

Håndtering af utilsigtede hændelser

Metode og resultater af et udviklingsprojekt

Reservelæge Louise Isager Rabøl,
kultursociolog Elisabeth Brøgger Jensen,
læge Annemarie H. Hellebek & klinikchef Beth Lilja Pedersen

H:S Hvidovre Hospital, H:S Enhed for Patientsikkerhed

Resume

Introduktion: I artiklen beskrives metode til og resultater af et projekt i H:S til forebyggelse af utilsigtede hændelser. Projektets formål var at øge opmærksomheden omkring patientsikkerhed, afprøve konfidentiel rapportering af utilsigtede hændelser, udvikle og afprøve metoder til analyse af hændelser og formidle kendskab til forebyggelse af utilsigtede hændelser.

Materiale og metoder: H:S udarbejdede en handlingsplan, oprettede et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser, opbyggede en organisation og forestod uddannelse af ledere og medarbejdere i teorier om og metoder til forbedring af patientsikkerheden.

Resultater: I projektperioden fra den 1. januar 2002 til den 31. december 2004 rapporterede personalet i H:S om i alt 6.011 utilsigtede hændelser. Der blev i samme periode gennemført 92 kerneårsagsanalyser, hvoraf halvdelen omhandlede hændelser, som man kunne indberette. Den anden halvdel omhandlede hændelser, der ifølge handlingsplanen skulle indberettes.

Konklusion: Antallet af rapporteringer viser, at det lykkedes H:S at opbygge fundamentet til en sikkerhedskultur. Det fremtidige arbejde består dels i at fastholde fokus på patientsikkerhed og dels i udvikling af og afprøvning af metoder, der kan forhindre at utilsigtede hændelser opstår.

Siden januar 2004 har alle amter ifølge lov om patientsikkerhed været forpligtet til at etablere et patientsikkerhedssystem med rapportering og analyse af utilsigtede hændelser (**Tabel 1**). Da H:S etablerede et sådant system allerede i februar 2002 foreligger hermed de første års erfaringer og resultater [1].

Baggrund

I 1990'erne havde man i flere udenlandske undersøgelser påvist, at omfanget af utilsigtede hændelser i sundhedssektoren var betydeligt [2-4]. I en dansk undersøgelse med deltagelse af H:S publiceret i 2001 dokumenterede man, at problemet havde et tilsvarende omfang herhjemme [5].

Samtidig havde H:S Direktionen besluttet, at hospitalerne i H:S skulle akkrediteres efter Joint Commision Internationals standarder. Disse standarder [6] indeholder mere specifikke krav til patientsikkerheden, end man tidligere havde kunnet

imødekomme på danske hospitaler. Dette betød, at der skulle udvikles en politik for patientsikkerhed i organisationen.

På den baggrund besluttede H:S Direktionen at igangsætte et treårigt projekt, der gennem målrettet rapportering, systemanalyse og iværksættelse af forebyggende foranstaltninger tog udgangspunkt i, at mennesker begår fejl, men at strukturer og arbejdsprocesser kan og bør indrettes, så fejl-muligheder minimeres. Projektets formål blev bl.a. at øge opmærksomheden på patientsikkerhed, afprøve konfidentiel rapportering af utilsigtede hændelser, udvikle og afprøve metoder til analyser af hændelser og formidle kendskab til forebyggelse af utilsigtede hændelser. I denne artikel beskrives projektets opbygning, de opnåede resultater og projektets evaluering.

Metode

Handlingsplanen

Projektorganisationen udarbejdede en handlingsplan, hvori man beskrev rapporteringen, baggrunden, formålet og metoderne til forbedringen af patientsikkerheden [1]. I handlingsplanen blev der beskrevet, hvilke typer utilsigtede hændelser der indgik i projektet, hvordan de skulle håndteres, og hvordan man forventede at kunne udtrække læring af dem. Tiltagene i handlingsplanen blev gennemført i perioden januar 2002-december 2004.

