konsekvenser for den afdeling, hvis det viser sig, at der er begået mange fejl på en afdeling* (1.2. YL 03.20 min).

Der var en del enighed om, at en centralregistrering i en eller anden form ville gøre det lettere for folk at rapportere, idet det ikke skulle gå over afdelingsledelsen. *Jeg tror egentlig ikke, at hverken læger eller sygeplejersker vil føle sig mere skræmte af, at det ryger til et centralt sted frem for at blive i afdelingen. Tværtimod (...) det tror jeg faktisk vil gøre det mindre skræmmende, især set i lyset af at det er anonymt* (1.2. YL 03.00 min).

### **Hvilken form for feedback ønsker du fra registreringssystemet?**

Motivation til at rapportere ligger i en 'klar respons', en tydelig læring og rekommandationer, som implementeres i det daglige. Alle var enige om nødvendigheden af at synliggøre at det individuelle engagement er med til at opkvalificere afdelingens patient-sikkerhed. Der skal laves opgørelser over hvor mange fejl hver afdeling har begået og sværhedsgraden af disse fejl. En sygeplejerske pointerede, at der er hændelser, hvor man har brug for at tale om det med det samme. Derefter kan det gå ind i et centralt registreringssystem.

En SL foreslog, at al registreringen skulle optages centralt, og derefter sendes tilbage til afdelinger hver fjortende dag eller hver måned. Det ansås for vigtigt at fortage en central registrering for at lære på tværs af sygehuse. Der sker fejl, blev det anført, som ikke er hyppige på en enkel afdeling, men som er statistisk signifikante på landsplan.

### **Hvor hurtigt skal der komme feedback efter den enkelte hændelse?**

Stor vægt blev lagt på tidsfaktoren i feedbacken. *En hurtig respons er vigtig – for de større hændelser - en uge; de mindre må godt tage længere tid, men max 3 måneder. Hvis nu du retter dem, så vil du også gerne se at de forsvinder igen...Der skal bare ikke gå 1½ år, før den fejl du rettede rent faktisk forsvinder. Det vil man gerne se, og det skulle registreringssystemet gerne vise* (1.2. SL 06.29 min). *Hvis der går for lang tid, vil det virke demotiverende* (2.2. SS 23.00 min). Der var nogen skepsis overfor denne tidsramme. *Entusiasmen daler, og det gør den meget hurtig, hvis ikke du sørger for, at tidsfaktoren er minimal. Så får du en registrering de første tre måneder, og så får du ingen registrering bagefter* (1.2. ES 06.45 min).

### **Hvem skal behandle (analysere) rapporten ?**

Der herskede uenighed og tvivl om, hvem der skulle behandle sagerne, og hvad de skulle behandle. Der mangler en klar taksonomi eller kriterier for, hvilke fejl og hændelser der skal indberettes. Der skal være en relation mellem omfanget af fejlen, og de der skal behandle den. De større sager skal kunne analyseres i dybden, de hører ikke hjemme i en postkasse. Komplekse sager skal ikke indgå i det anonyme system, der kræves en anden form, evt. audit.

En yngre læge foreslog, at rapporterne kunne gå til den uddannelsesansvarlige, fordi der i det regi ville være tydeligt, at det handlede om læring og ikke om at placere skyld.

En SL var skeptisk overfor dette, idet han på sin afdeling havde oplevet et sådan system, men at det blev meningsløst, når ledelsen ikke ville gøre noget ved de ting, man havde vist var galt. Her blev det igen pointeret, at ledelsen som foregangsmænd var en forudsætning for, at få det til at virke. Flere af lægerne foreslog, at sygehusledelsen havde ansvar for, at afdelingerne lever op til de krav, der er sat (1.2. 14.30 min).

Der var uklarhed om, hvem der skal være behandlere eller modtagere af rapportering. Nogle sygeplejerske mente, at hvis det var nogle udefra, så kunne der være et forbehold eller en mindre tilbøjelighed til at indberette. Der var et udtalt ønske fra sygeplejerskerne om at kunne gå til afdelingssygeplejersken, hvis de kommer ud for en kritisk hændelse.

