Afslutningsrapport
"Styrkelse af patientsikkerhed
mellem Danmark og Tyskland"

Abschlussbericht
"Stärkung der Patientensicherheit
zwischen Dänemark und Deutschland"

Final report
"Strengthening of patient safety
between Denmark and Germany"

European Union
European Regional
Development Fund
Investing in your future

Indhold

Forord	4
Udgangssituation: Patientsikkerhed i Danmark og Tyskland	4
Patientrepræsentanter og interesseorganisationer i Danmark og Tyskland	9
Indførelse af Critical Incident Reporting System	10
Værktøj IHI Global Trigger Tool	11
Sikkerhedsrundering i hospitalet	13
Grænseoverskridende faldforbyggelse	14
Studierejser	15
Temadage	16
Resultat og fremtidsperspektiv	17

Projektet i overblik

- Medfinansieret af INTERREG 4 A-programmet Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. med midler fra Den Europæiske Fond for Regionaludvikling
- Budget: 1,2 Millionen €
- Projektperiode: oktober 2008 til juni 2011
- 11 deltagere fra Syddanmark og Slesvig-Holsten
- Ledende partner: Fachhochschule Flensburg
- www.patientsafety-interreg.com

Inhalt

Vorwort	18
Ausgangssituation: Die Patientensicherheit in Dänemark und Deutschland	18
Patientenvertreter und Interessenorganisationen in Dänemark und Deutschland	23
Einführung eines Critical Incident Reporting Systems	25
Das Werkzeug IHI Global Trigger Tool	25
Safety Rounds im Krankenhaus	27
Grenzüberschreitende Sturzprophylaxe	29
Studienreisen	30
Thementage	31
Fazit und Ausblick	32

Das Projekt im Überblick

- Gefördert durch INTERREG 4 A Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. mit Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung
- Budget: 1,2 Millionen €
- Dauer: Oktober 2008 bis Juni 2011
- 11 Partner aus Süddänemark und Schleswig-Holstein
- Leadpartner: Fachhochschule Flensburg
- www.patientsafety-interreg.com

Content

Preface	33
Initial Situation: Patient Safety in Denmark and Germany	33
Patient Representatives and Interest Organisations in Denmark and Germany	38
Implementation of a Critical Incident Reporting System	40
The instrument IHI Global Trigger Tool	40
Safety Rounds in hospitals	42
Transnational fall prevention	44
Study Trips	44
Theme Days	45
Conclusion and Outlook	46

Project at a glance

- Co-financed by the INTERREG 4 A program Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. from the European Regional Development Fund
- Budget: 1,2 Million €
- Duration: October 2008 till June 2011
- 11 partners drawn from Germany and Denmark
- Lead partner: University of Applied Sciences Flensburg
- www.patientsafety-interreg.com

Forord

"Det er nu engang menneskeligt at fejle", sådan lyder et af de sædvanlige visdomsord. Men især i forbindelse med behandlingen af patienter kan en utilsigtet hændelse hurtigt udvikle sig til en livstruende fejl. Derfor gælder der inden for sundhedsvæsenet særlig høje standarder, når det drejer sig om patienternes sikkerhed.

Patientsikkerhed er målet for et kvalitetsorienteret sundhedsvæsen og målestokken for velfungerende risikostyring. Sygehusene i Region Syddanmark og Schleswig- Holstein har allerede i længere tid haft kvalitetsstyringssystemer i brug og anvender forskellige instrumenter, bl. a. patienttilfredshedsundersøgelser og patientblager for at opspore fejlkilder. Alle disse instrumenter har til formål at skabe mere transparens i behandlingen og øge patienternes tilfredshed og sikkerhed.

På denne basis har sygehusene på begge sider af grænsen under ledelse af Fachhochschule i Flensborg sat sig i bevægelse for i fremtiden at kunne efterkomme dette krav endnu bedre. I denne forbindelse blev der nedsat arbejdsgrupper og sat delprojekter i gang, som skal tjene til erfarings udveksling, pilotering af innovative instrumenter samt opbygning af permanente strukturer.

Projektet må betragtes som en stor succes, da de aktiviteter, der beskrives i denne afslutningsrapport også bliver videreført i fremtiden, og der allerede er blevet udviklet nye ideer. Således påtænkes for eksempel grænseoverskridende audits og en årlig konference om temaet patientsikkerhed.

Lad os også i fremtiden følge denne vej i fællesskab. Derfor:

Tænk grænseoverskridende!

Tal grænseoverskridende!

Handl grænseoverskridende!

Prof. Dr. Roland Trill
(Fachhochschule Flensburg, projektleder)

Udgangssituation: Patientsikkerhed i Danmark og Tyskland

Danmark

I Danmark har der i det seneste årti været fokuseret meget på kvantitet, dvs. at på at behandle flere og flere patienter og nedbringe ventelisterne. I de kommende år handler det om at skabe kvalitet i behandlingerne. Kvalitet omfatter 6 parametre:

- **Effekt** – Patienterne skal have den behandling, der virker bedst.
- **Lighed** – Der skal være pleje og behandling for alle borgere
- **Patientsikkerhed** – Behandlingen skal være sikker for patienterne
- **Patientfokus** – Patienten og de pårørende er omdrejningspunkt for behandlingen
- **Rettidighed** - Borgerne skal have behandling og pleje når og hvornår de har behov
- **Omkostningseffektivitet** – Samfundet skal have mest mulig sundhed for pengene

Patientsikkerhed på de offentlige sygehuse i Danmark

Indtil for nogle få år siden, var der ikke tradition for systematisk at arbejde med at forbedre patienternes sikkerhed i Danmark. I det senere år har der dog været en række tiltag, som er ved at ændre dette:

(1) Rapportere og analysere de utilsigtede hændelser

(2) Organisere patientsikkerhedsarbejdet på de enkelte sygehuse

(3) Opbygge systemer og indføre arbejdsgange, der forebygger og opfanger utilsigtede hændelser, før de sker eller når at skade patienterne.