Holdningskampagnen

En holdningskampagne rettet mod medarbejderne satte det systemiske og lærende perspektiv på utilsigtede hændelser i fokus. Hertil blev der udarbejdet en pjece [7] til det kliniske personale, og der blev opsat plakater i personalerum. Alle nyansatte i H:S modtog ligeledes information om organisationens arbejde med og holdning til patientsikkerhed.

Organisationen

Arbejdet med patientsikkerhed blev forankret i H:S Enhed for Patientsikkerhed (HSEP) understøttet af en styregruppe bestående af medlemmer fra hver af hospitalsdirektionerne med den administrerende direktør som formand.

Tabel 1. Definitionen på en utilsigtet hændelse.

Ved en utilsigtet hændelse forstås en ikke tilstræbt begivenhed, der skader patienten eller medfører risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets handlinger eller mangel på samme. Utilsigtede hændelser dækker både komplikationer og fejl

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Opgaven for HSEP blev at analysere data, koordinere og analysere på tværs af hospitalerne, bistå hospitalerne med analyser, uddanne nøglepersoner, motivere til forebyggelse, udgive løbende oversigter, rapporter og nyhedsbreve samt via et netværk at sikre erfaringsudveksling.

Hvert hospital i H:S udpegede en risikomanager, der bistod hospitalet i analyser af utilsigtede hændelser, varetog indsamling af data om utilsigtede hændelser og initierede og støttede de forebyggende initiativer. Samarbejdet mellem risikomanagerne og HSEP foregik løbende og ved månedlige møder, hvis formål det var at koordinere lokale tiltag og formidle initiativer mellem risikomanagerne og styregruppen. De enkelte afdelinger udpegede desuden en lokal patientsikkerhedsansvarlig, der skulle bistå afdelingen med indsamling af rapporter og informationer til kerneårsagsanalyser.

Uddannelse

For at formidle budskabet om patientsikkerhed og øge kompetencen hos de patientsikkerhedsansvarlige nøglepersoner blev der afholdt intensive tredageskurser i patientsikkerhed. Deltagerne var center-, klinik- og afdelingsledelser, risikomanagere og de enkelte afdelingers patientsikkerhedsansvarlige. I alt blev der uddannet ca. 200 patientsikkerhedsansvarlige i H:S. Kurserne havde fokus på holdninger, viden og legale

aspekter ved patientsikkerhed. Risikomanagerne blev initialt uddannet på et tredageskursus i USA.

Som supplement til disse kurser holdt medarbejderne i HSEP og risikomanagerne foredrag og deltog i informationsmøder for et bredt udsnit af personalet i H:S.

Rapporteringssystemet

For at indarbejde en kultur med fokus på sikkerhed og for at få kendskab til typerne og omfanget af utilsigtede hændelser, blev der etableret et obligatorisk konfidentielt rapporteringssystem, hvor medarbejderne skulle rapportere om følgende utilsigtede hændelser:

- Dispenserings- og administrationsfejl i medicineringsprocessen
- Patientfald, der medførte skade
- Forvekslingskirurgi og -indgreb
- Selvmord under døgnindlæggelse

Indsatsområderne blev valgt ud fra amerikanske erfaringer om typiske hændelser, der fører til patientskade, ud fra et væsentlighedskriterium og ud fra, at hændelser inden for disse områder generelt kan forebygges. Herudover kunne medarbejderne frivilligt rapportere om alle andre klinisk betydende utilsigtede hændelser med risiko for gentagelse eller med potentiale for læring.

Rapporteringen var konfidentiel og delvist anonymiseret: Patienter og personale blev aldrig nævnt, men afdelingen var kendt. Denne fremgangsmåde blev valgt for på den ene side at øge villigheden til rapportering hos personalet og på den anden side at have en mulighed for et samarbejde med afdelingen om at indhente yderligere oplysninger og foretage analyse mhp. en ændring af uhensigtsmæssige forhold.