Flere af lægerne mente, at rapporteringssystemet som sådan var for stort til at holde på afdelings(ledelses)niveau, da man ikke altid ud fra enkelte hændelser vil kunne se, om der er problemer (1.2. SL 47.00 min).

### **Måder – metoder til læring og spredning af viden**

Sygeplejerskerne foreslog, at man kunne lære lidt af lægernes morgenmøder. Problemet er dog, at man aldrig kan samle alle folk. Der er også mange sygeplejersker på deltid, hvilket gør det endnu sværere at nå ud til alle. Personalemøder holdes hver 3.måned, men der er heller ikke mødepligt. Man kunne evt. benytte 'Ugebrev' på opslagstavlen, som sygeplejerskerne læser. Nogle sygeplejersker foreslog også 'En sidste-nyt bog', som eksisterer nogle steder, og som er pligtig læsning. Der skrives løbende i den, og sygeplejerskerne var enige om, at den fungerer godt til at opdatere folk på afdelingen (2.2. ES 32.00 min). Til spørgsmålet om muligheden af et specifikt møde, som omhandlede læring, mente de ikke det var realistisk, da de i forvejen bruger meget fritid på 'arbejde'. Et lønnet fremmøde ville nok kunne trække lidt flere deltagere. Under alle omstændigheder kunne man begynde ved at gøre de nye på afdelingen opmærksomme på, hvilke fejl der typisk sker, så de i det mindste undgår at begå dem. Dette kunne f.eks. samles i en folder, pjece el.lign. (2.2. ES 40.00 min).

# Sammenfatning

I det følgende foretages en sammenfatning af de væsentligste emner, der blev diskuteret under interviewene; forskelle på faggrupper, specialer og afdelingers holdninger og håndtering til fejl, krav til registreringssystemet, og til sidst faktorer, der muligvis kan holde personalet fra at rapportere fejl og hændelser.

## Forskelle

Sygeplejerskerne rapporterer mere end lægerne. Dette kan skyldes flere ting: en anden uddannelsesform, mere supervision og en mere gruppeorienteret arbejdsform end lægerne. Sygeplejerskerne har et mere åbent miljø, hvor de er mere vant til at tale om de ting de oplever, herunder fejl.

De interviewede var af den opfattelse, at der var forskel på afdelinger og disses håndtering af fejl:

- I nogle afdelinger ses flere fejl end i andre, og disse begrundes i arbejdsbetingelserne; f.eks. bemanding, stress, kompetence, uddannelse.
- I nogle afdelinger er det mere accepteret, at det er menneskeligt at fejle, ligesom det i nogle afdelinger mere end i andre anerkendes at bringe fejl og hændelser frem.
- Håndteringen af fejl og utilsigtede hændelser er meget afhængig af den enkelte afdelings kultur. Dvs. måden, hvorpå man behandler fejl, afhænger i høj grad af ledelsen (og dermed enkeltpersoner.)
- Der findes afdelinger, som overladt undlader at informere patienter af frygt for repressalier – især overfor de yngre læger. Det er de samme afdelinger, som føler sig presset ressourcemæssigt.

## Krav

De interviewede kunne godt forestille sig centralt udstykkede retningslinjer for registrering. Samtlige ønskede klare definitioner for, hvad der præcis skal rapporteres og hvordan. Ligesom der var et ønske om at registrere nærfejl, formodede skader og egentlige skader.

Det blev ofte fremhævet af interviewpersonerne, at det er nødvendigt at man ved behandling af registrerede hændelser ikke kun skal lede efter individfejl, men i høj grad også kigge på systemfejlene, hvis der skal ske en læring. Det var vigtigt for interviewpersonerne, at fejlene blev analyseret i deres kontekst.

Registreringssystemet bør derfor heller ikke stå alene. Det er nødvendigt, at der sker en sideløbende lokal kvalitetskontrol. Hvis ikke der lægges særlig vægt på dette, er der en fare for, at den centrale registrering vil synes meningsløs og dermed miste sit potentiale. Der eksisterer aktuelt en følelse af afmagt i forhold til at kunne forbedre patientsikkerheden.