(4) Udvikle en kultur, hvor man taler åbent om utilsigtede hændelser for at lære af dem

I nærværende projekt har der været fokus på rapportering af utilsigtede hændelser og derfor vil status for sikkerhedsarbejdet i Danmark begrænses til dette tiltag

Siden 2004 har sundhedspersonale på de danske sygehuse været forpligtiget til at rapportere utilsigtede hændelser i Sundhedslovens kapitel 61 §§ 198 til 202, både de hændelser som skete og hændelser som kunne være sket.

Patientsikkerhed er topprioritet for hver behandling. (©Uwe Gosch)

Lovgivningen angiver:

- at sundhedspersonalet har pligt til at rapportere de utilsigtede hændelser
- at sygehusene har pligt til at handle
- at Sundhedsstyrelsen og Patientombudet har pligt til at formidle.

På trods af disse pligter er det dog vigtigt at understrege at formålet med lovgivningen er læring – ikke sanktionering.

Rapporteringen sker via en national database - Dansk Patientsikkerhedsdatabase (www.dpsd.dk). Hver enkelt rapportering bliver modtaget lokalt på det sygehus eller i den region, hvor hændelsen forekom. Her gennemføres sagsbehandling, og især de alvorligste hændelser analyseres dyberegående. Når sagsbehandlingen er afsluttet sendes konklusionerne i anonymiseret form til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, der organisatorisk er placeret i Sundhedsstyrelsen.

Arbejdet med utilsigtede hændelser handler ikke om at placere skyld på enkeltpersoner, men om at lære af de utilsigtede hændelser og opbygge systemer, der mindsker risikoen for, at de sker igen. Fundamentet for arbejdet med at uddrage læring fra utilsigtede hændelser er systemperspektivet, der antager, at utilsigtede hændelser sker som følge af, at mennesker arbejder sammen i komplekse organisationer og med komplicerede funktioner. I modsætning hertil står individperspektivet, der baserer sig på sanktioner, fordi antagelsen er, at utilsigtede hændelser sker som følge af enkeltpersoners glemsomhed, ligegyldighed, uopmærksomhed, skødesløshed eller egentlige forsømmelser og egentlig afvigende adfærd.

I arbejdet med at uddrage læring fra utilsigtede hændelser anvender man ikke individperspektivet, hvilket også er en af grundene til at rapporteringen i den nationale database kan ske anonymt. Selvom det således er muligt at rapportere anonymt , er der i dag – 7 år efter lovens ikrafttræden – kun en meget lille del af personalet, som benytter sig af dette.

At der ikke er fokus på individperspektivet understreges ligeledes i lovgrundlaget for personalets pligt til at rapportere – Sundhedslovens § 201:

"En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene."

Netop denne paragraf er afgørende for åbenhed og tillid til, at utilsigtede hændelser kan rapporteres af sundhedspersonalet uden risiko for at blive straffet.

Paragraffen er enestående i international sammenhæng, idet ingen andre lande har en lignende lovgivning. § 201 skal dog ikke opfattes som et "frit lejde" til at begå fejl. Det sanktionerende system fungerer fortsat og uafhængigt af Sundhedslovens bestemmelser. Det er alene på baggrund af selve rapporteringen, at den enkelte sundhedsperson ikke kan blive mødt af sanktioner.

I september 2010 blev loven udvidet, således at rapporteringspligten også omfatter primærsektoren og kommunerne. I september 2011 udvides loven yderligere således at patienter og pårørende ligeledes får mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser i den nationale database.

Utilsigtede hændelser i Danmark og Region Syddanmark

Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser på de danske sygehuse er siden 2004 steget år for år.

Nationalt blev der i 2009 sendt i alt 25.249 rapporter fra regionerne til Sundhedsstyrelsen – Region Syddanmark stod for de 3619 hændelser. Størstedelen af disse hændelser er dog ikke endt i patientskader. Kun ca. 1-2 % af de rapporterede hændelser er endt i alvorlige skader på patienterne.

Det stigende antal rapporteringer – alene i Region Syddanmark har vi set en stigning fra 2564 hændelser i 2008 til

Hændelsestype	Region Syddanmark 2009 fordeling i % I alt 3619 hændelser	Danmark 2009 fordeling i % I alt 25.249 hændelser
Anæstesi	2	2
Fald	9	10
Hjertestop / Uventet dødsfald	1	1
Kontinuitetsbrud	10	13
Medicinering	33	32
Operative indgreb / invasive indgreb	5	4
Forveksling / fejlkommunikation	17	15
Selvmord / selvmordsforsøg	1	1
Øvrige	23	22

3619 i 2009 til 6206 i 2010 - er ikke udtryk for at det bliver mere usikkert på de danske sygehuse, men udtryk for en stigende åbenhed og villighed til at lære, når noget er gået galt eller kunne være gået galt.

Tallene er endvidere udtryk for, at trods stærke sikkerforanstaltninger på sygehusene, kan særlige omstændigheder på et givent tidspunkt, kombineret med menneskelige faktorer – Human Factors som fx forstyrrelser, misforståelser eller forglemmelser føre til, at der opstår risici eller egentlige utilsigtede hændelser med patientskade til følge.