Risikomanageren scorede i samarbejde med afdelingsledelsen hændelsen efter type, hyppighed, alvorlighed og gen-

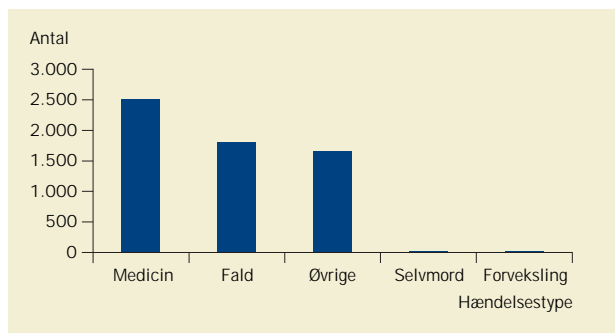
Tabel 2. Vurdering af utilsigtede hændelser efter Safety Assessment Code (SAC)-score. Hændelsens opnåede score afgjorde typen af analyse. For en nærmere gennemgang se [1].

Konsekvens/ hyppighed	Katastrofal	Betydende	Moderat	Minimal/ ingen
Hyppig	3	3	2	1
Mindre hyppig	3	2	1	1
Sjælden	3	2	1	1
Meget sjælden	3	2	1	1

Tabel 3. Eksempler på tværgående forebyggende initiativer i H:S som følge af rapportering af utilsigtede hændelser i perioden 2002-2004.

Rapportering	Lokalt initiativ	Tværgående initiativ
Forbrænding efter samtidig anvendelse af diatermi/elkirurgi og brændbare desinfektionsvæsker	Kerneårsagsanalyse medførte ændring i brug af brændbare væsker ved anvendelse af diatermi/elkirurgi	Der udsendtes et tværhospitalt nyhedsbrev om sikker desinfektion ved brug af diatermi/elkirurgi
Rapportering af hændelse med frit flow (ukontrolleret indløb) af medicin ved anvendelse af infusionspumpe	Afdelingen gennemgik infusionspumperne og udfasede infusionspumper uden fritløbshindring til fordel for pumper med sætbaseret fritløbshindring	Der blev taget initiativ til et tværhospitalt samarbejde om fællesindkøb af infusionspumper, der opfyldte sikkerhedsstandarderne
Diverse dispenseringsfejl i medicineringsprocessen. Aggregeret kerneårsagsanalyse viste, at dispenseringsfejl kunne skyldes afbrydelser af sygeplejersker under medicindispensering	Afdelingen etablerede »afbrydelsesfrie zoner« under medicinophældning	Tværhospital udbredelse af »afbrydelsesfrie zoner« afventer resultater af en pilottest
Forveksling af hætteglas indeholdende magnesiumsulfat og suxamethon	Suxamethon i hætteglas blev fjernet fra afdelingen	Via H:S Apoteket fandt man de afdelinger, der anvendte suxamethon i hætteglas. Efter dialog afskaffedes suxamethon i hætteglas i hele organisationen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 1. Antallet af rapporter og fordelingen på hændelsestyper som rapporteret til H:S' rapporteringssystem for utilsigtede hændelser i perioden 2002-2004.

tagelsesrisiko (Tabel 2). Denne score afgjorde, hvilken form for analyse der skulle foregå: kerneårsagsanalyse, aggregeret kerneårsagsanalyse eller lokal gennemgang. For at støtte arbejdet med kerneårsagsanalyserne og for at minimere variationen i analyserne blev der udarbejdet en håndbog i kerneårsagsanalyse [8]. Kerneårsagsanalyser og aggregerede kerneårsagsanalyser blev tilsendt hospitalets direktion til endelig godkendelse, hvorefter de tilgik H:S Enhed for Patientsikkerhed. Herfra blev analyserne gennemgået for at udtrække generel læring, f.eks. henvendelse til relevante sundhedsfaglige råd, H:S Centrale Lægemedlemkomite eller H:S Apoteket, der tog stilling til tværgående forebyggende initiativer (Tabel 3).

