

**Region Hovedstaden**  
Kvalitet i Almen Praksis  
i Hovedstaden, KAP-H

# Kortlægning af Kvalitets- og Patientsikkerhedskulturen og identifikation af Kimcentre i Region Hovedstaden

**Kortlægning af Kvalitets- og Patientsikkerhedskulturen og  
identifikation af Kimcentre i Region Hovedstaden**

Online publikation udgivet af:  
Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden, KAP-H  
Kongens Vænge 2B  
3400 Hillerød

E-mail: [kap-h@regionh.dk](mailto:kap-h@regionh.dk)  
[www.kap-h.dk](http://www.kap-h.dk)

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

**ISBN 978-87-998140-0-8**

# Indholdsliste

|  |    |
|--|----|
| <b>Resumé</b> .....  | 5  |
| <b>Introduktion</b> .....  | 6  |
| <b>Patientsikkerhedskultur</b> .....   | 6  |
| <b>Kimcentre for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet</b> .....                         | 7  |
| <b>Formål</b> .....  | 8  |
| <b>Metode</b> .....  | 8  |
| Design .....   | 8  |
| Projektorganisering .....  | 8  |
| Det anvendte spørgeskema .....   | 8  |
| <b>Etik</b> .....  | 9  |
| <b>Materiale</b> .....   | 9  |
| <b>Dataindsamling og gennemførelse af undersøgelsen</b> .....                              | 9  |
| <b>Dataanalyse og fortolkning af data</b> .....  | 10 |
| Beregning af resultater for de 14 dimensioner kvalitets- og patientsikkerhedskultur .....  | 10 |
| Beregning af scorere for de tre resultatmål .....  | 11 |
| <b>Resultater</b> .....  | 11 |
| Deltagelse .....   | 11 |
| Styrker og svagheder ved de 14 dimensioner af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen .... | 14 |
| Styrker og svagheder ved de tre resultatmål .....  | 16 |
| Hyppe problemer med andre aktører i sundhedsvæsenet .....                                  | 18 |
| Motivation for at arbejde i kimcentre .....  | 21 |
| <b>Sammenfatning og anbefalinger</b> .....   | 23 |
| <b>Perspektivering</b> .....   | 24 |
| Arbejdet med kimcentre .....   | 24 |
| <b>Referencer</b> .....  | 26 |

# Forord

Nærværende rapport belyser kvalitets- og patientsikkerhedskulturen, som den opleves af alment praktiserende læger i Region Hovedstaden. Det er den første større undersøgelse af kvalitets- og patientsikkerhedskultur i almen praksis i Danmark.

Til grund for rapporten ligger en tværsnitundersøgelse gennemført i efteråret 2014 finansieret af regionale kvalitetsudviklingsmidler der er administreret af Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden (KAP-H).

Undersøgelsen har været organisatorisk forankret ved en projektleder ansat i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed, Region Hovedstaden. Projektlederen har været bistået af to patientsikkerhedskonsulenter og en ekstern konsulent i den praktiske gennemførelse af projektet (projektgruppen). Projektet har været underlagt en styregruppe bestående af fire medlemmer; en enhedschef og repræsentant fra styregruppen i KAP-H, en praksiskonsulent og repræsentant fra koordinatorgruppen i KAP-H, én repræsentant fra Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed og én repræsentant fra Enhed for Tværsektoriel Udvikling samt projektgruppemedlemmerne. Styregruppen har støttet og rådgivet projektledelsen, og ved dets medlemmer forankret projektet relevant i Region Hovedstaden, understøttet afrapportering af projektet og planlægning af spredning af projektets resultater.

KAP-H er efter projektets afslutning ansvarlig for spredning og anvendelse af projektets resultater.

Nærværende rapport er tiltænkt en bred målgruppe af praktiserende læger, kvalitets- og patientsikkerhedskonsulenter, administratører og beslutningstagere.

God læselyst!

## Projektgruppen

Pernille Binder, sundhedsfaglig konsulent, Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Torben Hellebek, praktiserende læge og patientsikkerhedskonsulent i KAP-H

Ynse de Boer, praktiserende læge og patientsikkerhedskonsulent i KAP-H

Solvejg Kristensen, chefkonsulent, Databasernes Fællessekretariat

## Styregruppen

Helle Søgaard Frappart, sundhedsfaglig specialkonsulent, Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed

Heidi Mortensen, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling  
Jesper Lundh, praktiserende læge, praksiskonsulent og repræsentant fra koordinatorgruppen i KAP-H

Karen Nørskov Toke, enhedschef og repræsentant fra styregruppen i KAP-H

# Resumé

## Baggrund

Patientsikkerhedskultur (PSK) afspejler sundhedspersonalets adfærd, værdier, holdninger og antagelser om patienternes sikkerhed. PSK er med andre ord den sociale og normative "lim", der binder organisationens medlemmer sammen og stadfæster "måden vi typisk gør tingene på hos os". I hospitalssektoren er der fundet sammenhæng mellem positiv udvikling af patientsikkerhedskultur og reduktion af specifikke patientsikkerhedsproblemer. En af forudsætningerne for, at patienterne ikke unødigt udsættes for risiko eller skade, og for en god klinisk behandlingskvalitet kan være, at der etableres en kultur, hvor patienternes sikkerhed er i fokus. Måling og udvikling af patientsikkerhedskultur inkluderes derfor oftere og oftere i kliniske forbedringsaktiviteter.

## Formål

Undersøgelsens formål var dels at beskrive kvalitets- og patientsikkerhedskulturen, som den opfattes blandt praktiserende læger i Region Hovedstaden, dels at identificere potentielle innovationsgrupper i form af repræsentanter fra almen praksis, hvori der er potentiale for at skabe kimcentre, der kan bidrage til udviklingen af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen.

## Metode

Der er gennemført en tværsnitsundersøgelse over fire uger i efteråret 2014. Informationer om kulturen er indsamlet ved hjælp af en dansk version af spørgeskemaet Medical Office Survey on Patient Safety Culture. Undersøgelsen blev distribueret elektronisk via mail til 1025 læger, der arbejder i almen praksis. Der blev udsendt ugentlige påmindelser til læger, der ikke havde svaret.

## Materiale

Den danske version af Medical Office Survey on Patient Safety Culture indeholder 60 spørgsmål, der måler på 14 dimensioner af kvalitets- og patientsikkerhedskultur. Der indgår tre resultatmål, hvor respondenterne vurderer deres praksis indenfor fem områder af kvalitet, giver en samlet vurdering af patientsikkerheden samt angiver antal rapporterede utilsigtede hændelser. Hovedparten af kulturbesvarelserne angives på 5 punkts Likert-skalaer, og disse resultater udtrykkes som den procentuelle andel af positive besvarelser.

Derudover er der indsamlet demografiske oplysninger om lægerne og de praksis, de arbejder i. Lægerne har ligeså angivet deres villighed til at deltage i innovationsarbejde med kvalitet og patientsikkerhed i form af kimcentre. Disse resultater er opgjort i hele tal og i andele.

## Resultater

I alt 502 læger (49%) svarede på spørgeskemaet, og heraf blev 439 besvarelser fuldt afsluttet. Kvindelige læger udgjorde 54% af respondenterne, og 57% var mellem 36 og 55 år. I alt 101 læger angav, at de ønskede at engagere sig som kimcentre. De positive reaktioner på dimensionerne af kvalitets- og patientsikkerhedskultur varierede mellem 47% og 95% med Personale berørt af utilsigtede hændelser som den højeste procentdel (95%) og Tids- og arbejdspress den laveste (47%).

## Konklusion

Der er ikke tidligere gennemført så omfangsrige undersøgelser af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen i almen praksis i Danmark. De foreliggende resultater bidrager med et øjebliksbillede og afspejler, hvordan de deltagende læger (43% af de praktiserende læger i Region Hovedstaden) opfatter kulturen. Resultaterne er sammenlignelige med internationale resultater. De opfølgende aktiviteter vedrørende styrker og svagheder vil tage udgangspunkt i de identificerede kimcentre.

## Introduktion

Patientsikkerhed betegner sikkerhedstilstanden for patienter i kontakten med sundhedsvæsenet. Patientsikkerhed er én dimension af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Patientsikkerhedsniveauet afspejles i, hvor ofte patienterne udsættes for risiko eller skade på grund af utilsigtede hændelser (UTH). Det antages, at svagheder i systemet kan være årsag til UTH, hvis de ikke forinden afværges af barrierer. Sådanne kan eksempelvis være teknologi, tjeklister, evidensbaserede arbejdsprocedurer eller uddannelse (1). Det anslås, at 1-2% af konsultationerne i primærsektoren er forbundet med UTH (2).

Almen praksis er patientsikkerhedsmæssigt en vigtig del af den danske primærsektor. Her gennemføres årligt mere end 20 mio. konsultationer i dagtimerne (3). Almen praksis rummer både kroniske og akutte patienter og er ofte patienternes første kontakt med sundhedssektoren. Almen praksis har mange kontaktflader med andre instanser i sundhedssektoren, hvilket bl.a. kræver god koordination, kommunikation og godt samarbejde som basis for at kunne levere sikre ydelser af høj kvalitet til patienter i almen praksis.

I 1990'erne blev der foretaget undersøgelser af forekomsten af UTH blandt indlagte somatiske patienter i USA og Australien. Prævalensen af UTH blev estimeret til fire henholdsvis 17%. I 1999 udkom "To Err Is Human: Building a Safer Health System", hvori det blev anslået, at godt 100.000 amerikanere døde årligt pga. forebyggelige skader opstået i forbindelse med behandling. Rapporten skabte stor opmærksomhed, og året efter påpegede to pionerer indenfor patientsikkerhed: "The necessary changes are as much cultural as technical" (4-6).

I forlængelse heraf blev patientsikkerhed et sundhedspolitisk tema i Danmark. En dansk prævalensundersøgelse fra 2001 viste, at 9% af somatiske patienter havde været udsat for UTH, da de blevet udskrevet fra hospitalet. På denne baggrund blev den første danske lov om patientsikkerhed vedtaget i 2004. Med loven sikres i dag, at der sker en systematisk læring af UTH i det danske sundhedsvæsen, altså også i almen praksis. Praktiserende lægers holdninger til rapportering af UTH er afdækket prospektivt i forbindelse med indførelsen af den lovmæssige rapporteringspligt i primærsektoren (7-9). Lovens ultimative mål er: Mindre skade på patienterne forårsaget af UTH. En forudsætning for at patienterne ikke unødigt udsættes for risiko eller skade og for en god klinisk behandlingskvalitet er, at der etableres en moden patientsikkerhedskultur (PSK) (10-17).

World Health Organisation har vurderet PSK til at være det tredje højest prioriterede forskningsområde for udviklede lande (18). Kortlægning af PSK kan anses som et basalt trin i en kulturudvikling med det mål at skabe høj sikkerhed i ydelserne til patienter, pårørende og samarbejdspartnere i almen praksis. Der er ikke gennemført undersøgelser af PSK i almen praksis efter implementeringen af rapporteringspligten af UTH i september 2010.

## Patientsikkerhedskultur

PSK er en flerdimensionel organisatorisk faktor bestående af områder som fx rapportering af UTH, læring, ledelsesopbakning, kommunikation, samarbejde og stress-håndtering.

I litteraturen anvendes flere definitioner for PSK, og fælles for disse er, at PSK udgøres af sundhedspersonalets adfærd, værdier, holdninger og antagelser om patienternes sikkerhed. PSK er med andre ord den sociale og normative »lim«, der binder organisationens medlemmer sammen og stadfæster "måden vi typisk gør tingene på hos os" (19).

**Faktaboks 1** Anvendt definition af patientsikkerhedskultur

**Patientsikkerhedskultur defineres som; "et integreret mønster af individuel og organisatorisk adfærd, der er baseret på fælles holdninger og værdier, som kontinuerligt søger at minimere patientskade, der måtte opstå ved levering af sundhedsvæsenets ydelser" (15).**

PSK er generelt bedst beskrevet indenfor hospitalssektoren, hvor arbejdet for at styrke patientsikkerheden begyndte (20). Her har man fundet en sammenhæng mellem positiv udvikling af PSK og reduktion af specifikke patientsikkerhedsproblemer som fx respiratorrelateret pneumoni, sepsis, patientfald, medicinringsfejl og dødelighed (21-23).

Den mest anvendte metode til at kortlægge forskellige dimensioner af PSK i almen praksis er det amerikanske spørgeskema, Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSOPS). Det er udarbejdet af Agency

for Healthcare Research and Quality (AHRQ) til kortlægning af kultur relateret til kvalitet og patientsikkerhed i almen praksis (24). AHRQ er en af tolv statsligt støttede instanser i det amerikanske Department of Health and Human Services. Anvendelsen af spørgeskemaet kan bidrage til beskrivelse af styrker og svagheder ved kulturen. På baggrund heraf kan der skabes dialog, læring, og der kan sættes målrettet ind med forbedringsaktiviteter. Ved gentagende målinger kan udviklingen i kulturen følges over tid (20,25,26).