Ovenstående figur viser, hvorledes rapporterner i 2009 fordelte sig på forskellige hændelsestyper.

Denne fordeling viser at ca. 10% af de rapporterede utilsigtede hændelser i Danmark og i Region Syddanmark var relateret til fald. Fald blev derfor et tema for nærværende projekt.

Selvom der rapporteres flere og flere utilsigtede hændelser, ved vi at de ikke giver os det fuldstændige billede af de hændelser, der sker eller var lige ved at ske. Rapportering af utilsigtede hændelser er derfor internationalt i de seneste år blevet suppleret med mere proaktive tilgange, som GTT - IHI Global Trigger Tool - og sikkerhedsrunderinger, hvor bl.a. Human Factors indgår.

Begge disse tilgange har ligeledes indgået i nærværende projekt sammen med udveksling af erfaringer omkring forebyggelse af fald og rapportering af utilsigtede hændelser.

Baggrunden for at gå ind i projektet

En af kvalitetsparametrene er, at behandlingen skal være sikker for patienterne. Vi skal behandle og om muligt helbrede patienterne, ikke lave fejl og skade dem.

Men virkeligheden er, at ca. 9 % alle indlagte patienter i Danmark udsættes for fejl i behandlingen - en utilsigtet hændelse. Ikke alle utilsigtede hændelser fører dog til at vi skader patienterne.

Definition af en utilsigtig hændelse (Sundhedsloven, kapitel 61, § 198)

"Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats, eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler. Utilsigtede hændelser omfatter på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller i øvrigt ikke indtraf på grund af andre omstændigheder."

Patientsikkerhed handler om at forebygge at fejl sker og at de skader patienterne. Men ofte handler patientsikkerhed også om at gøre noget anderledes, end man er vant til, og om at skabe barrierer mod, at der kan ske fejl. Det kræver ofte ikke ny sundhedsfaglig viden, men at eksisterende viden anvendes. At de gode resultater spredes og implementeres.

Ud over udveksling af viden og erfaringer mellem sygehusene i de andre regioner i Danmark, har det derfor også været naturligt for Region Syddanmark at søge inspiration internationalt.
Indtil henvendelsen fra Fachhochschule i Flensborg om at gå

ind i Interreg-4A projektet: "Styrkelse af patientsikkerheden mellem Danmark og Tyskland", i sensommeren 2008, havde vi i regionen ikke set til Tyskland, når vi søgte inspiration til patientsikkerhedsarbejdet. Sverige, Norge, England og USA var de foretrukne steder at se hen.
Da Region Syddanmark i forvejen samarbejder med tyske sygehuse i bl.a. Flensborg, Husum og Kiel, om akutberedskab og behandling af danske patienter, var henvendelsen en kærkommen lejlighed til at udveksle viden og erfaringer indenfor patientsikkerhedsområdet.

Dette var baggrunden for at Region Syddanmark valgte at gå med i projektet med sit Center for Kvalitet og de 5 sygehusenheder – Sygehus Sønderjylland, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Lillebælt, OUH Odense/Svendborg samt Psykiatrien.

Tyskland

I de senere år har forandringerne i sundhedssystemet i Tyskland været præget af forsøgene på at sænke omkostningerne i sundhedsvæsenet. I den forbindelse blev der f.eks.

- indført nye afregningsmodeller
- etableret netværk inden for sundhedsvæsenet og
- implementeret ny teknologi

Desuden blev sygehusene forpligtet til at indføre et kvalitetsstyringssystem. Derigennem skulle blandt andet effektiviteten i sundhedsvæsenet øges.

Forpligtelser til kvalitetssikring i henhold til den tyske sociallovbog (SGB bog V §135a)

(1) Den, der erlægger en ydelse, er forpligtet til at sikre og videreudvikle kvaliteten af de ydelser, der erlægges. Ydelserne skal svare til den aktuelle videnskabelige erkendelse og erlægges i den fagligt tilbudte kvalitet.

(2) Kontraktlæger, medicinske behandlingscentre, autoriserede sygehuse, udbydere af forebyggende ydelser eller genoptræningsforanstaltninger og institutioner, med hvilke der er sluttet en behandlingskontrakt i henhold til §111a, er ifølge §§ 136a, 136b, 137 og 137d forpligtet til

1. at deltage i foranstaltninger til kvalitetssikring institutionerne imellem, der især har til formål at forbedre kvaliteten af udfaldet og

2. internt i institutionen at indføre og videreudvikle en kvalitetsstyring.

Patientsikkerhed på tyske sygehuse

Patientsikkerheden spiller en stadig vigtigere rolle i det tyske sundhedsvæsen og er i reglen placeret sammen med kvalitetsstyring. I modsætning til Danmark eksisterer der ikke en fælles lovgivning gældende for hele Forbundsrepublikken Tyskland, der forpligter sygehuse til bestemte foranstaltninger inden for området patientsikkerhed, da opsynet med sygehusene påligger de respektive forbundslande.

En undtagelse udgør infektionsbeskyttelsesloven, "Infektionsschutzgesetz", der blev fremlagt af Forbundssundhedsministeriet i 2010 og vedtaget af Forbundsdagen i 2011. For i Tyskland bliver årligt omkring 400.000 til 600.000 patienter syge på grund af infektioner, som de pådrager sig under en behandling. Imellem 7.500 og 15.000 patienter dør af disse bakterier. Især forøgelsen af multiresistente bakterier på tyske sygehuse har ført til beslutningen om at gribe til ensartede foranstaltninger.