Resultater

Rapporteringer og analyser

Antallet af rapporter i 2002-2004 og fordelingen fremgår af Figur 1. Af medicineringsfejlsrapporterne medførte langt de fleste ingen skader på patienterne, 214 medførte moderate skader, og syv medførte katastrofale skader. Dette er klassificeret efter den faktuelle Safety Assessment Code (SAC). Faktuel betegner de konsekvenser, hændelsen rent faktisk havde for den eller de involverede patienter. Potentiel er betegnelsen for den skade, der kunne være sket ud fra de foreliggende data, hvis patienten ikke havde været robust. Den potentielle scoring viser, at en sjettedel af hændelserne havde potentiale til at få katastrofale følger for patienterne. I samme periode blev der foretaget 92 kerneårsagsanalyser, hvoraf de 23 var under hændelsestypen selvmord, otte under hændelsestypen medicineringsfejl, seks under hændelsestypen forvekslinger, to under hændelsestypen fald og endelig 53 i kategorien øvrige. I Tabel 4 ses eksempler på analyser inden for området »øvrige hændelser«.

Ændringer i organisationen

Kerneårsagsanalyser giver stort set altid anledning til lokale ændringer og nogle gange til ændringer på hospitalsniveau eller til nye tiltag for hele organisationen. Eksempler på kerneårsagsanalyser kan findes på internettet [9].

I Tabel 3 er der angivet eksempler på lokale ændringer,

ændringer på hospitalsniveau og tiltag på tværs af hele organisationen, som de forekom efter rapporteringer af utilsigtede hændelser.

For at formidle den opnåede viden blev der i perioden udviklet et månedligt nyhedsbrev, der blev gjort offentligt tilgængeligt [10].

Evaluering

I foråret 2004 blev H:S Enhed for Patientsikkerhed evalueret af den amerikanske patientsikkerhedsekspert og tidligere chef for den amerikanske *National Patient Safety Foundation* (NPSF), *Joanne Turnbull*. Ud fra Enhedens hidtidige resultater [10] og samtaler med medarbejdere og samarbejdspartnere blev det efter evalueringen konkluderet, at:

- HSEP bør være en permanent funktion
- Det skal gøres lettere at rapportere om utilsigtede hændelser
- Nærhændelser, dvs. hændelser, der blev forhindret ved et tilfælde, skal også rapporteres
- Patienter og pårørende skal inddrages i patientsikkerhedsarbejdet
- Kerneårsagsanalyserne skal gennemføres på kortere tid
- Der skal indføres proaktive analyser såsom fejlkildeanalyser og patientsikkerhedsstuegange
- De forebyggende initiativer skal styrkes.

For at afdække »frontlinjepersonalets« holdning til patientsikkerhedskampagnen og rapportering af utilsigtede hændelser, blev der i marts 2002 og september 2003 gennemført en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af »frontlinjepersonale«. De nærmere resultater af disse undersøgelser publiceres senere [11], men undersøgelsen viste bl.a., at utilsigtede hændelser fylder meget i personalets bevidsthed. I takt med implementeringen af handlingsplanen viser undersøgelsen, at en stigende andel af personalet ønsker at rapportere om den næste utilsigtede hændelse, de bliver opmærk-

Tabel 4. Eksempler på kerneårsagsanalyser gennemført i H:S i 2002-2004 inden for området »øvrige hændelser«.

- Aspiration under transport mellem to intensivafdelinger
- En patient blev dårlig i et ambulatorium. De fysiske rammer gjorde det vanskeligt at hjælpe patienten
- En patient fik svære respirationsproblemer under gastroskopi
- Forveksling af undersøgelsesvar: En patient blev sat i behandling på baggrund af elektrokardiogram fra en anden patient
- En patient blev smittet med multiresistente stafylokokker (MRSA) trods isolationsregimen
- Dødsfald i forbindelse med forsinket diagnose
- Indgift af sondemad til en patient, hos hvem sonden var placeret i lungen
- En patient, der var fikseret med blødt bælte, døde som følge af kvælning
- Hjertestop under intern transport
- Forsinket diagnostik af tarmp perforation

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

somme på, og andelen af personalet, der finder rapportering nyttesløs, falder.