AHRQ udgiver hvert andet år en rapport med PSK resultater baseret på informationer fra deres database. Rapporten udgivet i 2014 indeholder oplysninger fra 27.103 sundhedsprofessionelle ansat i 935 almen praksis og speciallægepraksis i USA. Data er indsamlet mellem november 2011 og november 2013. Andelen af positive svar er lavest for dimensionen Tids- og arbejdspress (50%), mens den er højest for de to dimensioner Samarbejde og Opfølgning på patientbehandling (86%). Andelen af positive svar for den overordnede vurdering af patientsikkerheden er på 68%.

En systematisk litteratursøgning viser, at der internationalt er publiceret relativt få studier af PSK i almen praksis (27-45). Studierne omhandler mest udvikling og afprøvning af spørgeskemaer til kortlægning af PSK i almen praksis (30-34,43,44). Dybdegående undersøgelser af PSK i almen praksis er gennemført i Norge, Tyskland, Holland, Storbritannien, USA, Tyrkiet og Iran (27-29,35-42,45). Studierne er af meget varierende kvalitet. Der er forskel på opgaveprofilen i almen praksis; hvordan almen praksis er organiseret og integreret i sundhedsvæsenet; der er tillige brugt forskellige spørgeskemaer, der ikke nødvendigvis er sammenlignelige; inklusionskriterierne er forskellige og sidst men ikke mindst, er der opnået svarprocenter helt ned til 36% (27-29,35-42,45). Dette bør der tages højde for, når resultaterne vurderes og sammenlignes.

I litteraturen belyses relationen mellem vurderingen af PSK og en række faktorer, herunder køns- og aldersforskelle. Dokumentationen er i imidlertid sparsom (27,28,37,39,45).

De Wet et al. finder, at der ikke er signifikante kønsforskelle i opfattelsen af sikkerhedsklimaet i hollandsk praksis (28). Hoffmann et al. Beskriver, at signifikant flere mandlige end kvindelige tyske læger angiver, at de har begået en fejl (93% mænd vs. 86% kvinder,  $p=0,005$ ) (37). I Norge fandt Bondevik et al., at mandlige læger scorede signifikant højere end kvindelige læger på fire af fem PSK dimensioner (45).

Kun et studie fra Amerika beskriver, at alder er afgørende for opfattelsen af PSK, hvor ansatte under 31 år scorer signifikant lavere i den overordnede vurdering af patientsikkerheden ( $p<0,001$ ) (39). Alder og erfaring er

ofte stærkt korreleret og to europæiske studier beskriver erfaring som en betydende faktor for opfattelsen af PSK. De Wet et al. finder, at der er sammenhæng mellem øget erfaring indenfor praksissektoren og øget positiv opfattelse af sikkerhedsklimaet, mens øget erfaring indenfor samme praksis medfører en øget negativ opfattelse ( $p=0,035$ ) (28). Bodur & Filiz finder ligeledes, at mere end 10 års erfaring fra samme sted medfører signifikant lavere PSK score ( $p<0,05$ ) (27).

## Kimcentre for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet

Flere studier af PSK på hospitaler og i praksissektoren viser, at ledelsens opfattelser af PSK er mere positiv end frontlinepersonalets (25,27). Med henblik på at facilitere gensidig dialog, læring og effektiv og målrettet udvikling af ydelserne i almen praksis er udgangspunktet således at sætte ledelsens holdninger, normer og værdier relateret til patientsikkerhed og kvalitet i fokus som basis for fremadrettede forbedringsinitiativer (19). Dette gøres med afsæt i Everett Rogers diffusionsteori. Diffusion defineres som; "den proces, hvormed en innovation bliver kommunikeret igennem bestemte kanaler, over tid, iblandt medlemmer af et socialt system (et netværk)". Rogers betragter en innovation som et objekt, en trend eller en idé, der opfattes som ny af en målgruppe. Teorien beskriver, hvordan nye innovationer optages blandt individer og organisationer, og hvordan og hvorfor en innovation bliver succesfuld. Rogers inddelte individer i fem segmenter, som adskiller sig ved, hvor hurtige de er til at adoptere en innovation. De fem segmenter er Nyskaberne, De tidlige tilsluttede, Det tidlige flertal, Det sene flertal, og Smølerne (46).

I forbindelse med denne undersøgelse anvendes begrebet nyskabere synonymt med kimcentrene.

### Faktaboks 2 Anvendt definition af kimcentre

**Et kimcenter er defineret ved; en almen praktiserende læge, der ser sig selv som en nyskaber og ønsker at deltage i netværksaktiviteter med det mål at skabe dialog, lære af hinanden, afprøve nye metoder, og sprede viden om effektive metoder til forbedring af kvalitet og patientsikkerhed i almen praksis**

# Formål

Undersøgelsens formål var:

- 1 at kortlægge kvalitets- og patientsikkerhedskulturen i almen praksis i Region Hovedstaden for herefter at anvende kortlægningen som redskab til at identificere styrker og svagheder ved kulturen
- 2 at identificere potentielle innovationsgrupper i form af repræsentanter fra almen praksis, hvori der er potentiale for at skabe kimcentre, der kan bidrage til udviklingen af patientsikkerhedskulturen.

Ved undersøgelsen dannes tillige en baseline, som gør det muligt at vurdere effekten af initiativer iværksat som følge af undersøgelsens resultater, givet at undersøgelsen gentages senere.

# Metode

## Design

Der er gennemført en tværsnitundersøgelse af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen i almen praksis i Region Hovedstaden.

## Projektorganisering

Projektets ejerskab har været forankret i KAP-H. Projektet er finansieret af regionale kvalitetsudviklingsmidler administreret af KAP-H og dataejerskabet er ligeledes placeret i KAP-H.

Undersøgelsen har været organisatorisk forankret i Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed, Region Hovedstaden, hvorfra projektledelsen er udgået. Der har været udfærdiget en samarbejdsaftale mellem KAP-H og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed, Region Hovedstaden.

Projektlederen Pernille Binder (PB) har været bistået af to praktiserende læger og patientsikkerhedskonsulenter; Torben Hellebek (TH) og Ynse de Boer (YdB), og en ekstern konsulent Solvejg Kristensen (SK) (projektgruppen). PB har varetaget den primære koordinering, planlægning, gennemførelse, dataanalyse og afrapportering af undersøgelsen. SK har ydet ekstern konsulentbistand i forhold til gennemførelse af undersøgelsen, fagligt indhold, dataanalyse og i forbindelse med afrapportering. TH og YdB har haft en rådgivende funktion med henblik på gennemførelse af undersøgelsen samt at sikre samspil med Region Hovedstadens øvrige tiltag i almen praksis og senere brug af undersøgelsens resultater.

Projektet har været underlagt en styregruppe bestående af enhedschef i Enhed for Tværsektoriel Udvikling og repræsentant fra styregruppen i KAP-H Karen

Nørskov Toke, en praksiskonsulent og repræsentant fra koordinatorklubben i KAP-H Jesper Lundh, repræsentant fra Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed Helle Søgaard Frappart samt repræsentant fra Enhed for Tværsektoriel Udvikling Heidi Mortensen. Projektgruppemedlemmerne har deltaget ved styregruppemøderne. Styregruppen har arbejdet jf. et kommissorium. Medlemmerne har støttet og rådgivet projektledelsen, forankret projektet relevant i Region Hovedstadens faglige og politiske organisation, understøttet afrapportering af projektet samt planlægning af opfølgende initiativer med udgangspunkt i projektets resultater.

Statistiker Karl Bang Christensen, Biostatistisk afdeling, Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet har verificeret beregning af resultaterne ved stikprøvekontrol.

Der har været udarbejdet samarbejdsaftaler med eksterne samarbejdspartnere.

## Det anvendte spørgeskema

Data om kvalitets- og patientsikkerhedskulturen er indsamlet vha. MOSOPS-DK (24). MOSOPS er designet til læge- og speciallægepraksis med mindst tre typer ansatte; fx praktiserende læger, sygeplejerske og andre sundhedsprofessionelle, der kan diagnosticere, pleje eller behandle patienter. Spørgeskemaet administreres normalt til samtlige ansatte, og resultaterne afrapporteres på praksisniveau. I små praksis kan spørgeskemaet anvendes som et struktureret redskab til at skabe åben dialog eller diskussion om patientsikkerhed og kvalitet.

MOSOPS-DK er oversat til dansk og tilbageoversat til amerikansk ved to uafhængige lingvister. Herefter er den danske version tilpasset dansk klinisk praksis og pilottestet i flere omgange. Der er tilføjet to ekstra dimensioner i MOSOPS-DK parallelt med den svenske version af MOSOPS med henblik på at kunne understøtte nordisk samarbejde. Som følge af pilottestene er der foretaget yderligere tilpasning. MOSOPS-DK er endnu ikke valideret i en dansk kontekst. Spørgeskemaet er det eneste, der er udviklet til brug i almen praksis, som findes i en dansk version.

MOSOPS-DK består af 67 spørgsmål, der tilsammen udgør 14 dimensioner og 3 resultatmål, se faktaboks 3. Dimensionerne 1 og 2 besvares ud fra en 6-punkts Likert-skala, mens dimensionerne 3-14 besvares ud fra 5-punkts Likert-skalaer. På 6-punkts Likert-skalaen, hvor alle spørgsmål er negativt formuleret, er svarkategorierne; 1) hver dag, 2) hver uge, 3) hver måned, 4) adskillige gange de sidste 12 måneder, 5) et par gange de sidste 12 måneder og 6) ikke de sidste 12 måneder. På 5-punkts Likert-skalaerne er spørgsmålene generelt positivt formuleret og svarkategorierne enten; 1) helt uenig, 2) delvis uenig, 3) neutral, 4) delvis enig og 5)



helt enig, eller 1) aldrig, 2) sjældent 3) af og til, 4) ofte og 5) altid. På de tre resultatmål er svarkategorierne for Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet og Overordnet vurdering af patientsikkerheden; 1) helt uacceptabel, 2) dårlig, 3) tilfredsstillende, 4) meget god og 5) enestående. For resultatmålet Antal rapporterede UTH angives svaret i seks kategorier; 1) ingen hændelser, 2) 1-2 hændelser, 3) 3-5 hændelser, 4) 6-10 hændelser, 5) 11-20 hændelser og 6) 21 eller flere hændelser. Det er desuden muligt at svare Ikke relevant eller ved ikke på samtlige 60 spørgsmål.

**Faktaboks 3** Dimensioner og resultatmål på MOSOPS-DK

#### Dimensioner for kvalitets- og patientsikkerhedskultur

- 1 Udfordringer med patientsikkerhed og kvalitet (9 spørgsmål)
- 2 Udveksling af oplysninger med andre aktører i sundhedsvæsenet (6 spørgsmål)
- 3 Samarbejde (4 spørgsmål)
- 4 Tids- og arbejdspress (4 spørgsmål)
- 5 Oplæring (3 spørgsmål)
- 6 Arbejdsprocesser (4 spørgsmål)
- 7 Åben kommunikation (4 spørgsmål)
- 8 Opfølgning på patientbehandling (4 spørgsmål)
- 9 Kommunikation om UTH (4 spørgsmål)
- 10 Rapportering af utilsigtede hændelser (4 spørgsmål)
- 11 Organisatorisk læring (3 spørgsmål)
- 12 Utilsigtede hændelser og effektivitet (4 spørgsmål)
- 13 Patienter og pårørende berørt af UTH (5 spørgsmål)
- 14 Personale berørt af UTH (2 spørgsmål)

#### Resultatmål

- 1 Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet (5 spørgsmål)
- 2 Overordnet vurdering af patientsikkerheden (1 spørgsmål)
- 3 Antal rapporterede UTH (1 spørgsmål)

Respondenterne har tillige mulighed for at angive hyppige problemer med andre aktører i sundhedsvæsenet ved at svare med tekst.

Til sidst indsamles demografiske oplysninger om deltagernes køn, alder, anciennitet m.m. samt oplysninger om den praksis, som de arbejder i. Det tager 10-15 minutter at udfylde skemaet.

## Etik

Undersøgelsen af PSK i almen praksis behandler ikke personfølsomme oplysninger jf. Persondataloven § 7, stk. 1 og § 48 + 50 (47). Respondenterne er sikret fuld anonymitet ved enhver offentliggørelse af resultater. Deltagere, der har ønsket at deltage i arbejdet med kimcentre, har tilkendegivet dette ved at angive deres kontaktoplysninger og vil blive kontaktet i forbindelse med det opfølgende udviklingsarbejde.