Det er vigtigt, at registreringssystemet ikke primært bliver et kvalitetsmål, da dette kan afholde personale eller afdelinger fra at rapportere.

## Barrierer

Nogle læger oplever et dilemma mellem på den ene side at være åben overfor patienten og på den ene side, at patienten mangler forståelse for at fejl er menneskelige.

Der var en generel skepsis overfor politikernes motiv til indføre et registreringssystem, og en udtalt mistanke om at registreringen kunne misbruges (både af politikere, men også af de enkelte afdelinger).

Flere af lægerne var af den opfattelse, at den af regeringen omtalte sammenlægning af Patientklagenævnet og Patientforsikringen i endnu højere grad ville tilbageholde folk fra at rapportere. En af lægerne fremhævede, at sammenlægningen endog kunne få en effekt på et anonymt registreringssystem. Den samme læge foreslog, at det kunne være interessant at spørge patienterne, om de var mest interesseret i at få erstatning eller at få anerkendt en klagesag, hvis det stod til valg. Pointen er, ifølge lægerne, at hvis de to sammenlægges, så vil lægerne sandsynligvis rapportere mindre, og patienterne vil få sværere ved at få erstatning.

# Erfaring fra interviewene til brug for udformning af et spørgeskema

Efter at have gennemgået og analyseret de tre interview er det tydeligt, at der er flere væsentlige præmisser, definitioner og ordvalg, som skal gennemtænkes ved udformningen af spørgeskemaet. Nedenstående er et forsøg på at skitsere disse erfaringer.

## Vigtige temaer der bør indgå og afklares i spørgeskemaet

De interviewede var tydeligvis forbeholdne overfor et registreringssystem, som ikke ville garantere anonymitet. Det er et reelt problem, idet anonymitet resulterer i en ofte mangelfuld udredning, fordi man ikke kan få uddybende viden fra den rapporterende. (Fra offentlighedens synspunkt kan der være en modstand overfor at lade 'skyldige' læger, sygeplejersker eller den enkelte afdeling gå fri pga. lovet anonymitet.)

- Vi bør konstruere eksempler på et konfidentielt og et betinget konfidentielt system, og afsøge hvordan de vil forholde sig, og hvor deres grænse for rapportering går.
- Vi bør illustrere, hvilke former for registreringssystemer der findes, f.eks. ved at konstruere nogle realistiske modeller og bede respondenterne tage stilling til dem.

Vi bør derudover også afklare personalets holdninger til patienter. På den ene side respekterer personalet patienters ønsker om åbenhed og 'total' information, f.eks. i forbindelse med sygehusvalg, mens selv samme patientforventninger, på den anden side, kan ramme personalets egne ønsker. Hvor går personalets grænse for offentligt tilgængelig information om enkelte afdelingers fejl- og hændelsesstatistik?

Det skal afklares, hvem læger og sygeplejersker ønsker, der skal behandle rapporter om hændelser.

- Flere foreslog, at afdelingsledelsen eller sygehusledelsen modtager rapporterne og derefter sender dem videre til centralt hold, mens andre var skeptiske derved. De skeptiske var af den opfattelse, at manglende tillid til afdelingsledelsen i visse afdelinger kunne resultere i en lavere rapporteringsfrekvens.
- Sygeplejerskerne var i højere grad end lægerne forbeholdne overfor at skulle have udefra kommende til at behandle rapporterne.

## Kommunikationsmæssige erfaringer

Det skal gøres tydeligt, hvilket formål registreringssystemet har. Hvordan adskiller registreringssystemet sig f.eks. fra Patientklagenævnet og Patientforsikringen.

- Skal det f.eks. ekspliciteres, at registreringssystemets formål først og fremmest er **læring** og ikke at finde skyldige?

Det er vigtigt at gøre det tydeligt, at registreringssystemet ikke skal overtage den lokale evaluering, vejledning og supervision. Det er ikke konkurrerende, men supplerende systemer.