For yderligere at afdække kendskabet og holdningen til handlingsplanen blev der gennemført en telefoninterviewundersøgelse blandt center-, klinik- og afdelingsledelser [12]. Ved undersøgelsen blev der påvist et stort kendskab til handlingsplanen og rapporteringssystemet blandt lederne, der fandt systemet enkelt og mindre tidskrævende end antaget. Der var gode erfaringer med inddragelse af personalet i patientsikkerhedsarbejdet, men flere savnede hyppig og kontinuerlig tilbagemelding efter rapportering.

Diskussion

Antallet af rapporteringer, andelen af frivillige rapporteringer og de efterfølgende analyser kan på dette stadium af udviklingen af en sikkerhedskultur ses som et udtryk for, at der i H:S er opnået opmærksomhed på patientsikkerheden og tillid til, at rapporteringer behandles sagligt, fortroligt, ud fra et systemperspektiv og til gavn for patienternes sikkerhed. Dette bekræftes af resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne blandt både medarbejdere og ledere og skal ses i lyset af, at der indtil 2004 ikke var en lov, der beskyttede personalet mod sanktioner.

De mange rapporteringer til trods er der potentiale til langt flere: Der er langt til de 9 % af indlagte patienter, der skønnes at have været udsat for en utilsigtet hændelse af en karakter, som minimum betyder en forlængelse af indlæggelsestiden [5]. Erfaringer fra andre lande viser, at antallet af rapporter kan øges, hvis personalet får adgang til flere rapporteringsveje. Derfor har H:S fra den 2. maj 2005 indført rapportering på intranettet. Desuden har patienter og pårørende fra den 1. januar 2005 fået mulighed for at rapportere om utilsigtede hændelser.

Af Figur 1 fremgår det, at fald og medicineringsfejl er årsag til de fleste rapporteringer. Dette er forventeligt. Dels fordi det var obligatorisk at rapportere om disse hændelser, dels fordi det er velkendt, at disse hændelser tegner sig for en stor del af de utilsigtede hændelser i alle rapporteringssystemer.

Fordelingen af medicineringsfejl efter faktisk og potentiel SAC-score afspejler, at personalet ikke blot var opfordret til at rapportere om alvorlige hændelser, men også om hændelser, hvor der var potentiale for læring [1]. Erfaringerne bekræftes af den internationale litteratur [13].

Det er kendt, at større holdningsændringer og systemforandringer ikke sker fra den ene dag til den anden. Forandringerne forgår trinvist, og hastigheden af forandringerne afhænger af den enkelte institutions forandringssparathed og ledelsesopbakningen. Ændringer i sikkerhedskulturer – hvad enten det drejer sig om luftfarten, atomindustrien eller sundhedsvæsenet – begynder med en definition af problemet. Dernæst er det afgørende at identificere fejlene og håndtere dem åbent for på den måde at ændre anskuelserne fra at være indvidorienteret til at blive systemorienteret. Herefter er organi-

sationen moden til at forebygge og gendesigne procedurer og fysiske omgivelser [14]. Dernæst kan man søge helt at forhindre, at usikre procedurer indføres, og at arbejdet indrettes, så det mindst muligt er afhængigt af hukommelse og den enkelte medarbejders overvågning.

Følger man denne antagelse, viser de hidtidige resultater, at den første del er lykkedes, og at sikkerhedskulturen i H:S er på vej op mod det næste trin: forebyggelse af de utilsigtede hændelser. I de kommende år skal forebyggende initiativer såsom »patientsikkerhedsstuegange« og »fejlkildeanalyser« derfor afprøves [15, 16]. Sideløbende må sundhedsvæsenet indrettes, så fejlene slet ikke kan opstå. Det indebærer mere udbredt brug af f.eks. tjeklister, barrierer, der forhindrer fejl, og beslutningsstøtte til f.eks. elektronisk medicinordination.