På trods af, at der ikke findes nogen fælles lovgivning for hele Forbundsrepublikken, er patientsikkerheden på de tyske sygehuse et vigtigt tema. De tre tyske projektsygehuse Diakonissenkrankenhaus Flensburg, St. Franziskus-Hospital i Flensborg og klinikken Nordfriesland har inden projektets start f.eks. indført foranstaltninger vedrørende

- patientidentifikation
- faldprofylakse
- decubitusprofylakse og
- tjeklister ved operationer

Patientsikkerhed er topprioritet for hver behandling. (©Fotolia)

Disse foranstaltninger er baseret på anbefalinger fra verdenssundhedsorganisationen (WHO), foreningen for patientsikkerhed, "Aktionsbündniss Patientensicherheit e.V.", og nationale ekspertstandarder. Desuden deltager alle projektpartnere i en aktion om "Rene Hænder" - "Saubere Hände" - til forbedring af hygiejnen.

Derudover anvender alle projektsygehuse patientsikkerhedsindikatorer for at få oplysninger om utilsigtede hændelser. Med dette formål bliver foreliggende patientdata analyseret ved hjælp af et computerprogram og f.eks. antallet af infektioner fundet. Ud fra disse data kan der målrettet identificeres handlingsområder for patientsikkerheden.

Utilsigtede hændelser i Tyskland og i grænseregionen

Et bredt handlingsfelt til forbedring af patientsikkerheden udgør analysen af utilsigtede hændelser.

Definition af "utilsigtede hændelser" (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Utilsigtede hændelser er begivenheder hhv. omstændigheder, som eventuelt, men ikke nødvendigvis, fører til en konsekutiv skade for patienten

Et typisk eksempel på en utilsigtet hændelse er forveksling af medikamenter på grund af lignende emballage. Hvis forvekslingen bemærkes og korrigeres inden tildeling af medikamentet, opstår der dog ingen skade på patienten. Netop på dette grundlag kan organisationen lære af sådanne begivenheder og forbedre sig.

For at kunne opdage og undgå sådanne fejlkilder er det nødvendigt med et målrettet rapporterings- og læringssystem, hvor medarbejdere kan rapportere sådanne tilfælde. I de seneste år er der oprettet forskellige internetdatabaser, hvor utilsigtede hændelser kan meldes. Sådanne Critical Incident Reporting Systems (CIRS) tilbydes dog ikke over hele Tyskland, men der findes flere enkeltstående løsninger, f.eks.

Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland: et rapporteringssystem der dækker hele Forbundsrepublikken mht. sikkerhedsrelevante hændelser på sygehuset (http://www.kh-cirs.de/)

PaSOS: et hændelses-rapporteringssystem til registrering og analyse af sikkkerhedsrelevante hændelser inden for anæstesi, intensivmedicin, akutmedicin og smerteterapi (https://www.pasos-ains.de/)

CIRS-Notfallmedizin: et rapporteringssystem om risikomanagement i den prækliniske og kliniske akutmedicin for hele Forbundsrepublikken (http://www.cirs-notfallmedizin.de/)

Det er vigtig at melde utilsigtede hændelser for at lære fra det. (©Fotolia)

Deltagelsen i dette frivillige rapporteringssystem er ikke overvældende, da der ikke gives nogen direkte feedback til dem, der rapporterer. Derfor er den konkrete nytteværdi både for den enkelte medarbejder og for sygehuset ringe. Indførelsen af et sygehusinternt CIRS giver derimod sygehusledelsen en høj nytteværdi til forbedring af patientsikkerheden. I de tre projektsygehuse fandtes der før projektets start ingen CIRS som supplement til deres fejlmanagement.

Baggrunden for deltagelse i projektet

For de tyske partnere i projektet har især den videre forbedring af patientsikkerheden og udvekslingen med kollegaerne på de danske sygehuse i grænseregionen stået i forgrunden. De danske partnere har allerede siden 2004 arbejdet med et nationalt fejlrapporteringssystem, hvor der er indgået mange rapporter og meldinger. Projektet var altså en velkommen lejlighed til at få førstehånds-tips og erfaringer til implementering af Critical Incident Reporting Systems (CIRS).

En vigtig henvisning fra de danske partnere var, at samlingen af meldinger alene ikke er tilstrækkeligt til at forbedre patientsikkerheden. Organisationen skal også lære rapporterne og gennemføre forbedringer. Med et yderligere værktøj, IHI Global Trigger Tool, håber projektpartnerne at kunne måle succesen af de udledte foranstaltninger. Derfor enedes projektpartnerne om at benytte IHI Global Trigger Tool (IHI GTT) til analyse af sygehusjournaler. I den forbindelse bliver ca. 20 patientjournaler udvalgt tilfældigt og undersøgt for såkaldte "triggere", der kan give et fingerpeg om fejlkilder.

Efter en indledende analyse blev også temaerne faldprævention og sikkerhedsrunderinger på de deltagende sygehuse optaget i projektplanen.

Patientrepræsentanter og interesseorganisationer i Danmark og Tyskland

Under projektforløbet er der igen og igen blevet tilkaldt repræsentanter fra patientorganisationer, som er blevet bedt om råd og støtte. På begge sider af grænsen findes der et bredt rådgivningstilbud for patienter.