- Det skal fremhæves, at registrering samt forebyggelse kan ske sideløbende og på flere niveauer.

Vi skal dels være opmærksomme på modtagernes oplevelse af risici i forbindelse med rapportering, og dels på de forskelle der findes i brugen og forståelsen af begreber og for misforståelser. Begreber skal derfor defineres og operationaliseres:

- Det er nødvendigt med en tydelig redegørelse af, hvad der menes med 'registreringssystem', 'rapportering', 'fejl' og 'utilsigtede hændelse', tilbagemelding og læring.
- Når vi taler om 'ledelsen', så skal det være specificeret, hvilken vi refererer til. Der var noget forvirring om dette i interviewene.

Redegør for, hvad der skal registreres og i hvilket regi. Herunder hvilken form for rapportering der refereres til i spørgsmålene. Er det til patientinformationen, Patientforsikringen, afdelingslederen m.m..

Afklar, om vi er ude efter registrering af fejl eller utilsigtede hændelser inklusive uventede komplikationer og hvori forskellen består.

# Appendiks

## Interviewguide til fokusgruppeinterviews

Projektet: Utsigtede hændelser på sygehuse - krav til et registreringssystem.

Deltagerne bedes diskutere følgende 6 emner.

### **Reaktioner på fejl og kritiske hændelser**

#### **Reaktion over for kollegaers fejl**

Hændelige fejl

Sjusk (situationer/mønster)

Hvad gør du nu ?

Hvad er ønskeligt ?

#### **Patientens ønsker / reaktion over for pt.**

Hvad tror I, patienten (og de pårørende) selv ønsker ?

Er der ubehag ved at tale med patient / pårørende ?

Er der ubehag ved at tale med ledelsen ?

Er der ubehag ved at tale med pressen - offentliggørelse af eget navn ?

#### **Hvem vil I gerne diskutere det med, hvis I har været involveret i fejl med formentlig skade ?**

Gode kollegaer ?

Ledelsen ?

Familie og venner ?

Professionelle debriefere ?

Hvorfor - hvorfor ikke ?

Er det forskelle i afdelinger I har været ansat på ?

Hvad fungerer godt / skidt ?

Hvad betinger disse forskelle ?

#### **Mener I, at sygehusfejl (systemfejl/individuelle fejl) i dag registreres på en måde og i et omfang, der er hensigtsmæssig ?**

Hvad er årsagen til, at personalet er tilbageholdende med at rapportere fejl ?

Hvad skal der til for, at man har tillid til et rapporteringssystem ?

Vil et registreringssystem kunne hjælpe til at reducere sygehusfejl?

#### **Personalets ønsker til indberetningssystem**

Hvad er dit ønske til graden af fortrolighed / anonymitet ?

Hvad er din holdning til frit lejde / sanktioner ?

Hvilken form for feedback ønsker du fra registreringssystemet ?

Personlig

Afdelingen

Hvor hurtigt skal der komme feedback efter den enkelte hændelse?

Hvem skal behandle (analysere) rapporten ?

Sygehusledelsen / uddannelsesafdelingen ?

Afdelingen (ledelsen) ?

Eksterne eksperter ? Lokale, regionale, landsdækkende - Sundhedsstyrelsen

Sondring mellem tilsyn og debriefing?

Hvad siger I til et obligatorisk system contra et frivilligt system ?

Rapportere skader

Rapportere formodede skader



## Bilag til interviewguide

### Projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

#### Tre fiktive cases

*Angiv venligst for hvert af de følgende tre cases*

*Hvad er i dag den typiske reaktion, hvis dette skete i min afdeling?*

*Hvilken reaktion ville være den ønskelige?*

*Vil man fortælle det til kollegaer?*

*Vil pt. blive orienteret?*

*Vil der ske en indberetning til patientforsikringen?*

*Vil hændelsen/medicinering blive indført i journalen/cardex?*

*Vil afdelingsledelse blive orienteret?*

*Vil der blive skrevet en rapport?*

#### **FIKTIV CASE 1 - ingen skade, men stor risiko (tæt på )**

En patient er på sengeafdelingen, 3 dage efter en større operation. Patienten har et epidural kateter, hvor pumpen fjernes, og katetret proppes til næste dag. Desuden har patienten et CVK, som der gives antibiotika i 3 gange dagligt. Da der næste gang skal gives antibiotika, sættes infusion til epidural katetret i stedet for CVK af den yngre uerfarne sygeplejerske. Dette opdages umiddelbart efter af en erfaren sygeplejerske. Der er risiko for, at den indgivne antibiotika ville give permanente skader i epidural-rummet, risiko for neurologiske udfald.