Konklusion

At etablere en sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet med det formål at forhindre utilsigtede hændelser er en proces, der kræver ledelsesopbakning, medarbejderinvolvering, uddannelse, åbenhed og metoder til at forebygge, at den samme fejl sker igen. I løbet af en treårig periode blev der etableret et system, som – målt i antallet af rapporteringer og analyser samt medarbejdernes holdninger – har vist sin berettigelse. Det er nu op til organisationen at støtte de fortsatte rapporteringer og analyser og samtidig støtte udviklingen af sikkerhedssystemerne, så muligheden for, at fejlene får konsekvenser for patienternes sikkerhed, søges begrænset eller helt elimineret. Indførelse af dette projekt mødte, som alle andre organisationsændringer, modstand. Den største modstand var baseret på usikkerhed over for de legale konsekvenser af at indføre et rapporteringssystem: Ville det reelt være sikkert for frontlinjepersoner at rapportere om utilsigtede hændelser? Projektet blev introduceret samtidig med – og som en konsekvens af – at H:S blev akkrediteret ved Joint Commission International, og derfor befandt hele organisationen sig i en periode med store omstillinger og var præget af stor omstillingsparathed. Denne parathed sammenholdt med det intuitivt rigtige i at lære af andres fejl mhp. at forebygge fremtidige skader medvirkede formentlig til at reducere modstanden væsentligt.

Korrespondance: *Beth Lilja Pedersen*, H:S Enhed for Patientsikkerhed, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: beth.lilja@hh.hosp.dk

Antaget: 13. januar 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Utilsigtede hændelser. Handlingsplan med retningslinier. København: H:S Direktionen, 2002.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird L et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice study. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
3. Thomas EJ, Studder DM, Burstin HR et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71.
4. Wilson RM, Runiman WB, Gibberd RW et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
5. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL et al. Forekomsten af utilsigtede hændel-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

- ser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskr Læger 2001;163:5370-8.
6. Joint Commissions International: Standarder for hospitaler. H:S' oversættelse. København: H:S Direktionen, 2003.
 7. Hospital med hukommelse – på vej mod bedre patientsikkerhed. 2. udgave. København: H:S Direktionen, 2003.
 8. Håndbog i kerneårsagsanalyse. København: H:S Direktionen, 2003.
 9. www.trygpatient.dk/files/filer/kerneårsagsanalyser.zip /marts 2006.
 10. www.hosp.dk/hspatientsikkerhed.nsf/ResponseDokumenter/081DD6F20402A30AC1256BB0026BB60 /marts 2006.
 11. Viden og holdninger til utilsigtede hændelser og rapportering. Resultaterne af to spørgeskemaundersøgelser. København: H:S Direktionen, 2004.
 12. Kendskab og holdninger til H:S Handlingsplan for utilsigtede hændelser. En interviewundersøgelse med center-, klinik- og afdelingsledelser. København: H:S Direktionen, 2004.
 13. Lipczak H, Schiøler T, Andersen HB. Oversigt over internationale erfaringer med rapporteringssystemer. Delrapport III fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, Forskningscenter Risø og Dansk Institut for Medicinsk Simulation, 2002.
 14. Leape LL. Error in medicine. JAMA, 1994;272:1851-7.
 15. Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C et al. Patient safety leadership walk-rounds. Jt Comm Qual Saf, 2003;29:16-26.
 16. DeRosier J, Stalhandske E, Bagian JP et al. Using failure mode and effect analysis. The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis Team. Jt Comm J Qual Improv, 2002;27:248-67.

Forvekslingsindgreb: forekomst og forebyggelse

Reservelæge Brian Bjørn, reservelæge Louise Isager Rabøl, specialkonsulent Elisabeth Brøgger Jensen & klinikchef Beth Lilja Pedersen

H:S Direktionen, H:S Enhed for Patientsikkerhed, H:S Hvidovre Hospital, Afsnit 023

Resume

Introduktion: I artiklen illustreres, hvorledes rapporter om utilsigtede hændelser kan medføre konkrete ændringer i en organisation. Med udgangspunkt i rapporter om forvekslingskirurgi beskrives en metode til forebyggelse og dens implementering i H:S.