Interesseorganisationer indenfor patientsikkerhed i Danmark

Blandt de væsentligste interesseorganisationer indenfor patientsikkerhed i Danmark er **Danske Regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed** og **Danske Patienter** (repræsenterer en lang række sygdomsspecifikke interesseorganisationer som Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening, Diabetes Foreningen, Parkinsonforeningen, Gigtforeningen, Hjerteforeningen, Astma Allergi Danmark, Dansk Fibromyalgi Forening, Colitis-Crohn Foreningen, Dansk Epilepsi Foreningen, Nyreforeningen, Scleroseforeningen, Livet efter ulykken, Sjældne Diagnoser, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade).

Danske Regioner er interesseorganisation for de 5 regioner og varetager deres interesser nationalt og internationalt. Foreningen er bl.a. med til at sætte den politiske dagsorden indenfor patientsikkerhed – www.regioner.dk

Den 11. februar 2011 meldte foreningen ud omkring kvalitetsindsatserne i de kommende 3 år frem til udgangen af 2013. Patientsikkerhed var en af indsatserne og målet er at reducere antallet af utilsigtede hændelser med patientskade med 20 %. Som metode til at måle patientsikkerheden angav regionerne IHI Global Trigger Tool.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed arbejder for at forbedre patientsikkerheden i Danmark. Selskabet blev stiftet december 2001 med det formål at fungere som organisatorisk ramme for arbejdet med patientsikkerhed – www.patientsikkerhed.dk

Dansk Selskab for Patientsikkerhed gør dette ved at sprede viden, påvirke beslutningstagere og igangsætte projekter, der tilsammen arbejder for at øge sikkerheden for danske patienter. Målet er at mindske risikoen for, at patienter kommer til skade i deres møde med sundhedsvæsenet.

Nogle af selskabets opgaver er, at:

- Fastholde patientsikkerhed på den sundhedspolitiske dagsorden.
- Indsamle og distribuere viden om patientsikkerhed, fx undersøgelser, projekter og problematikker.
- Igangsætte og deltage i projekter og arbejdsgrupper, fx om patientinvolvering, medicineringsfejl og løsninger på patientsikkerhedsproblemer.
- Skabe uddannelsestilbud, der giver sundhedspersoner øget viden og kompetencer til at håndtere patientsikkerheds-problemer.

Arbejdsprogrammet i de kommende år omfatter:

- Patientsikkert sygehus, hvor Region Syddanmark deltager med Kolding Sygehus
- Partnerskab for patientsikkerhed
- Fremme af implementeringen af det udvidede rapporteringssystem, herunder etablering af risikomanageruddannelsen.

Danske Patienter er, som paraplyforening for 15 medlemsforeninger med tilsammen 830.000 medlemmer, patienternes talerør over for offentligheden, og giver indspil om patientperspektivet, hver gang nye initiativer sættes i søen.

Foreningen har til formål at sikre patienterne de bedst mulige vilkår i behandlingssystemet ved at formulere politikker på baggrund af dokumenteret viden og kendetegner sig selv som "en konstruktiv, men kritisk medspiller, der stiller krav til udviklingen i det danske sundhedsvæsen".

Målet for foreningen er, at det danske sundhedsvæsen bliver centreret om brugernes behov og leverer behandling af høj kvalitet. Og deres indsats skal bidrage til visionen om et patientcentreret sundhedsvæsen i international klasse – www.danskepatienter.dk

Andre organisationer

To andre organisationer, som begge er statslige, skal nævnes i forbindelse med patientsikkerhedsarbejde i Danmark – Patientombuddet og Patientforsikringen.

Patientombuddet

Patienter, som ønsker at klage over den faglige behandling i det danske sundhedsvæsen kan henvende sig til Patientombuddet (tidligere Patientklagenævnet) – www.patientombuddet.dk

Patientombuddet behandler også klager over tilsidesættelse af patientrettigheder og klager over Patientforsikringens afgørelser om erstatning, samt vejleder om rettigheder til sygehjælp i andre lande efter dansk lovgivning, EU-regler og andre internationale aftaler. Fra 1. januar 2011 administrerer Patientombuddet ligeledes den centrale administration af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser i sund-

hedsvæsenet og bidrager til, at viden om utilsigtede hændelser og viden fra patient- og erstatningssager benyttes forebyggende.

Patientforsikringen

Alle patienter er omfattet af en offentlig erstatningsordning – Patientforsikringen – www.patientforsikringen.dk , hvor det er gratis at anmelde en sag. Forsikringens opgave er at sikre, at patienterne får den erstatning, de er berettiget til efter loven.

Ordningen dækker, hvis patienter kommer til skade i forbindelse med behandling på et offentligt hospital, et privat hospital, hos egen læge, hos en speciallæge eller hos andre privatpraktiserende autoriserede sundhedspersoner. Ordningen dækker også lægemiddelskader.

Forskning indenfor patientsikkerhed i Danmark

Selvom både kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i dag er højt prioriterede områder i sundhedsvæsenet i Danmark, har der indtil nu ikke været tradition for at forske indenfor disse 2 områder i Danmark.

Samtidig anvendes der dog meget betydelige ressourcer på at måle, registrere og udvikle kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen. Ressourcer, der ellers kunne være gået til direkte patientbehandling.

Det er derfor afgørende for bl.a. Region Syddanmark, at få svar på, om den indsats der ydes på sygehusene også skaber mere kvalitet og større sikkerhed for patienten og derfor besluttede Region Syddanmark og SDU (Syddansk Universitet) i fællesskab at etablere et "Forskningsinitiativ for Kvalitet i Sundhedsvæsenet", i 2010.