## Materiale

I alt 1025 læger blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. De var registreret hos Praktiserende Lægers Organisation (PLO) som praktiserende læger i Region Hovedstaden. Der er i denne undersøgelse af kulturen i almen praksis i Region Hovedstaden kun inkluderet lægefagligt personale.

## Dataindsamling og gennemførelse af undersøgelsen

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har formidlet oplysninger om praktiserende lægers e-mail adresser til brug i forbindelse med undersøgelsen.

Den enkelte praktiserende læge modtog en invitation til at deltage i undersøgelsen pr. e-mail. Invitationen indeholdt et unikt link til et webbaseret spørgeskema, hvilket betød, at den praktiserende læge kun kunne besvare spørgeskemaet én gang. Undersøgelsen løb over fire uger fra den 22. oktober- 19. november 2014, og der blev udsendt en ugentlig påmindelsesmail til de praktiserende læger, der ikke havde besvaret eller afsluttet besvarelsen af spørgeskemaet.

Hvis den praktiserende læge i slutningen af spørgeskemaet opgav sit ydernummer, er vedkommende blevet honoreret med 200 kr. for tidsforbruget på undersøgelsen.

# Dataanalyse og fortolkning af data

Data er opbevaret, behandlet og analyseret i Microsoft Excel version 2010 og IBM SPSS Statistics version 21 og 22. De demografiske oplysninger er opgjort og belyst grafisk i forhold til andele. Resultatopgørelse er sket jf. AHRQs guidelines (24).

## Beregning af resultater for de 14 dimensioner kvalitets- og patientsikkerhedskultur

Resultater for de 14 dimensioner (60 spørgsmål) af kvalitets- og patientsikkerhedskultur opgøres og hver dimension afrapporteres for sig. De opgøres i form af antal positive besvarelser i forhold til samtlige svar for dimensionen. Et positivt svar er fastlagt som fx 4) adskillige gange de sidste 12 måneder, 5) et par gange de sidste 12 måneder og 6) ikke de sidste 12 måneder for 6-punkts Likert-skalaen, idet der fx spørges: om der blev brugt en forkert journal til en patient. Et negativt svar er 1) hver dag, 2) hver uge eller 3) hver måned. For 5-punkts Likert-skalaen er 5) helt enig og 4) delvis enig et positivt svar, idet spørgsmålene generelt er positiv formuleret, mens 1) helt uenig og 2) delvis uenig og er negative svar. Svaret 3) neutral samt 3) af og til på 5-punkts Likert-skalaen behandles for sig.

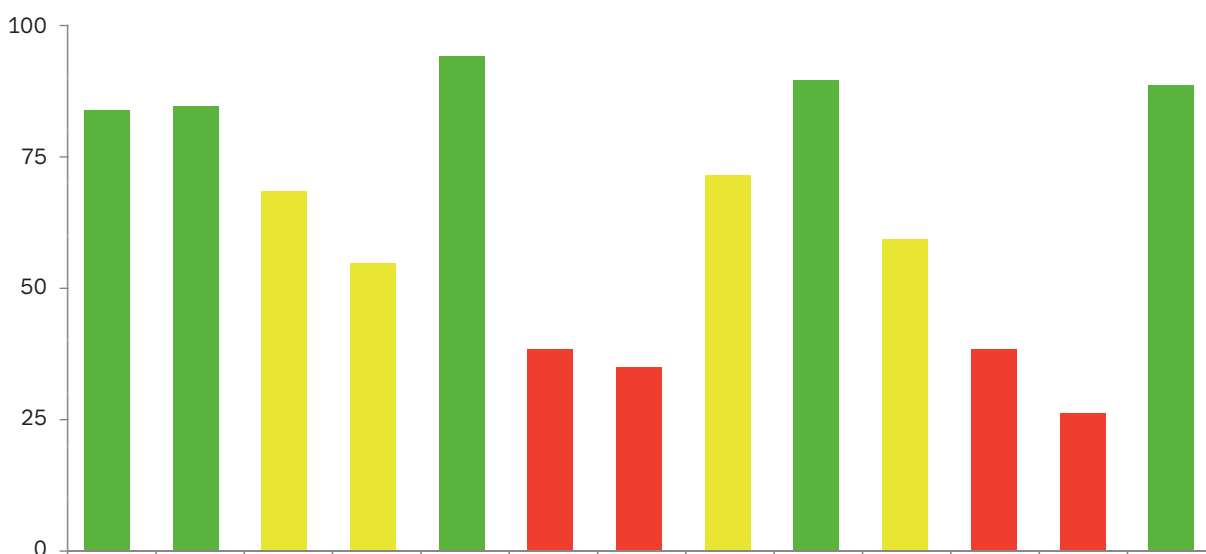
For hver af de 14 dimensioner af kvalitets og patientsikkerhedskulturen beregnes antallet af positive svar i

forhold til antal samtlige afgivne svar (Ikke relevant eller ved ikke, og manglende svar er ekskluderet). Det betyder fx, at antallet af svar afgivet som 4) adskillige gange de sidste 12 måneder, 5) et par gange de sidste 12 måneder og 6) ikke de sidste 12 måneder for 6-punkts Likert-skalaen opgøres, og den procentvise andel positive svar af de mulige angives. Tilsvarende beregnes den procentvise andel af negative svar efter opgørelse af antal svar afgivet som fx 1) Hver dag, 2) Hver uge og 3) Hver måned for 6-punkts Likert-skalaen. For 5-punkts Likert-skalaer opgøres 3) neutral eller 3) af og til særskilt. Kategorien Ikke relevant eller ved ikke samt manglende svar udelades helt af analysen. Andelen af svar i hver af de tre kategorier opgøres i procent (10). Ved negativt formulerede spørgsmål er skalaen vendt.

Med henblik på at vurdere resultaterne for de 14 dimensioner er der fastlagt tærskelværdier for styrker og svagheder. Herved kan man fx vurdere, om kulturen er moden eller umoden, når 57% af besvarelserne er positive. AHRQ foreslår, at de enkelte dimensioner af sikkerhedskulturen defineres som en styrke, hvis der er 75% eller flere positive svar. Tærskelværdien for, hvornår der er behov for forbedringsinitiativer inden for en dimension, foreslås af AHRQ til 50% eller færre positive svar. Se eksempel i faktaboks 4 nedenfor.

Farvekodningen fra faktaboks 4 er valgt i den efterfølgende fremstilling af resultater. Tærskelværdierne er arbitrære, og placeringen af dem kan diskuteres (24). De er i nærværende undersøgelse adopteret fra AHRQ.

**Faktaboks 4** Eksempel på styrker og svagheder ift. kvalitets- og patientsikkerhedskulturen.



Søjler i lys grøn afspejler styrker, hvor andelen af positive svar er  $\geq 75\%$   
 Søjler i rød afspejler svagheder, hvor andelen af positive svar er  $\leq 50\%$   
 Søjler i gul afspejler områder, hvor andelen af positive svar er  $> 50\%$  og  $< 75\%$

## Beregning af scorer for de tre resultatmål

Udover de 60 spørgsmål, der indgår i de 14 kulturdimensioner, indeholder MOSOPS-DK yderligere syv enkeltstående spørgsmål, benævnt resultatmål af AHRQ. Resultatmålene vedrører Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet (5 spørgsmål), Overordnet vurdering af patientsikkerheden (1 spørgsmål), og Antal rapporterede UTH (1 spørgsmål). Resultatmålet vedr. Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet udgøres af fem spørgsmål. Jf. AHRQs guideline opgøres disse spørgsmål hver for sig, men der er i denne sammenhæng valgt at samle de fem spørgsmål til ét samlet resultatmål, der afspejler deltagernes samlede vurdering af den kliniske kvalitet, se faktaboks 5.

**Faktaboks 5** Overblik over indholdet i resultatmålet Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet

**Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet:**  
Helt overordnet, hvordan vurderer du den kliniske kvalitet og patientsikkerhed i din lægepraksis indenfor følgende områder?

- a Patient-orienteret**  
Indsatsen tager højde for den enkelte patients ønsker, behov og værdier
- b Evidensbaseret**  
Indsatsen er baseret på videnskabelig forskning
- c Rettidig**  
Ventetiden og potentielt skadelige forsinkelser nedbringes
- d Omkostningsbevidst**  
Omkostningseffektivitet sikres (spild, overforbrug og misbrug af ydelser undgås)
- e Ligeværdig**  
Patienter sikres samme kvalitet i behandlingen uanset køn, race, etniske oprindelse, sociale og økonomiske forhold, sprog osv.

Resultaterne for resultatmålene Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet og Overordnet vurdering af patientsikkerheden sker ved opgørelse af andelen af positive (meget god og enestående) og negative svar (helt uacceptabel og dårlig). Andelen af svar afgivet som tilfredsstillende angives som en neutralscore i procent.

For det tredje resultatmålet vedr. antallet af rapporterede UTH opgøres andelen af svar i hver af de seks kategoriske svarmuligheder i procent.

## Resultater

### Deltagelse

Der var inviteret 1025 læger, hvoraf 502 (49%) læger besvarede hele eller dele af spørgeskemaet elektronisk. Seks læger opgav, at de var pensioneret eller ikke arbejdede i almen praksis. Af de resterende 496 spørgeskemaer var 439 fuldt besvaret, og kun disse spørgeskemasvar indgår i de videre analyser herunder. De følgende resultater afspejler derfor udelukkende, hvordan de deltagende læger (43% af de praktiserende læger i Region Hovedstaden) opfatter kulturen.

Der er indhentet demografiske oplysninger fra de deltagende praktiserende læger på personniveau ift. køn, alder, anciennitet og ugentlig arbejdstid samt om den praksis, som de arbejder i ift. optageområde, type lægepraksis og antal medarbejdere i praksis. Beskrivelse af de demografiske oplysninger er vist i tabel 1 og 2, samt i figur 1-7.

Fordelingen mellem kvindelige og mandlige praktiserende læger var 54% versus 46%, og der var en lille overvægt af 36-55-årige (57%) mod 43% 56-årige og ældre. Omkring 20% af deltagerne havde 1-5-års, henholdsvis 6-10-års og 11-15 års anciennitet. Næsten halvdelen af lægerne (47%) arbejdede 41 timer eller mere om ugen, mens 39% arbejdede 33-40 timer ugentligt.

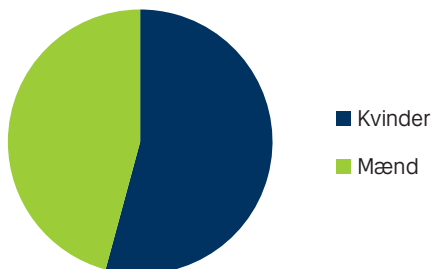
Deltagelsen var jævnt fordelt over de københavnske optageområder fra 18 til 27%, mens deltagelsen fra Bornholm var på 4% af alle. Den hyppigst repræsenterede type praksis var kompagniskab med 56%.

Antallet af ansatte i praksis inkl. alle del- og heltidsansatte som er læger, sygeplejersker, bioanalytikere, sekretærer, men ikke fx rengøringspersonale er rapporteret i grupper. Antallet er nogenlunde ligeligt fordelt på grupperne 1-2 ansatte, 3-4 ansatte og 5-6 ansatte med mellem 21% og 24% af alle. Mellem 7-8 ansatte og 9-10 ansatte rapporteres for 16% henholdsvis 11% af deltagerne, mens 7% af alle praksis har 11 eller flere ansatte. Af de 439 læger var der tre ansatte læger, de resterende 436 læger ejede alle hele eller dele af praksis.