#### **FIKTIV CASE 2 - formentlig skade, patienten ved det ikke**

En patient med nedsat nyrefunktion er i behandling med bl.a. gentamycin og diural. Den uerfarne læge giver i stedet for 80 mg som vedligeholdelsesdosis 240 mg, og det gives samtidig med diural. Der er risiko for at patienten udvikler hørenedsættelse senere, som kan blive varig.

#### **FIKTIV CASE 3 - med sikkerhed skade, patienten ved det ikke**

En cancer patient får kemoterapi, et af præparaterne kan påvirke hjertefunktionen på længere sigt. Påvirkningen er dosisafhængig. Sygeplejersken har ved en fejltagelse blandet den 10 dobbelte dosis i infusionsvæsken. Lægen, som sætter infusionen til, checker ikke etiketten på beholderen. Den indgivne dosis vil med sikkerhed give patienten hjerteproblemer senere.

**Bibliographic Data Sheet****Risø-R-1366(DA)**

## Title and authors

Focus group interviews with doctors and nurses about attitudes toward reporting adverse events in hospitals. Report I from project about *requirements to a reporting system of adverse events in hospitals*.

Marlene Dyrlov Madsen, Henning Boje Andersen, Doris Østergaard

## ISBN

ISBN 87-550-3118-8 (Internet)

## ISSN

ISSN 0106-2840

## Department or group

Systems Analysis Department

## Date

September 2002

## Groups own reg. number(s)

Project/contract No(s)  
1225057

## Sponsorship

Ministry for the Interior and Health; Copenhagen County Hospital Administration

## Pages

31

## Tables

## Illustrations

## References

## Abstract (max. 2000 characters)

This publication is the first report of a project carried out in 2001-02 for the Danish Ministry for the Interior and Health about requirements to a reporting system of adverse events in hospitals. The aim of the project was to establish a set of recommendations for a system of reporting and learning from adverse events in hospitals. The recommendations were based on a review of international experience with reporting, interviews with and an extensive questionnaire survey amongst nurses and doctors.

This report contains an overview of the results of three focus group interviews with doctors and nurses carried out in August 2001. The interviews were conducted in order to gain insight into nurses and doctors perceptions of how errors and adverse events are handled in hospitals; in addition, the results were intended to be used as a basis for developing a questionnaire on incident reporting for the two personnel groups.

The report contains:

- A short description of the organisation of the interviews, the selection of the interviewees, the implementation and the method used to analyse the interviews.
- A short summary of the chief discussions from the interviews, including reporting practices, attitudes toward reporting and requirements to a reporting system.
- A systematic and joint summary of the three interviews structured by the six themes included in the interview guide (see appendix). These include:
  - Reactions to errors and adverse events
  - Reactions towards colleagues who make mistakes
  - Perception of patient wishes and own reactions toward patients
  - Who do the interviewees wish to talk to, if they have been involved in an error that harms a patient?
  - Perceptions of the reporting of medical error – is it done appropriately today?
  - Own requirements to a system of registration
- Summary of experiences from the interviews for use in the development of the questionnaire, including important issues that should be elaborated in the questionnaire and reflections in relation to nurses' and doctors' very different use and understanding of relevant, key vocabulary.

The project was funded by the Ministry for the Interior and Health and received additional support from the Copenhagen County Health Administration.