Interesseorganisationer indenfor patientsikkerhed i Tyskland

Markedet i den tyske grænseregion har følgende tilbud til patienterne:

Sygekasserne giver deres respektive kassemedlemmer mulighed for oplysning i retsspørgsmål, f.eks. via en telefon-hotline. Tillige stiller de via sygekassernes medicinske tjeneste, "Medizinischer Dienst der Krankenkassen" (MDK), syns- og skønsmænd til rådighed for deres patienter til prøvelse af, om et medicinsk fejlbehandling foreligger og et krav om skadeserstatning kan sættes igennem.
Sygekassen AOK i Schleswig-Holstein har sin egen medicinske prøvelsesinstans, "Medizinschaden-Institut".
Patienternes ombudsmand i Schleswig-Holstein e.V. tilbyder en ikke-medicinsk, mæglende tjeneste mellem patienter og læge. Denne tjeneste udøves på frivillig basis.
Den uafhængige patientrådgivning, "Unabhängige Patientenberatung Deutschland" (UPD), rådgiver bl.a. ved mistanke om behandlingsfejl.

Lægekammerets mæglingsinstans finansieres gennem lægekammeret og gennem ansvarsforsikringsselskaberne. Målet er at opnå udenretslig enighed med lægerne i tilfælde af fejl. Sagens forhold afklares, eksterne syns- og skønsmænd indsættes, og til sidst prøves disses beslutning. Det er en forudsætning, at den pågældende læge giver sit samtykke. Efter syns- og skønsrapporten forsøger man så at nå til enighed uden rettens hjælp, hvilket for det meste accepteres af lægernes ansvarsforsikring, men som på betalerens side dog i enkelte tilfælde fører til nærmere prøvelse.

Specielt organiserede advokatkontorer beskæftiger sig udelukkende med spørgsmål vedrørende patientsikkerhed og spørgsmål om lægelige fejl.

Indførelse af Critical Incident Reporting System

I Tyskland findes der ikke noget rapporteringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse, der dækker hele Forbundsrepublikken. De tyske projektpartnere har ved starten af projektet beskæftiget sig intensivt med dette tema, og det udviklede sig hurtigt til en central opgave inden for projektet. Blandt erfaringerne fra Danmark har de tyske projektpartnere især kunne drage nytte af samtaler med CIRS-eksperter og med de danske sygehuse. Målet med indførelse af et CIRS er at afdække mulige farekilder for at kunne overvinde disse med henblik på et sikkert behandlingsforløb. Det samlede system beror på frivillighed blandt medarbejderne, og det handler ikke om at placere skyld, men om at afdække fejl kilder inden der sker reelle skader. Der kan derfor heller ikke træffes arbejdsretlige konsekvenser på baggrund af en rapportering.

Alle utilsigtede hændelser, hvor der ikke blev forvoldt skader rapporteres, hvis de opfylder et af følgende kriterier:

- Omstændigheder, som kan forårsage en utilsigtet hændelse.
- En utilsigtet hændelse, som ikke har nået en patient/medarbejder/tredje person.
- En utilsigtet hændelse, som ganske vist har nået en patient/medarbejder/tredje person, men ikke har forvoldt nogen skade, men eventuelt dog har nødvendiggjort en yderligere overvågning (f.eks. af kredsløbsparametre).

Efter at de tyske projektpartnere havde bestemt sig for en elektronisk version, blev der foretaget en sammenligning af diverse produkter. Inden implementeringen kunne påbegyndes, blev der desuden diskuteret spørgsmål vedrørende datasikkerhed under deltagelse af ombudsmanden for datasikkerhed i Schleswig-Holstein. Den tekniske omsætning-

sproces var en udfordring for alle, idet det jo gjaldt om at inddrage husinterne specifikationer i den anskaffede softwareløsning.

I pilotfasen var der en del hindringer, der skulle overvindes. Mange medarbejdere kviede sig i begyndelsen ved rapportere til CIRS, fordi de forventede negative konsekvenser fra sygehusledelsens side. Desuden er indtastning af rapporteringen i computeren ensbetydende med yderligere arbejde. Gennem intensivt oplysningsarbejde på sygehusene og kurser om temaet CIRS er der i mellemtiden indgået tilstrækkeligt mange rapporteringer til, at de første foranstaltninger kan udledes. Rapporteringerne er ikke altid sikkerhedsrelevante. Men alle rapporteringer bearbejdes, og hvis rapporteringen er foretaget med navns nævnelse, gives der en tilbagemelding. På den måde ved medarbejderne, at deres rapportering bliver taget alvorligt. Motivationen til også at melde fremtidige utilsigtede hændelser stiger.

Også efter projektets afslutning må der til stadighed være fokus på CIRS og informeres om det for at begejstre alle medarbejdere for CIRS og inddrage dem aktivt i den kontinuerlige forbedringsproces. Succesen for instrumentet CIRS vil først vise sig om nogle år, når antallet af rapporteringer stiger. Det vil også have en positiv effekt på virksomhedskulturen, væk fra placering af skyld og hen imod mere sikkerhed i behandlingsforløbet til gavn for patienterne.

Stephan Jatzkowski, ansvarlig for kvalitetsstyring på Diakonissenkrankenhaus i Flensborg: "Med indførelsen af et CIRS vil vi lære lige præcis de ting på vores sygehus at kende, som egentlig aldrig må ske. Dermed håber vi på systematisk at kunne forbedre systemiske processer og strukturer, inden der sker reelle skader."