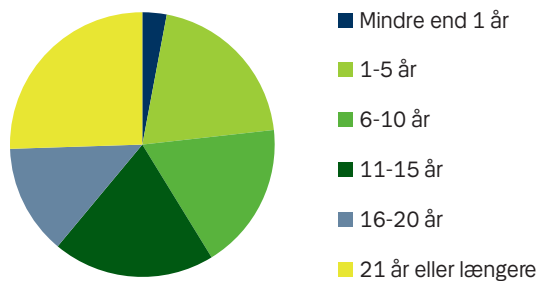
**Tabel 1** Karakteristika ved deltagerne (N=439)

| Variabel                          | n   | %  |
|-----------------------------------|-----|----|
| <b>Køn</b>                        |     |    |
| Kvinder                           | 238 | 54 |
| Mænd                              | 201 | 46 |
| <b>Alder</b>                      |     |    |
| 36-55 år                          | 250 | 57 |
| 56 år eller ældre                 | 189 | 43 |
| <b>Anciennitet i lægepraksis</b>  |     |    |
| Mindre end 1 år                   | 13  | 3  |
| 1-5 år                            | 89  | 20 |
| 6-10 år                           | 79  | 18 |
| 11-15 år                          | 87  | 20 |
| 16-20 år                          | 59  | 13 |
| 21 år eller længere               | 112 | 26 |
| <b>Antal arbejdstimer om ugen</b> |     |    |
| 17-24 timer                       | 10  | 2  |
| 25-32 timer                       | 52  | 12 |
| 33-40 timer                       | 173 | 39 |
| 41 timer eller mere               | 204 | 47 |

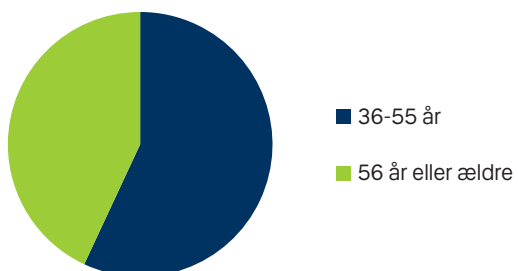
**Figur 1** Køn



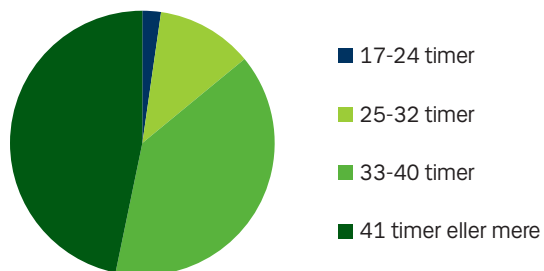
**Figur 3** Anciennitet i lægepraksis



**Figur 2** Alder



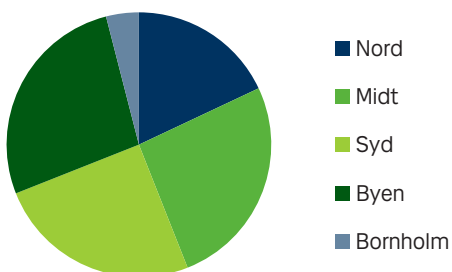
**Figur 4** Antal arbejdstimer om ugen



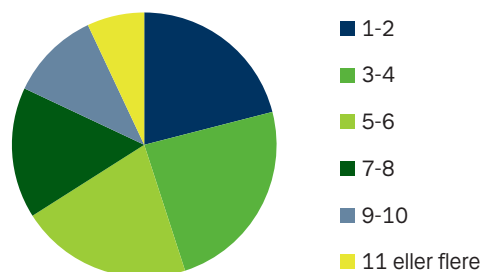
**Tabel 2** Karakteristika ved deltagerne (N=439)

| Variabel                            | n   | %  |
|-------------------------------------|-----|----|
| <b>Optageområde</b>                 |     |    |
| Nord                                | 79  | 18 |
| Midt                                | 114 | 26 |
| Syd                                 | 111 | 25 |
| Byen                                | 118 | 27 |
| Bornholm                            | 17  | 4  |
| <b>Praksistype</b>                  |     |    |
| Solopraksis                         | 126 | 29 |
| Kompagniskab                        | 244 | 56 |
| Samarbejdspraksis                   | 69  | 16 |
| <b>Antal medarbejdere i praksis</b> |     |    |
| 1 - 2                               | 94  | 21 |
| 3 - 4                               | 104 | 24 |
| 5 - 6                               | 92  | 21 |
| 7 - 8                               | 68  | 16 |
| 9 -10                               | 49  | 11 |
| 11 eller flere                      | 32  | 7  |

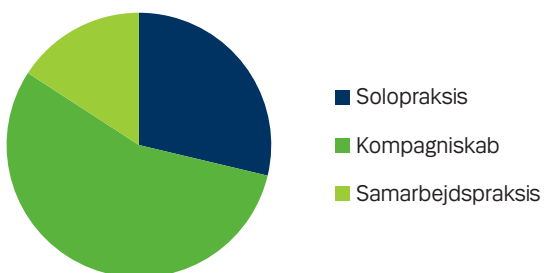
**Figur 5** Optageområder



**Figur 7** Totalt antal af medarbejdere i praksis



**Figur 6** Type lægepraksis

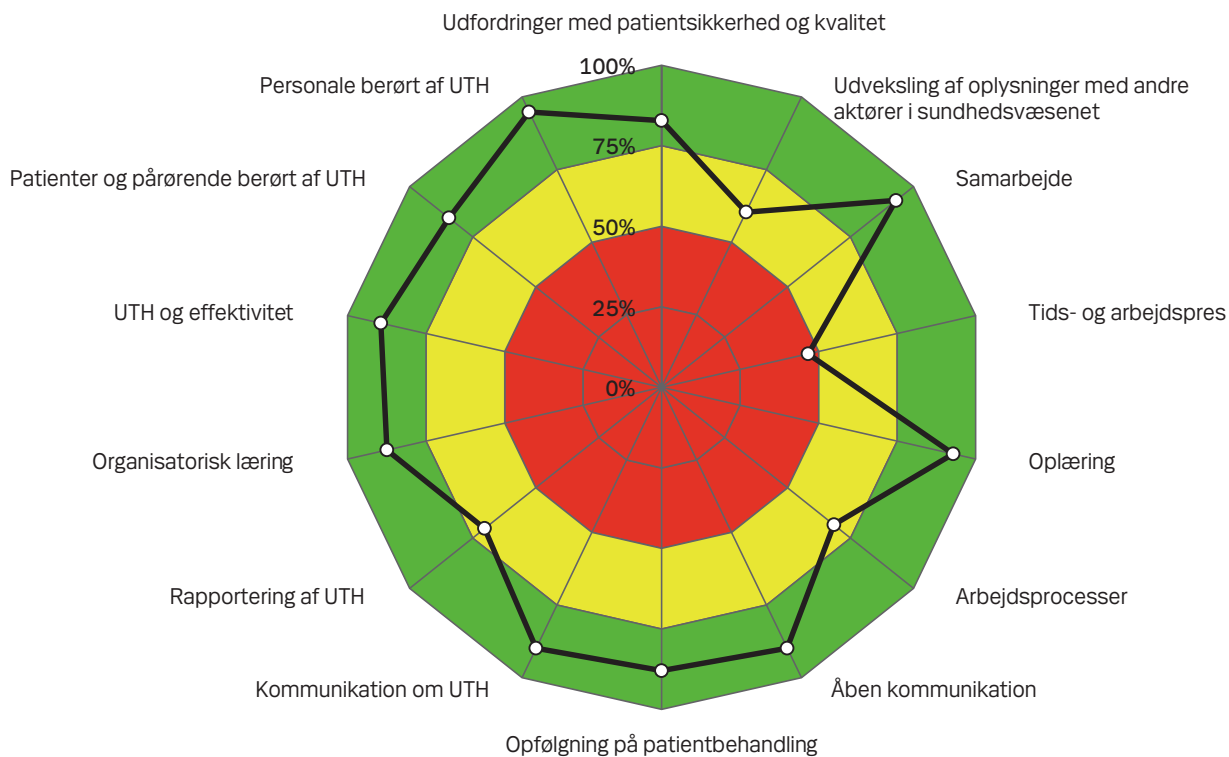


### Styrker og svagheder ved de 14 dimensioner af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen

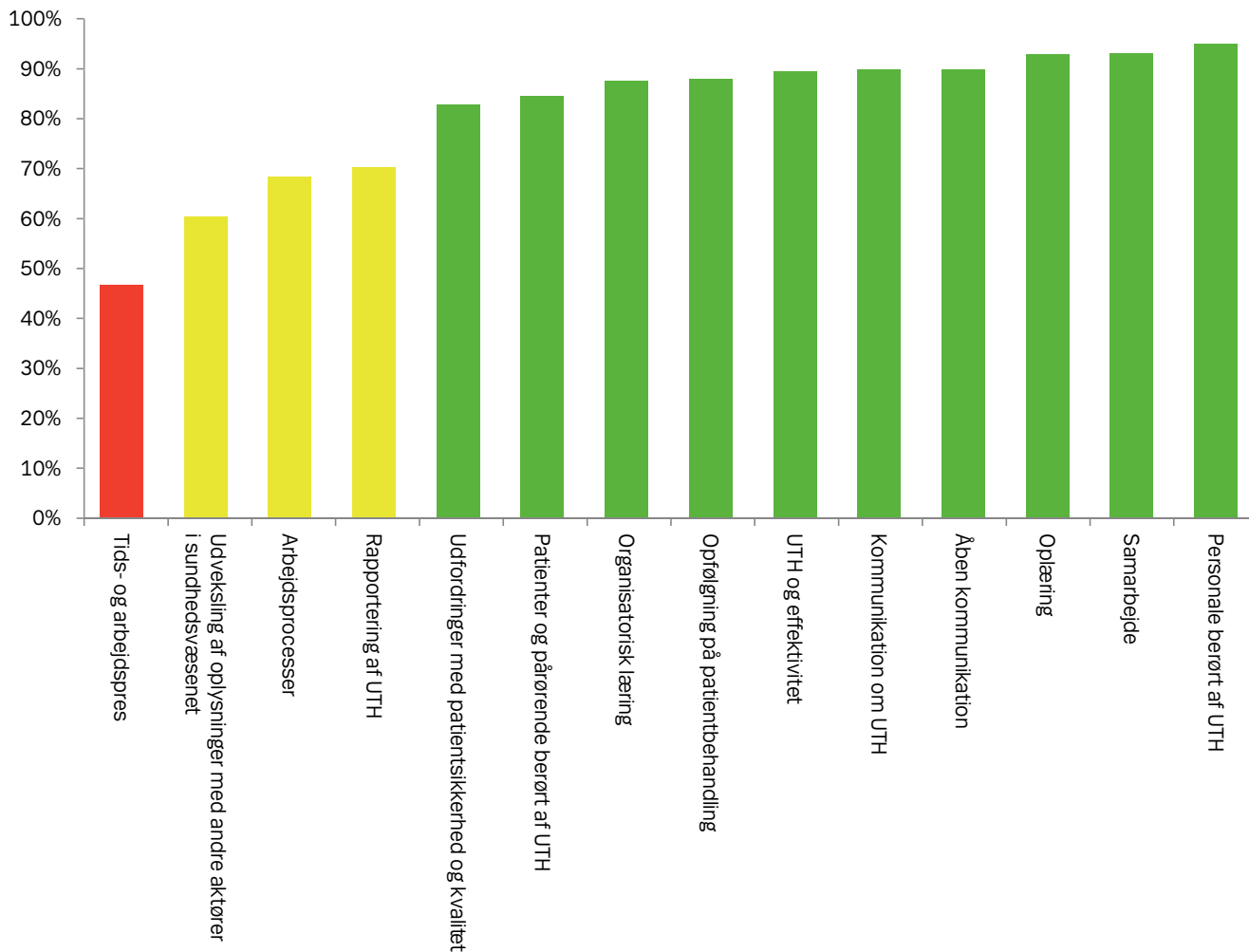
Af Figur 8a og b fremgår den procentvise andel af positive svar for hver af de 14 dimensioner af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen – resultaterne er blot vist grafisk på to forskellige måder. Farvekodningen fra faktaboks 4 er anvendt således, at dimensioner med  $\leq 50\%$  positive svar er røde (svagheder), dimensioner med  $\geq 75\%$  positive svar er grønne (styrker), mens dimensioner med mellem 50% og 75% positive svar er gule. Som det fremgår af figur 8a og b, ligger hoved-

parten af dimensionerne over tærskelværdien på 75 %. Tre dimensioner: Udveksling af oplysninger med andre aktører i sundhedsvæsenet, Arbejdsprocesser og Rapportering af UTH ligger mellem tærskelværdierne på 75% og 50%, mens resultatet for Tids- og arbejdspresses ligger under tærskelværdien på 50 %. De bagvedliggende årsager til de identificerede styrker og svagheder kan uddybes ved kvalitative metoder i det videre arbejde i regi af kimcentrene. Herved kan man analysere og lære af styrker for så at anvende dette kendskab til at løfte svaghederne op på et højere niveau.