## Descriptors

INCIDENT REPORTING; REPORTING SYSTEMS; PATIENT SAFETY; MEDICAL ERROR; HUMAN ERROR; RECOMMENDATIONS; REPORTING MODELS; ADVERSE EVENTS; CONFIDENTIAL REPORTING; ANONYMOUS REPORTING; HOSPITAL INCIDENTS; FOCUS GROUP INTERVIEW; INCIDENT REPORTING ATTITUDES



### **Mission**

At fremme en værdiskabende og miljømæssigt forsvarlig teknologisk udvikling inden for energi, industriel teknologi og bioproduktion gennem forskning, innovation og rådgivning.

### **Vision**

Risøs forskning **flytter grænser** for forståelsen af naturens processer og sammenhænge helt ned til den molekylære nanoskala.

Resultaterne **sætter trend** for udviklingen af bæredygtige teknologier inden for energi, industri og bioteknologi.

Indsatsen **gavner** det danske samfund og fører frem til nye industrier i milliardklassen.

ISBN 87-550-3118-8 (Internet)

ISSN 0106-2840

Forskningscenter Risø  
Afdelingen for Informationsservice  
Postboks 49  
4000 Roskilde  
Telefon 4677 4004  
risoe@risoe.dk  
Fax 4677 4013  
Website [www.risoe.dk](http://www.risoe.dk)

# Publikationer

[Afdelingspublikationer](#)

## Fokusgruppeinterviews med læger og sygeplejersker om holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse

### Delrapport I fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Marlene Dyrlov Madsen, Henning Boje Andersen, Doris Østergaard

Forskningscenter Risø,  
september 2002, 31 s., ISBN 87-  
550-3118-8



[Risø-R-1366\(DA\)](#) (462 Kb)

Electronic format only

#### Abstrakt

Denne publikation udgør den første delrapport fra et projekt udført 2001-02 for Indenrigs- og Sundhedsministeriet om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Projektet havde til formål at udarbejde anbefalinger for, hvorledes et system til rapportering af og læring fra utilsigtede hændelser på sygehuse kan tilrettelægges. Anbefalingerne skulle baseres på grundlag af en gennemgang af internationale erfaringer med registreringssystemer, interviews med og en omfattende spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker og læger.

Nærværende rapport indeholder en oversigt over resultaterne fra tre fokusgruppeinterviews med sygeplejersker og læger afholdt i august 2001. Interviewene blev gennemført med henblik på at få indsigt i sygeplejerskers og lægers opfattelser af, hvorledes fejl og øvrige utilsigtede hændelser håndteres på sygehusene. Endvidere var det planlagt, at resultatet skulle danne grundlag for udformning af et spørgeskema rettet mod disse to personalegrupper.

Rapporten indeholder:

- En kort beskrivelse af tilrettelæggelse af interview, udvælgelse af interviewpersoner, gennemførelse samt den anvendte metode til fortolkning af interview.
- En kort opsummering af de centrale diskussioner i interviewene, herunder rapporteringspraksis, holdninger til rapportering og krav til et registreringssystem.
- En systematisk og samlet opsummering af de tre interview

struktureret ved de seks temaer som interviewguiden indeholdt (jf. appendiks). Dette omfatter:

- Reaktioner på fejl og kritiske hændelser
  - Reaktioner over for kollegaers fejl
  - Holdninger til patientønsker og egne reaktioner overfor patienter
  - Hvem man gerne vil tale med, hvis man har været involveret i skadevoldende fejl
  - Holdninger til registrering af sygehusfejl – gøres det på hensigtsmæssig vis i dag?
  - Egne ønsker til et registreringssystem
- 
- Opsummering af erfaringer fra interviewene til brug for udformning af spørgeskemaet, herunder vigtige temaer, der bør indgå og afklares i spørgeskemaet, samt overvejelser i relation til læger og sygeplejerskers forskelligartede brug og forståelse af centrale termer.

### Se også:

[Risø-R-1367\(DA\)](#) medio 2003: Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse.

[Risø-R-1368\(DA\)](#) Oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer. Delrapport III fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

[Risø-R-1369\(DA\)](#) Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse

Søg

Vejviser

Kontakt

Afdeling

Home

Top