Værktøj IHI Global Trigger Tool

IHI Global Trigger Tool er udviklet af Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, USA, (IHI). Det muliggør en retrospektiv måling af patientsikkerheden ved hjælp af en stikprøveagtig analyse af patientjournaler. Det betyder, at der en gang om måneden kontrolleres 20 tilfældigt udvalgte afsluttede patientjournaler for forskellige indikatorer (triggere). Blandt disse indikatorer tæller bl.a. blodtransfusion, tilkaldelse af nødhjælpsteams og en patient, der falder. Disse indikatorer kan være del af sygdomsforløbet, men kan også give et fingerpeg om en mulig patientskade. Således undersøges ved hjælp af IHI Global Trigger Tool faktisk indtrufne skader på patienter med henblik på, om skaden kunnet have været undgået. Hvis dette er tilfældet, kan der udledes direkte forbedringsforanstaltninger, således at disse skader ikke forekommer igen.

Urban Jürgensen forklarer hvordan man finder trigger i patientjournaler. (©Mandy Schubert)

IHI Global Trigger Tool i Danmark

IHI GTT anvendes systematisk i Sygehus Sønderjylland og på hhv. Sygehus Lillebælt og Sydvestjysk Sygehus.

På alle enheder forventes baseline (3. og 4. kvartal 2009, 1., 2. og 3. kvartal 2010) færdiggjort inden juni 2011. Det forventes, at IHI GTT overgår til drift efter projektets afslutning, og at det dermed indgår i sygehusenes kvalitetsmonitorering.

Træning og uddannelse af teams

På hvert sygehus er der blevet sammensat teams af reviewere, som typisk er sygeplejersker med forskellig specialebaggrund og supervisorer, som alle er læger. På hvert sygehus er der uddannet mellem 4 og 6 reviewere og hyppigst 3 supervisorer.

Alle har fået tilbudt og har deltaget i samme uddannelsestilbud bestående af følgende:

- en undervisningsdag med undervisning af Urban Jürgensen, projektleder, Qulturum, Sverige samt personale fra Center for Kvalitet
  - Introduktion til IHI GTT
  - Træning på 2-3 træningsjournaler
  - Efterfølgende opsamling

- en opfølgende træningsdag, hvor der var mulighed for at træne på egne journaler under supervision (ved Center for Kvalitet)

Hvordan foregår den egentlige Journalgennemgang?

Det er blevet overladt til de enkelte sygehuse at organisere sig i forhold til den praktiske del af journalgennemgangen. Det har blot været væsentligt at skele til de vigtigste metodemæssige principper, som de beskrives i litteraturen.

På alle tre enheder har de én månedlig dag, hvor reviewerne mødes om morgenen og gennemgår journaler. Teams af to reviewere sidder i samme rum og gennemgår journaler. Efter et antal journaler sammenholdes de fundne antal triggere, skader samt skadeklassifikationen. Såfremt der er fuld enighed, afsluttes journalen. Såfremt der er uenighed eller tvivl, gennemgås journalen med supervisor(er), som typisk deltager om eftermiddagen.

Der er lokale versioner; f.eks. på et sygehus, hvor alle journaler, hvor der er identificeret triggere og skader, gennemgås med supervisorer. Journalen vises via en projektor, så alle har samme information. Dette har vist sig at have både lærings- og "kalibreringsværdi" for de enkelte teams.

De vigtigste elementer i startfasen har været hyppighed for journalgennemgangen, stabilitet i sammensætningen af reviewere og supervisorer (dvs. så få udskiftninger som muligt), dobbeltreview af alle journaler og den fælles dialog om skader.

PhD-project

Kræftens Bekæmpelse i Danmark lavede i 2010 en undersøgelse af patientsikkerhed i kræftbehandlingen, hvor de anvendte IHI GTT til journalgennemgang. Konklusionen var, at IHI GTT ikke umiddelbart blev fundet anvendeligt til onkologiske patienter, idet flere af de skader, som var relateret specielt til onkologiske patienter, ikke blev "fanget" af IHI GTT. I en del af et PhD-projekt ved Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet forsøger man at belyse disse resultater ved at sammenligne IHI GTT og IHI GTT inkl. et onkologimodul (udviklet i Wales i forbindelse med 1000livescampagnen); nærmere bestemt sammenlignes omfanget af skader fundet ved journalgennemgang med de to forskellige metoder. Denne del ad PhD-studiet indgik i nærværende projekt og forventes afsluttet i løbet af foråret 2011.

Elektronisk identifikation af triggere

I den internationale litteratur om IHI GTT omtales flere steder den relativt ressourcetunge manuelle gennemgang af journaler, hvorfor flere også peger på, at en delvis elektronificering af processen kunne være en fordel (Snow 2008).

I 2010 indledtes et samarbejde med SAS-Institute omkring elektronisk identifikation af triggere i forbindelse med journalgennemgang. På Karolinska sygehus i Stockholm har man i løbet af 2009 og 2010 arbejdet med samme projekt, og i december 2010 blev metoden og foreløbige resultater præsenteret ved en en-dags konference. Elektronisk identifikation af triggere "sparer" et led i journalgennemgangen, hvorved ressourcer kan målrettes de journaler med størst risiko for skade. Skader skal fortsat findes manuelt.