**Figur 8a** Procent positive svar for hver af de 14 dimensioner af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen



**Figur 8b** Procent positive svar for hver af de 14 dimensioner af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen



**Styrker og svagheder ved de tre resultatmål**

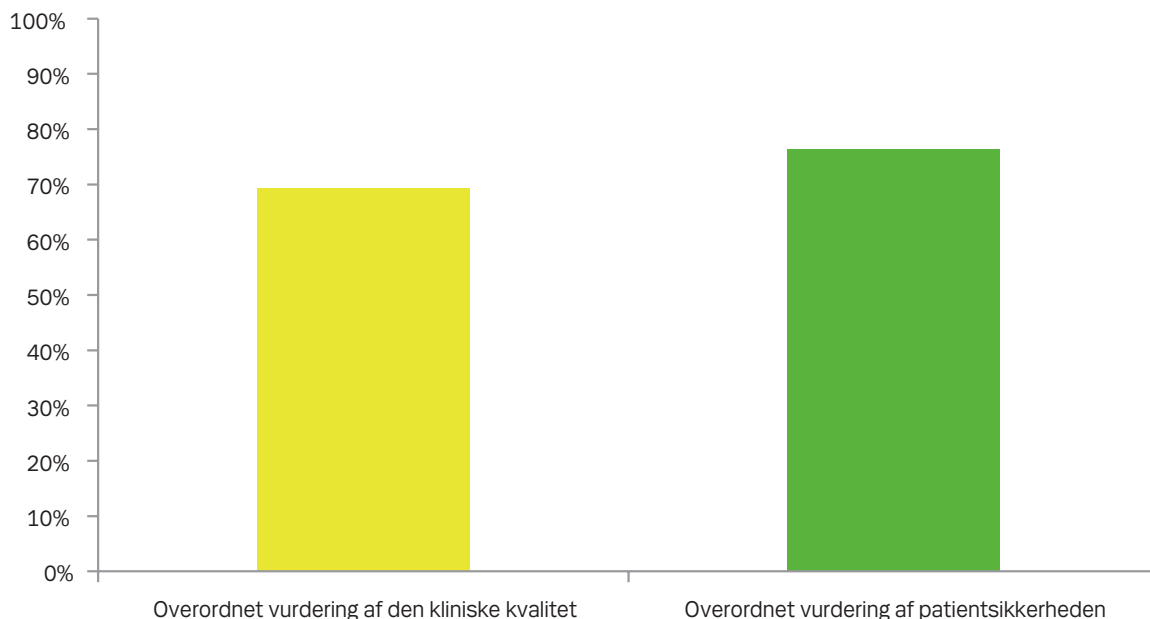
Der er opgjort resultater for de tre resultatmål: Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet og Overordnet vurdering af patientsikkerhed og Antal rapporterede UTH. De to førstnævnte resultatmål besvares på to enslydende Likert-skalaer jf. tidligere. Under Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet er respondenterne blevet bedt om at give deres overordnede vurdering af kvaliteten indenfor fem områder. Resultatmålet udgøres derfor af gennemsnittet af de fem underspørgsmål til kvaliteten mens Overordnet vurdering af patientsikkerheden kun består af et enkelt spørgsmål.

net vurdering af den kliniske kvalitet og Overordnet vurdering af patientsikkerhed. I figur 9 er den procentvise andel af positive svar vist grafisk for de to resultatmål. Andelen af positive svar overstiger kun tærskelværdien på 75% for de deltagende lægers overordnede vurdering af patientsikkerheden (76%). Andelen af positive svar angivet for den overordnede vurdering af den kliniske kvalitet er 69%. Andelen af negative svar er bemærkelsesværdigt lille (1%). De bagvedliggende årsager til andelen af neutrale svar på 30% henholdsvis 23% kan uddybes ved kvalitative metoder fx i regi af kimcenterarbejdet.

Af tabel 3 fremgår den procentvise andel af positive, negative og neutrale svar for de to resultatmål: Overord-

**Tabel 3** Resultater for de to resultatmål: Overordnet vurdering af henholdsvis den kliniske kvalitet og patientsikkerheden

| Resultatmål                                   | % Positive svar | % Neutrale svar | % Negative svar |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet | 69%             | 30%             | 1%              |
| Overordnet vurdering af patientsikkerheden    | 76%             | 23%             | 1%              |

**Figur 9** Procent positive svar for de to resultatmål Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet og patientsikkerheden

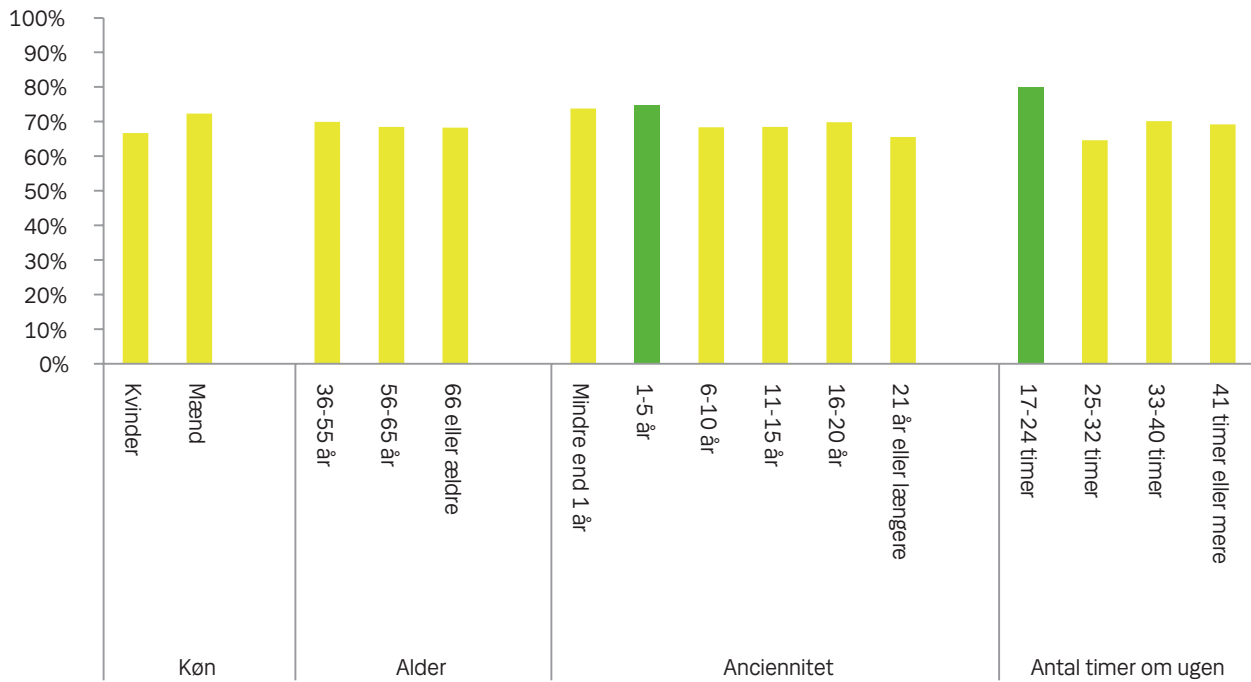
Den overordnede opfattelse af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen er opgjort i relation til deltagerkarakteristika (køn, alder, anciennitet og antal timer om ugen) som procent positive svar og vist i figur 10 og 11. Af figur 10 ses, at læger med en arbejdstid på 17-24 timer om ugen har afgivet flest positive svar (over 75%). Læger med en anciennitet på 1-5 år har ligeså afgivet over 75% positive svar. Alle andre subgruppe resultater for Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet er på under 75% positive svar. For Overordnet vurdering af patientsikkerheden ses det af figur 11, at flest positive svar er afgivet for læger med 6-10 års anciennitet

efterfulgt af 1-5 års anciennitet. Tendensen er her, at den overvejende del af subgrupperne har 75% eller flere positive svar.

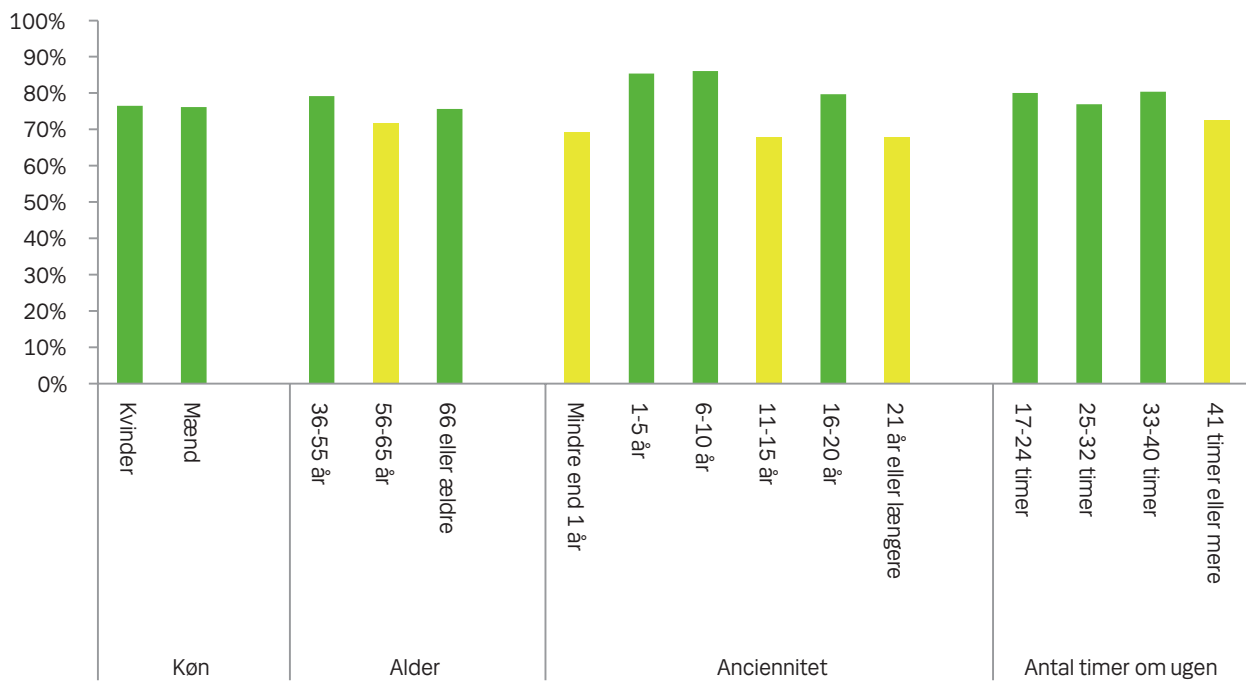
Der kan ikke ses noget specifikt mønster inden for hver subgruppe og den Overordnede opfattelse af den kliniske kvalitet eller patientsikkerheden, dvs. at fx opfattelsen af den Overordnede kliniske kvalitet og patientsikkerhed blandt mandlige og kvindelige praktiserende læger synes ensartet målt i forhold til antal positive svar.



**Figur 10** Procent positive svar for Overordnet vurdering af den kliniske kvalitet ift. demografiske variable

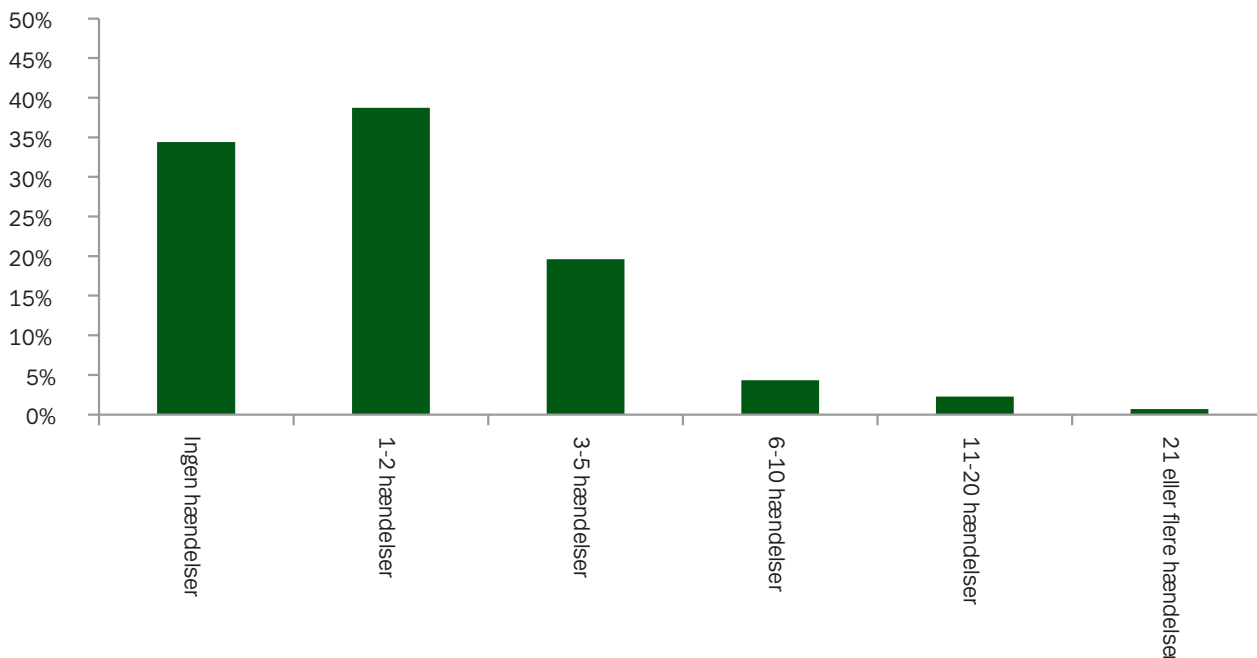


**Figur 11** Procent positive svar for Overordnet vurdering af patientsikkerheden ift. demografiske variable



Det tredje resultatmål angår antallet af rapporterede UTH de seneste 12 måneder, se figur 12 for fordelingen af svar i de seks svarkategorier.