Materiale og metoder: H:S' database for rapportering af utilsigtede hændelser, Patientforsikringen og internationale kilder blev afsøgt for at estimere omfanget af forvekslingskirurgi. En amerikansk udviklet metode til forebyggelse af forvekslingskirurgi blev under betegnelsen De fem Trin bearbejdet til danske forhold og pilottestet i H:S. I maj 2005 blev den sammen med en oplysningskampagne introduceret i organisationen.

Resultater: Forvekslingsindgreb er sjældne hændelser: Rapporter om utilsigtede hændelser viser, at forvekslingskirurgi i H:S forekommer ved ca. 1:32.500 kirurgiske indgreb. Internationalt estimeres forvekslingsindgreb at finde sted ved mellem 1:30.000 og 1:15.000 indgreb. Der blev i H:S gennemført kerneårsagsanalyse på syv hændelser. Analyserne afdækkede et behov for bl.a. kirurgens medvirken til identifikation af patienten inden operation og en generelt mere struktureret kommunikation mellem medlemmer af operationsholdet. Det skønnes, at brugen af De fem Trin vil kunne afhjælpe disse problemer.

Konklusion: Ingen af trinene i De fem Trin er i sig selv nye eller epokegørende. Det afgørende er systematiseringen af identifikationsprocessen og af kommunikationen i operationsholdet. Proceduren er ikke forbundet med et øget resurseforbrug, men er udtryk for en ændring i kultur og tænkemåde. Metoden kan implementeres bredt på hospitaler i Danmark. Forvekslingsindgreb er sjældne, men alvorlige hændelser. I artiklen gennemgås resultater af kerneårsagsanalyser efter rapporter om forvekslingsindgreb i H:S. Analyserne viser behov for forbedret og struktureret kommunikation og

identifikation af patienter i forbindelse med operative indgreb. En metode til forebyggelse af forvekslinger gennemgås, og det beskrives, hvordan den er implementeret i H:S.

I Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) indførte man i 2002 »Handlingsplan for håndtering af utilsigtede hændelser«. Den indeholdt bl.a. obligatorisk rapportering af utilsigtede hændelser. Formålet med denne artikel er at illustrere, hvorledes disse rapporter blev anvendt til at gennemføre ændringer i organisationen. Med udgangspunkt i rapporter om forvekslingskirurgi og -indgreb samt yderligere data, der belyser forekomsten heraf, gennemgås årsager og en forebyggelsesmetode, som den er anvendt i H:S.

Forekomst

Forvekslingsindgreb (**Tabel 1**) er sjældne, men tilbagevendende hændelser, der kan være traumatiserende for både den patient, der udsættes for det, og den kirurg, der udfører indgrebet. Det er vanskeligt nøjagtigt at opgøre incidensen af forvekslingsindgreb. Hyppigheden hvormed forvekslingskirurgi rapporteres til forskellige rapporteringssystemer, kendes derfor ikke med sikkerhed, men det skønnes at være fra færre end 5% [1] til 20-30% af hændelserne [2]. De følgende angivelser er derfor sandsynligvis et udtryk for minimumsincidenser.

I perioden fra januar 2002 til december 2004 indkom der i H:S 12 rapporter om forvekslingsindgreb. Heraf blev fem forhindret inden incision, men efter afdækning eller anæstesi. Der udføres årligt ca. 130.000 indgreb i H:S. Det giver en incidens af rapporterede forvekslinger på ca. 1:32.500. Der blev gennemført kerneårsagsanalyse (**Tabel 2**) på syv af de 12 forløb. Resultaterne heraf er vist i **Tabel 3**.

Siden den 1. januar 2004 har lov om patientsikkerhed forpligtet sundhedspersonale til at rapportere om utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (www.dpsd.dk), og