**Figur 12** Antal rapporterede utilsigtede hændelser de seneste 12 måneder

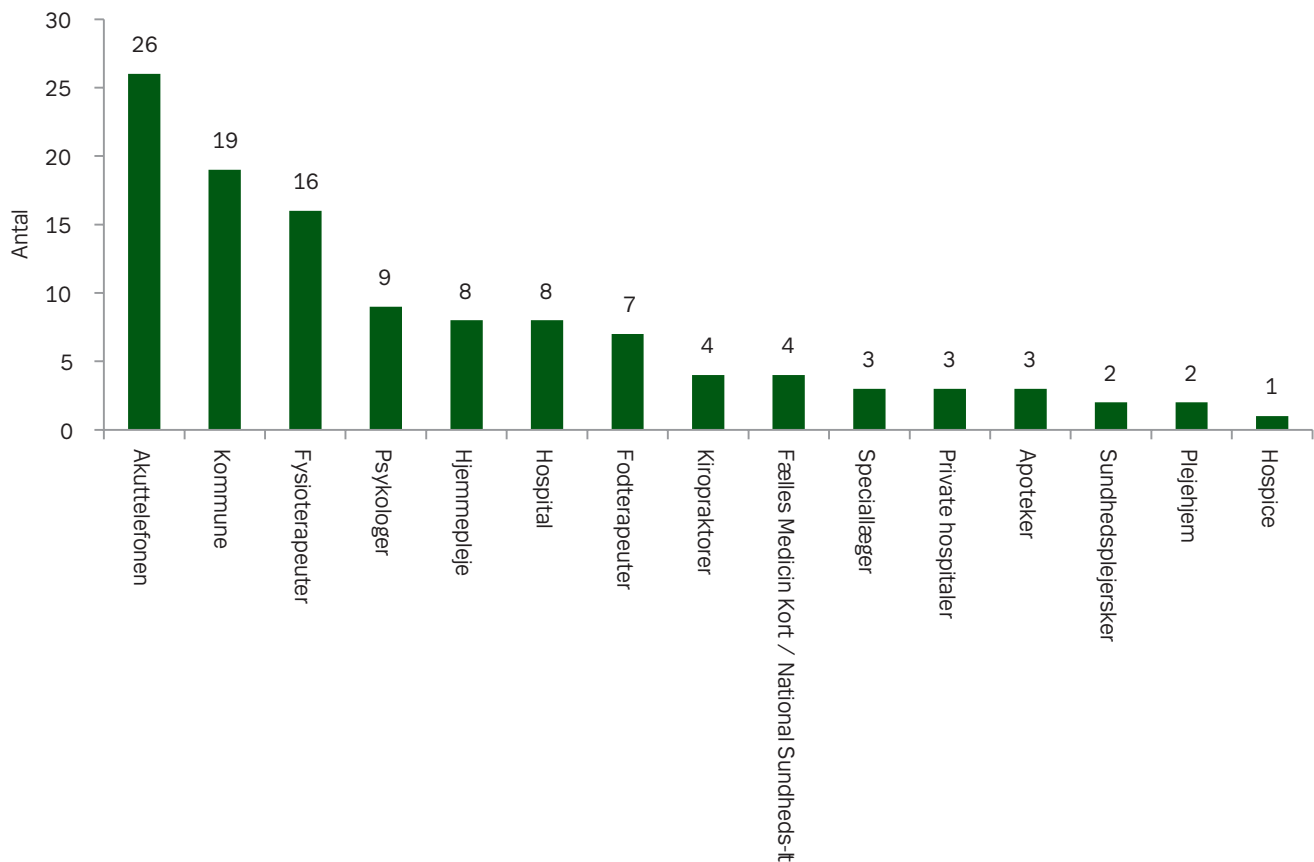


Antallet af rapporterede UTH set i forhold til køn og aldersgrupper viser; at mænd og kvinder rapporterer lige meget og jo yngre lægerne er, jo flere rapporter har de lavet. I forhold til anciennitet og antal arbejdstimer om ugen ses der ikke et specifikt rapporteringsmønster. Resultaterne indikerer tillige, at læger i kompagniskabs- og samarbejdspraksis hyppigere rapporterer UTH end læger i solopraksis. Disse resultater kan uddybes i det videre arbejde i regi af kimcentrene.

### Hyppige problemer med andre aktører i sundhedsvæsenet

Respondenterne er blevet spurgt om, hvor ofte der i de sidste 12 måneder har været problemer med at udveksle korrekte og fyldestgørende informationer rettidigt mellem deres praksis og eksterne laboratorier/billeddiagnostiske afdelinger, andre lægepraksis eller speciallægepraksis, apoteker, offentlige hospitaler, pri-

vate hospitaler eller andre. De har herefter haft mulighed for at angive hyppige problemer med andre aktører i sundhedsvæsenet ved at svare med tekst. Syvogfirs af de 439 respondenter har afgivet kommentarer. Disse er kategoriseret manuelt i 15 kategorier. Nogle kommentarer vedrører flere kategorier, hvorfor der i alt er 115 kommentarer. Antallet af læger, der har kommenteret indenfor hver af de 15 kategorier, er angivet i figur 13, og i tabel 4 ses et sammendrag af kommentarerne, som er angivet for hver kategori. De tre kategorier, hvor der hyppigst er rapporteret om problemer med andre aktører i sundhedsvæsenet, er: Akuttelefonen, Kommune og Fysioterapeuter. For aktørerne Kiropraktorer, FMK, Speciallæger, Private hospitaler, Apoteker, Sundhedsplejersker, Plejehjem, Hospice er der rapporteret færrest problemer. Disse resultater kan uddybes i det videre arbejde i regi af kimcentrene.

**Figur 13** Hyppighed hvormed problemer med andre aktører i sundhedsvæsenet er angivet (N=115)**Table 4** Sammendrag af kommentarerne, som er angivet for hver af de 15 kategorier

| Hyppe problemer med aktører | Nævnt antal gange | Problemer beskrevet af respondenterne   |
|-----------------------------|-------------------|---|
| <b>Akuttelefonen</b>        | 26                | Oftest manglende eller stærkt mangelfulde oplysninger/epikriser fra Akuttelefonen. Dårlig kvalitet af og rodet opstilling af epikriser. Vanskeligt at gennemskue om patienten har været set af en læge.                                       |
| <b>Kommune</b>              | 19                | Sagsbehandlere er svære at få fat i/finde frem til, socialforvaltning, jobhus, elektroniske kommunale attester er ikke fremsendt inden for de tidsfrister, patienten har fået i brev. Kommunal rehabilitering og genoptræning, Hjemmeplejen.  |
| <b>Fysioterapeuter</b>      | 16                | Fysioterapeuter, der ikke laver epikriser, selvom de skal ifølge deres overenskomst. I tiltagende grad modtager vi epikriser fra fysioterapeuter, der via os vil ordinere MR scanninger og UL scanninger, der ikke er lægelig indikation for. |
| <b>Psykologer</b>           | 9                 | Psykologer, der har patienter i samtale efter henvisning fra vores klinik, sender som oftest ikke informationer tilbage til os.   |
| <b>Hjemmepleje</b>          | 8                 | Ingen uddybninger   |

| Hyppe problemer med aktører                          | Nævnt antal gange | Problemer beskrevet af respondenterne  |
|--|-------------------|--|
| <b>Hospital</b>                                      | 8                 | Epikriser fra hospitaler kommer altid ret sent og det forhindrer videre behandling af pt. Primært problemer med at få svar fra Hospitals afd. som lægerne har lovet bliver sendt til praksis. Her er der meget ofte betydelige forsinkelser, hvilket ofte skaber frustrationer. Rigshospitalets afdelinger er generelt meget dårlige til at sende opdateringer om patientforløb og ofte kommer der end ikke epikriser efter endt behandling. Kommunikation med hospitalsafdelinger kan kun lade sig gøre elektronisk i form af (envejs-)henvisning. Det er ikke muligt at sende elektronisk post til hospitalsafdelinger. Posten skal sendes som fax eller alm. post. Forespørgsler skal derfor foregå telefonisk eller per alm. post. Medicinlister fra hospitaler er sjældent opdaterede. Når sundhed.dk er nede kan vi ikke se laboratoriesvar fra hospitaler. Hospitalsafdelinger svarer langsomt på breve fra almen praksis. Det bliver forhåbentligt bedre når vi kan sende korrespondancemeddelelser til ambulatorier/afdelinger. |
| <b>Fodterapeuter</b>                                 | 7                 | Manglende epikriser  |
| <b>Kiropraktorer</b>                                 | 4                 | Manglende epikriser  |
| <b>Fælles Medicin Kort/<br/>National Sundheds-It</b> | 4                 | Der har været svære problemer med FMK, som er vanskelig at gennemskue, inkl. hvad patienten eksakt får af medicin. FMK er hyppigt gået i fejl, så recepter ikke er sendt. FMK er ikke af suspenderet efter indlæggelse. FMK er meget tung at danse med og går ned indimellem, dog sjældnere efterhånden. I så fald må vi skrive recepter i hånden og faxe dem - eller ringe til apoteket.  |
| <b>Speciallæger</b>                                  | 3                 | Manglende epikriser fra speciallæger. Manglende anvendelse af FMK. Manglende tilbagemelding fra speciallæger når patienter har brugt sundhedsforsikring.   |
| <b>Private hospitaler</b>                            | 3                 | Privathospitaler sender oftest ikke epikriser til egen læge på trods af at patienterne oplyser, at de har forespurgt og givet tilladelse til indledningen af behandlingen. Ofte må disse indhentes via patienten selv der genopsøger den private behandler. Svarene er aldrig elektroniske, da der ikke stilles krav herom og vi må så manuelt skanne dem ind i den elektroniske patientjournal. Patienterne bliver altid meget overraskede og er uforstående herover. Hvis der kommer epikrise er den ofte ikke sendt elektronisk, men bliver faxet efter forespørgsel fra os eller patienten.  |
| <b>Apoteker</b>                                      | 3                 | Se Fælles Medicin Kort / National Sundheds-IT  |
| <b>Sundhedsplejersker</b>                            | 2                 | Der er generelt ingen kommunikation med den kommunale sundhedspleje - andet end eventuelle små papirlapper, som skolebørn medbringer fra sundhedsplejersken. Der er ingen tradition (lovgivning) for samarbejde mellem den kommunale familieafdeling og praktiserende læger, hvilket medfører manglende informationsudveksling.  |
| <b>Plejhjem</b>                                      | 2                 | Ingen kommentarer  |
| <b>Hospice</b>                                       | 1                 | Har ikke EDB   |

# Motivation for at arbejde i kimcentre

Et af formålene med undersøgelsen var at identificere nyskabere og dermed skabe relationer til praksis eller grupper af praksis, der har særlig interesse i at udvikle kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet. Disse praktiserende læger kan fungere som: Ambassadører for patientsikkerhedsarbejdet, sparringspartnere/testpiloter ved introduktion af nye tiltag og som idebank (input fra kolleger i praksis).

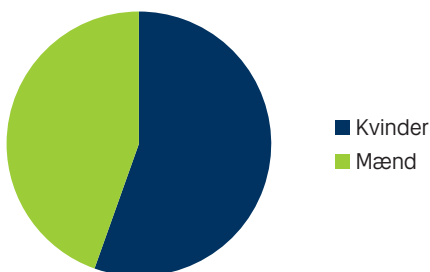
Respondenterne blev derfor spurgt, om de ville kontaktes i forbindelse med ovenstående formål, hvorefter de kunne angive deres e-mailadresse. I alt svarede 101 praktiserende læger, svarende til 23%, Ja til at deltage i arbejdet med kimcentrene, med angivelse af deres e-mailadresse. Af disse var 100 læger selv ejere af praksis.

I tabel 6 og figur 14-17 ses demografiske data for de 101 kimcentre ift. køn, alder, anciennitet og antal arbejdstimer om ugen for nyskabere. Fordelingerne af nyskabere synes sammenlignelige med alle deltagende praktiserende læger (tabel 2, figur 5-7).

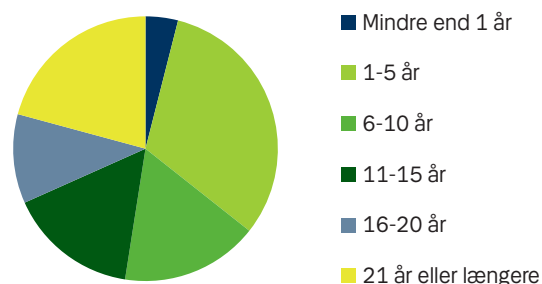
**Tabel 5** Karakteristika ved kimcentre (N=101)

|                                   | N  | %  |
|-----------------------------------|----|----|
| <b>Køn</b>                        |    |    |
| Kvinder                           | 56 | 55 |
| Mænd                              | 45 | 45 |
| <b>Alder</b>                      |    |    |
| 36-55 år                          | 69 | 68 |
| 56 år eller ældre                 | 32 | 32 |
| <b>Anciennitet i lægepraksis</b>  |    |    |
| Mindre end 1 år                   | 4  | 4  |
| 1-5 år                            | 32 | 32 |
| 6-10 år                           | 17 | 17 |
| 11-15 år                          | 16 | 16 |
| 16-20 år                          | 11 | 11 |
| 21 år eller længere               | 21 | 21 |
| <b>Antal arbejdstimer om ugen</b> |    |    |
| 17-24 timer                       | 2  | 2  |
| 25-32 timer                       | 14 | 14 |
| 33-40 timer                       | 33 | 33 |
| 41 timer eller mere               | 52 | 52 |

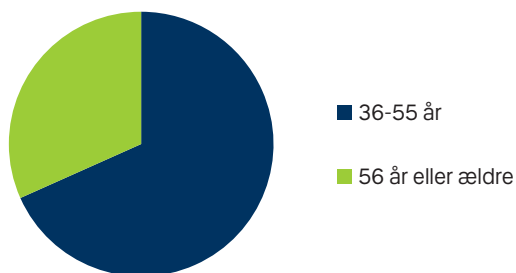
**Figur 14** Køn



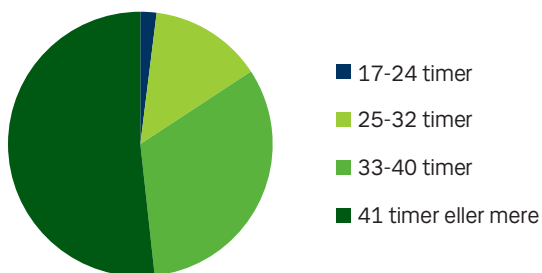
**Figur 16** Anciennitet i lægepraksis



**Figur 15** Alder



**Figur 17** Antal arbejdstimer om ugen



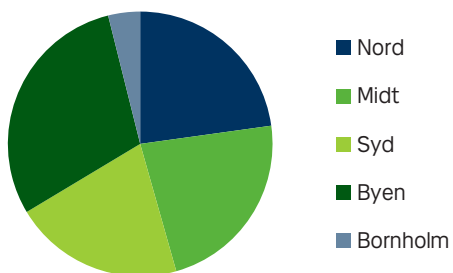
I tabel 6 ses demografiske data for de 101 kimcentre ift. optageområderne, praksistype og antal medarbejdere i praksis, hvilket også er anskueliggjort i figur 18-20. Her ses fx, at interessen i at deltage i kimcentrearbejdet er større blandt læger i kompagniskabspraksis.

I den højre kolonne i tabel 6 er kimcentre sat i forhold til dem, der ikke ønskede at deltage i kimcenterarbejdet for at anskueliggøre, hvordan kimcentre fordeler sig i forhold til undersøgelsens øvrige deltagere.

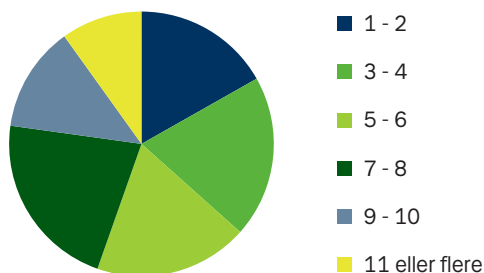
**Tabel 6** Oplysninger om kimcentre (N=101)

|                                     | <b>Kimcentre<br/>N=101</b> | <b>%</b> | <b>Ikke kimcentre<br/>N=439-101=338</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|----------------------------|----------|---|----------|
| <b>Optageområde</b>                 |                            |          |   |          |
| Nord                                | 23                         | 23       | 56                                      | 17       |
| Midt                                | 23                         | 23       | 91                                      | 27       |
| Syd                                 | 21                         | 21       | 90                                      | 27       |
| Byen                                | 30                         | 30       | 88                                      | 26       |
| Bornholm                            | 4                          | 4        | 13                                      | 4        |
| <b>Praksistype</b>                  |                            |          |   |          |
| Solopraksis                         | 23                         | 23       | 103                                     | 31       |
| Kompagniskab                        | 68                         | 67       | 176                                     | 52       |
| Samarbejdspraksis                   | 10                         | 10       | 59                                      | 18       |
| <b>Antal medarbejdere i praksis</b> |                            |          |   |          |
| 1 - 2                               | 17                         | 17       | 77                                      | 23       |
| 3 - 4                               | 20                         | 20       | 84                                      | 25       |
| 5 - 6                               | 19                         | 19       | 73                                      | 22       |
| 7 - 8                               | 22                         | 22       | 46                                      | 14       |
| 9 - 10                              | 13                         | 13       | 36                                      | 11       |
| 11 eller flere                      | 10                         | 10       | 22                                      | 7        |

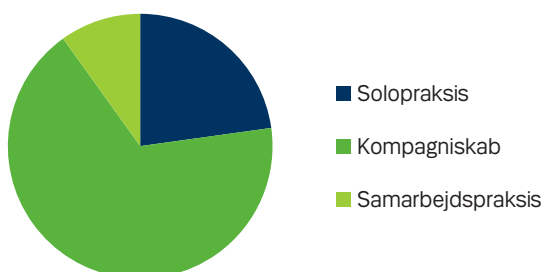
**Figur 18** Kimcentre fordelt på optageområder



**Figur 20** Totalt antal af medarbejdere i kimcentre



**Figur 19** Kimcentre fordelt på type lægepraksis



## Sammenfatning og anbefalinger

Undersøgelsens formål var: 1) at kortlægge kvalitets- og patientsikkerhedskulturen i almen praksis i Region Hovedstaden for herefter at anvende kortlægningen som redskab til at identificere styrker og svagheder ved kulturen, samt 2) at identificere potentielle innovationsgrupper i form af repræsentanter fra almen praksis, hvori der er potentiale for at skabe kimcentre, der kan bidrage til udviklingen af patientsikkerhedskulturen. Der er gennemført en tværseksundersøgelse af kvalitets- og patientsikkerhedskultur i Region Hovedstaden med brug af det amerikanske spørgeskema Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSOPS). Det er udarbejdet af Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). MOSOPS-DK består af 67 spørgsmål, der tilsammen udgør 14 dimensioner for kvalitets- og patientsikkerhedskulturen og tre resultatmål for den overordnede vurdering af kvalitet og patientsikkerheden, samt antallet af rapporterede UTH.

Der var inviteret 1025 læger, som arbejder i almen praksis i Region Hovedstaden. I alt 502 (49%) læger besvarede hele eller dele af spørgeskemaet elektronisk, og 101 læger rapporterede, at de er villige til at deltage i det fremadrettede kimcenterarbejde.

MOSOPS er udviklet til at bruge til samtlige medarbejdere i almen praksis. I nærværende undersøgelse er der kun inviteret praktiserende læger, hvorfor resultaterne kun afspejler den lægefaglige kultur, ikke kulturen i almen praksis generelt. Internationale studier fra sygehusvæsenet dokumenterer, at læger oftere har en positiv holdning til kulturen end sygeplejersker. Nærværende undersøgelses resultater afspejler derfor udelukkende, hvordan de deltagende læger (43% af de praktiserende læger i Region Hovedstaden) opfatter kulturen.

Resultaterne for andelen af positive svar for hver af de 14 dimensioner (60 spørgsmål) viser, at hovedparten af dimensionerne ligger over tærskelværdien på 75 %. Der synes således umiddelbart mange dimensioner, der fremstår som styrker. Nærværende spørgeskemaundersøgelse giver ikke svar på, hvorfor lægerne oplever disse styrker, det vil kun kvalitative opfølgende dialog fx i regi af innovationsgrupperne kunne klarlægge. Resultaterne for tre dimensioner: Udveksling af oplysninger med andre aktører i sundhedsvæsenet, Arbejdsprocesser og Rapportering af UTH ligger mellem tærskelværdierne på 75 % og 50 %. De er altså hverken en styrke eller en svaghed, men bør dog indgå i overvejelserne om strategiske indsatsområder fremadrettet med henblik på at hæve antallet af positive svar til over

75% over tid. Resultatet for Tids- og arbejdspress ligger under tærskelværdien på 50 % og er således den eneste egentlige svaghed. Her er det væsentligt at uddybe resultatet ved dialogbaserede metoder for at kunne udvikle denne dimension fremadrettet. Resultaterne er sammenlignelige med resultater udgivet af AHRQ fra Amerika, hvor andelen af positive svar er lavest for dimensionen; tids- og arbejdspress (50%), mens den var højest for de to dimensioner; samarbejde og opfølgning på patientbehandling (86%). Andelen af positive svar for danske læger ligger lidt højere end for ansatte i almen praksis i Amerika. De bagvedliggende årsager til de identificerede styrker og svagheder bør uddybes ved kvalitative metoder i det videre arbejde i regi af kimcentrene. Herved kan man analysere og lære af styrker for så at anvende dette kendskab til at løfte svaghederne op på et højere niveau.

Andelen af positive svar for de deltagende lægers overordnede vurdering af den kliniske kvalitet (5 spørgsmål) var 69%, mens den overordnede vurdering af patientsikkerheden (1 spørgsmål) var 76%. I sammenligning var andelen af positive svar for den overordnede vurdering af patientsikkerheden på 68% i Amerika. Også her er der altså lidt flere positive svar fra de danske læger end for ansatte i almen praksis i Amerika. Antal rapporterede UTH for mænd og kvinder, og forskellige aldersklasser viste; at mænd og kvinder rapporterer lige meget, og jo yngre lægerne er, jo flere rapporteringer har de lavet de sidste 12 måneder. Her er der ikke fundet resultater i litteraturen at sammenligne med. Resultaterne indikerer tillige, at læger i kompagniskabs- og samarbejdspraksis hyppigere rapporterer UTH end læger i solopraksis. Resultaterne for de tre resultatmål bør uddybes og udvikles i det videre arbejde i regi af kimcentrene.

Med afsæt i denne undersøgelses samlede resultater for kvalitets og patientsikkerhedskulturen – styrker som svagheder – kan man i de enkelte praksis uddybe, hvorfor kulturen opleves som den gør blandt de deltagende læger og samtidig drøfte hvordan kulturen opleves i egen praksis. I denne dialog anbefales at inddrage samtlige medarbejdere i den enkelte praksis.

I alt 87 praktiserende læger har benyttet muligheden for at uddybe, hvilke problemer de oplever med andre aktører i sundhedsvæsenet. Disse læger angiver, at der hyppigst er problemer med: Akutte telefoner, Kommunen og Fysioterapeuter. For aktørerne Kiropraktorer, Fælles Medicin Kort /National Sundheds-It, Speciallæger, Private hospitaler, Apoteker, Sundhedsplejersker, Plejehjem, Hospice er der rapporteret færrest problemer. De emner, som de praktiserende læger har problematiseret, foreslås arbejdet videre med i kimcentrene, idet samarbejde og kommunikation med andre aktører er en væsentlig del af arbejdet i almen praksis. Det er

oplagt at anvende de rapporterede samarbejdsproblemer i det videre arbejde med kimcentre, hvor man vil kunne arbejde dialogbaseret med at forstå og uddybe problemerne, lære af hinanden, afprøve nye metoder og sprede viden om effektive metoder til forbedring af de nævnte problemer. Kimcentrene kunne fx bidrage med forslag til forbedring af kommunikationen med andre aktører, så informationer, der udveksles, er præcise, fyldestgørende og bidrager til et sammenhængende patientforløb. Der kan ligeledes arbejdes på en mere smidig kommunikation med kommunerne og sættes fokus på samarbejdet med fysioterapeuter. Undersøgelser af kvalitets- og patientsikkerhedskultur som denne bør over tid følges op af gentagne målinger med henblik på at følge udviklingen af kulturen.

## Perspektivering

Undersøgelsen af kvalitets- og patientsikkerhedskultur kan anses som et fundamentalt proaktiv tiltag til at udvikle og styrke kvaliteten og patientsikkerheden. Der er ikke tidligere gennemført så omfangsrige undersøgelser af kvalitets- og patientsikkerhedskulturen i almen praksis i Danmark.

Undersøgelsens resultater vil først og fremmest kunne bidrage til refleksion på organisatorisk niveau og dermed være et led i arbejdet med at udvikle kvalitets- og patientsikkerhedskulturen i almen praksis, som det anbefales i Praksisudviklingsplanen 2012-2015. Resultaterne kan være med til at legitimere, at der tales om kulturrelaterede udfordringer på organisatorisk niveau så vel som i daglig klinisk praksis. Nogle af spørgsmålene i denne undersøgelse berører indhold fra flere af akkrediteringsstandarderne i Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis (48). Ved at besvare spørgeskemaet henledes den praktiserende læges opmærksomhed derfor også på de kulturmæssige årsager, der kan påvirke kommunikationen om og læringen af UTH internt i praksis.

Ifølge Praksisudviklingsplanen for almen praksis 2012-2015 er det visionen, at der gøres en målrettet og systematisk indsats for udviklingen af kvaliteten i arbejdet i almen praksis (49). Undersøgelsens design muliggør videre udredning og målrettede forbedringsinitiativer samt senere opfølgninger af den kulturelle udvikling på baggrund af såvel specifikke som generelle indsatser i Region Hovedstadens kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde i almen praksis. Denne undersøgelse kan fx ses som en del af det målrettede arbejde, beskrevet i Praksisudviklingsplanen, med at fremme rapporteringen fra almen praksis om utilsigtede hændelser med henblik på læring og kvalitetsforbedring.

Undersøgelsen skaber altså nogle af de rammer, praksissektorens patientsikkerhedsorganisation har behov for, for at hjælpe den enkelte praksis til systematisk at påtage sig arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed og dermed skabe en decentral patientsikkerhedskultur i almen praksis. Samtidig bidrager undersøgelsen til at skabe et ståsted for udviklingen af den organisatoriske, sundhedsfaglige og patientoplevede kvalitet i den enkelte praksis og på tværs af praksis i regionen. Herved underbygger undersøgelsen kvalitets- og patientsikkerhedsrelaterede anbefalinger fra praksisudviklingsplanen 2012-2015 (49).

### Arbejdet med kimcentre

I alt 101 praktiserende læger angav, at de ønskede at deltage i arbejdet med kimcentre. Arbejdet med kimcentre påbegyndes i marts 2015, hvor otte af deltagere interviewes med det formål at opnå en dybere forståelse af de bagvedliggende årsager til de identificerede styrker og svagheder ved kulturen. Derudover ønskes viden om, hvorvidt nærværende undersøgelse har ført til refleksioner over egen praksis og evt. medført ændringer i praksis. Efterfølgende afholdes en workshop særligt tilrettelagt for kimcentrene med det formål at uddybe resultaterne af kulturundersøgelsen og identificere kommende initiativer, indsatsområder og samarbejdsaftale.

En konkret udviklingsopgave, der tænkes udviklet og testet af kimcentrene, er et koncept for patientsikkerhedsrunder. Patientsikkerhedsrunder er en proaktiv tilgang til forbedring af sikkerheden. Det er et redskab, der kan anvendes til at motivere og fastholde ledere og personale til et kontinuerligt fokus på patientsikkerhed. Det er et redskab, der kan være med til at identificere patientsikkerhedsproblemer og dermed få dem prioriteret. Patientsikkerhedsrunder kan binde ledelsen tættere sammen med personalet og er et stærkt signal til personalet om, at ledelsen er opsat på at skabe en sikkerhedskultur (50). Patientsikkerhedsrunder har vist sig at være effektive til at forbedre PSK og reducere patientsikkerhedsproblemer (19). Det vil derfor være oplagt at indføre patientsikkerhedsrunder i forlængelse af en PSK måling og ved hjælp af disse bevæge sig fra en reaktiv til en mere proaktiv sikkerhedskultur.

I det Nationale Netværk for Regionale Risikomanagere i Praksissektoren er der nedsat en arbejdsgruppe med det formål at udvikle et koncept og en værktøjskasse, der kan stilles til rådighed for almen praksis indeholdende materiale, der muliggør interne patientsikkerhedsrunder i den enkelte praksis i samarbejde med patientsikkerhedskonsulenter og risikomanagere. Udvalgte kimcentre vil kunne bidrage til denne udviklingsproces ved at afprøve og evaluere redskaberne og på den måde bidrage til, at redskaberne bliver meningsfulde og anvendelige for den enkelte praksis.



Kimcentrene påtænkes at kunne agere som ambassadører og formidlere af kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet. Generelt vil kimcentrene kunne involveres i udviklingsaktiviteter og fungere som pilotpraksis for herigennem at bidrage til udviklingen af effektive og meningsfulde redskaber via PDSA-metoden (Plan-Do-Study-Act) og øvrige agile projektmetoder.

Det forventes desuden, at der gennem kimcentrene vil ske en spredningseffekt af arbejdet og fokuseringen på kvalitet og patientsikkerhed til øvrige praksis i kimcentrenes netværk. Spredningen vil fx kunne foregå via 12-mandsgrupper, på Store Praksis Dag og Lægedage. Endelig vil der ved større regionale arrangementer kunne etableres faglige tiltag særligt tilrettelagt for kimcentre.

## Referencer

1. Rasmussen J. The role of error in organizing behaviour. 1990. *Qual Saf Health Care*. Oktober 2003;12(5):377–83; discussion 383–5.
2. The Health Foundation. Evidence scan: Levels of harm in primary care [Internet]. The Health Foundation; 2011 Nov. Hentet fra: <http://www.health.org.uk/publications/levels-of-harm-in-primary-care/>
3. Danmarks Statistik [Internet]. SYGK: Lægebesøg mv. med offentlig tilskud efter område, ydelsesart, alder, køn og socioøkonomisk status. [citeret 15. Januar 2015]. Hentet fra: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1600>
4. Leape LL, Berwick DM. Safe health care: are we up to it? *BMJ*. 18. Marts 2000;320(7237):725–6.
5. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, redaktører. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C: National Academy Press; 1999. 287 p.
6. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. Juni 2008;17(3):216–23.
7. Mikkelsen T, Rubak J, Olesen F. Praktiserende lægers holdninger til rapportering af og læring fra utilsigtede hændelser. Erfaringer fra fokusgruppinterview. *Ugeskr Læg*. 2004(166 (19)):1766–9.
8. Mikkelsen TH, Sokolowski I, Olesen F. General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events: Results from a survey. *Scand J Prim Health Care*. Januar 2006;24(1):27–32.
9. Kousgaard MB, Joensen AS, Thorsen T. Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. December 2012;30(4):199–205.
10. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *N Z Med J*. 14. Maj 2010;123(1314):68–78.
11. Paine LA, Rosenstein BJ, Sexton JB, Kent P, Holzmueller CG, Pronovost PJ. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. *Qual Saf Health Care*. December 2010;19(6):547–54.
12. Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: fælles mål og handleplan 2002-2006. Albertslund: Sundhedsstyrelsens Publikationer, Bording A/S; 2002.
13. Speroff T, Nwosu S, Greevy R, Weinger MB, Talbot TR, Wall RJ, et al. Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *Qual Saf Health Care*. 12. Januar 2010;19(6):592–6.
14. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den danske kvalitetsmodel - akkrediteringsstandarder for sygehuse, 2. version. [Aarhus]: IKAS; 2013.
15. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. *Ugeskr Læger*. 24. September 2001;163(39):5370–8.
16. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse af sundhedsloven LBK nr 1202 af 14/11/2014, kapitel 61 Patientsikkerhed [Internet]. [citeret 21. Januar 2015]. Hentet fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=152710&exp=1#Kap61>
17. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. BEK nr 1 af 03/01/2011 Gældende [Internet]. [citeret 21. Januar 2015]. Hentet fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134520&exp=1>

18. World Health Organization. Patient Safety Research - A guide for developing training programmes [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [citeret 15. Januar 2015]. Hentet fra: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf)
19. Kristensen S, Bartels P, Sabroe S, Mainz J. Patientsikkerhedskultur kan facilitere høj klinisk kvalitet. Ugeskr Laeger [Internet]. 2013 [citeret 15. Januar 2015]; Hentet fra: <http://ugeskriftet.lfac.dk/files/ugeskriftet.dk/vp02130139.pdf>
20. Bartels P, Kristensen S. Patientsikkerhed. Kvalitetsudvikling i praksis. 1. udgave, 2. oplag. København: Munksgaard Danmark; 2011.
21. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(1):11–8.
22. Pronovost P. Interventions to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU: the Keystone Intensive Care Unit Project. *Am J Infect Control.* December 2008;36(10):S171.e1–5.
23. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 5. Marts 2013;158(5 Pt 2):369–74.
24. Sorra J, Franklin M, Streagle S. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 233- 02-0087). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Dec.
25. Vincent C. Patient safety. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2010.
26. Kristensen S, Bartels P. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations - Results of the EUNetPaS project. Aarhus: European Society for Quality in Healthcare - Office for Clinical Quality Indicators; 2010.
27. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *Int J Qual Health Care.* 1. Oktober 2009;21(5):348–55.
28. De Wet C, Johnson P, Mash R, McConnachie A, Bowie P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study: Perceptions of safety climate. *J Eval Clin Pract.* Februar 2012;18(1):135–42.
29. Tabrizchi N, Sedaghat M. The first study of patient safety culture in Iranian primary health centers. *Acta Med Iran.* 2012;50(7):505–10.
30. De Wet C, Spence W, Mash R, Johnson P, Bowie P. The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care. *BMJ Qual Saf.* 1. December 2010;19(6):578–84.
31. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care.* 1. August 2007;16(4):313–20.
32. Hoffmann B, Domanska OM, Albay Z, Mueller V, Guethlin C, Thomas EJ, et al. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. *BMJ Qual Saf.* 1. September 2011;20(9):797–805.
33. Hutchinson A, Cooper KL, Dean JE, McIntosh A, Patterson M, Stride CB, et al. Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factor structure, reliability and usability. *Qual Saf Health Care.* 1. Oktober 2006;15(5):347–53.
34. Wallis K, Dovey S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. *J Prim Health Care.* Marts 2011;3(1):35–40.

35. Zwart DL, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJ, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. BMC Fam Pract. 2011;12(1):117.
36. Hoffmann B, Muller V, Rochon J, Gondan M, Muller B, Albay Z, et al. Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: an open randomised controlled trial. BMJ Qual Saf. 1. Januar 2014;23(1):35-46.
37. Hoffmann B, Miessner C, Albay Z, Schrober J, Weppler K, Gerlach FM, et al. Impact of Individual and Team Features of Patient Safety Climate: A Survey in Family Practices. Ann Fam Med. 1. Juli 2013;11(4):355-62.
38. Gorman PN, O'Malley JP, Fagnan LJ. The relationship of self-report of quality to practice size and health information technology. J Am Board Fam Med. 2012;25(5):614-24.
39. Holden LM, Watts DD, Hinton Walker P. Patient safety climate in primary care: age matters. J Patient Saf. Marts 2009;5(1):23-8.
40. Gaal S, van den Hombergh P, Verstappen W, Wensing M. Patient safety features are more present in larger primary care practices. Health Policy Amst Neth. September 2010;97(1):87-91.
41. Curoe A, Krlewski J, Kaissi A. Assessing the cultures of medical group practices. J Am Board Fam Pract Am Board Fam Pract. Oktober 2003;16(5):394-8.
42. Sorra J, Famolaro T, Yount N, Smith S, Burns W. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 Jun s. Report No. 14-0032 - EF.
43. Hedsköld M, Pukk-Härenstam K, Berg E, Lindh M, Soop M, Øvretveit J, et al. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. BMC Health Serv Res. 2013;13:332.
44. Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkås EC. The safety attitudes questionnaire-ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. BMC Health Serv Res. 2014;14(1):139.
45. Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkås ECT. Patient safety culture in Norwegian primary care: A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. Scand J Prim Health Care. September 2014;32(3):132-8.
46. Perloff RM. The dynamics of persuasion: communication and attitudes in the 21st century. 4th ed. New York: Routledge; 2010. 425 p.
47. Justitsministeriet. Persondataloven - Lov om behandling af personoplysninger - retsinformation.dk [Internet]. [citeret 19. Januar 2015]. Hentet fra: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=828&exp=1>
48. Institut for Kvalitet og Akkreditering, i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel, akkrediteringsstandarder for almen praksis. 2014 Nov.
49. Samarbejdsudvalget for almen lægegerning i Region Hovedstaden. Praksisudviklingsplan for almen praksis 2012-2015 [Internet]. Region Hovedstaden; Hentet fra: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/3EABFB8B-5DE6-48F7-8403-649A211D79D1/0/RegionHKoncernPraksisPraksisudviklingsplan280813.pdf>
50. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Patientsikkerhedsrunder - metodebeskrivelse: et ledelsesredskab. Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2011.



**Region Hovedstaden**

Kvalitet i Almen Praksis i Hovedstaden, KAP-H  
Kongens Vænge 2B  
3400 Hillerød

kap-h@regionh.dk  
www.kap-h.dk  
www.region-h.dk