Når man er i stand til elektronisk at finde triggere i journalen, gør det det muligt at kigge på større stikprøver. Det gør det i højere grad muligt at gennemgå journaler på afdelingsniveau; f.eks. på alle patienter med en bestemt diagnose. Med dette følger også mulighed for at anvende IHI GTT mere målrettet til kvalitetsudvikling frem for næsten udelukkende til monitorering.

Aktuelt arbejdes der videre på at få defineret og igangsat et egentlig projekt.

IHI GTT håndbogen

I løbet af 2008 blev det oprindelige amerikanske og svenske materiale om IHI GTT "smeltet" sammen i en dansk IHI GTT-håndbog, som samtidig blev tilpasset danske forhold. Håndbogen har vist sig at være meget anvendelig som praktisk redskab ved journalgennemgangen. Efterhånden som IHI GTT er taget i anvendelse flere steder, har det vist sig, at flere af triggerne med fordel kan omskrives, så de blive mere operationelle. Nogle triggere kan eventuelt udgå, og andre mere relevante triggere skal måske tilføjes. F.eks. ændrer organiseringen af akutmodtagelser (I RSD) sig i løbet af de kommende år, hvorfor en revidering af triggerne i akut-modulet bliver nødvendig. Internationalt arbejder man flere steder med triggere, der refererer til manglende reaktion på kritisk fund (f.eks. blodprøvesvar, vitale værdier o.l.). Aktuelt er der ved at blive etableret et samarbejde Dansk Selskab for Patientsikkerhed om at revidere håndbogen.

IHI Global Trigger Tool i Tyskland

Indførelsen af IHI Global Trigger Tools på de tyske partnersygehuse er enestående i Tyskland. Ingen andre sygehuse i Forbundsrepublikken har hidtil implementeret denne analysemetode til patientsikring.

Initiativet kom fra de danske partnere, som allerede havde gennemløbet den første testfase. De tre tyske sygehuse kunne benytte sig af de danske erfaringer og indtræde i omsætningsfasen. Også svenskernes erfaringer med IHI Global Trigger Tool bidrog som grundlag for de tyske projektpartnere.Det første der blev gjort, var at oversætte håndbogen om IHI IHI Global Trigger Tool og tilpasse den til forholdene i grænseregionen. Håndbogen og arbejdsmaterialet kan downloades gratis på Institute for Healthcare Improvements hjemmeside eller på projektets hjemmeside.

Man fandt hurtigt interesserede medarbejdere og læger, der deltog i undervisning hos Urban Jürgensen, den svenske IHI GTT-projektleder, hvorefter de optog det aktive arbejde. På trods af nogle startvanskeligheder, som for det meste skyldtes manglende rutine, har anvendelsen af IHI GTT vundet indtog hos projektpartnerne. Spørgsmål til enkelte indicier er blevet diskuteret i den grænseoverskridende IHI GTT-arbejdsgruppe.

Da det drejer sig om en tilbageskuende journalanalyse, er patientjournaler fra årene 2009 og delvis fra 2010 blevet gennemset. Man afventer endnu en afsluttende vurdering inden for sygehusene, ligesom man også mangler at udlede foranstaltninger heraf.

IHI Global Trigger Tool har vist sig at være en stor hjælp, da også faktiske skader kan registreres med dette værktøj, og sygehusledelsen ikke er henvist til frivillige indberetninger fra medarbejderne. Klinikken Nordfriesland har allerede nu besluttet sig for en videreførelse efter projektets afslutning.

Jens Rohs, ansvarlig for kvalitetsstyring på klinikken Nordfriesland: "Vi vil også videreføre Global Trigger Tool efter projektets afslutning, da vi ser det som et meningsfuldt instrument, der kan hjælpe os med at forbedre patientsikkerheden. Desuden kan det herigennem efterprøves, om allerede eksisterende fremgangsmåder er dækkende."

Sikkerhedsrundering i hospitalet

Sikkerhedsrundering er en proaktiv metode til at forebygge utilsigtede hændelser. Metoden har fokus på patientsikkerhed og personalets adfærd og identificerer gennem observation og interview af personalet forhold, som kunne ende i en utilsigtet hændelse.

Gennem dialogen med personalet øges personalets bevidsthed omkring forhold i deres hverdag, som kunne ende i en utilsigtet hændelse og fremmer dermed skabelsen af en patientsikkerhedskultur.

Runderingerne gennemføres som et internt audit/survey med særlig fokus på patientsikkerheden og sikkerhedskulturen. Metoden er kendt fra kvalitetsstyringsarbejdet og er en standardiseret metode, beskrevet i den internationale standard ISO 19011.

Ved en sikkerhedsrundering er formålet at identificere forhold som kunne ende i en utilsigtet hændelse, men også om lovgivning og trufne beslutninger i form af regionale krav, egne retningslinjer og instrukser, regionale og lokale indsatsområder, bliver fulgt og om analyse og opfølgning på utilsigtede hændelser, gennemføres.

Ved hjælp af praktiske øvelser blev deltagerne forberedt til deres rolle som auditor/surveyor. (©Barbara Vehrs)

For at skærpe de interne auditorers/surveyors mulighed for at afdække risici omkring menneskets adfærd trænes disse i Human Factors.

Human Factors handler om det psykologiske fagområde "de menneskelige faktorer". Området beskæftiger sig med menneskets tankeprocesser og adfærd i interaktion med andre mennesker, teknologi og organisation, og kan øge vores indsigt i, hvorfor, hvordan og hvornår fejl opstår.

For at kunne gennemføre sikkerhedsrunderinger på de enkelte sygehuse, sygehusene imellem og på tværs af den dansk-tyske grænse, blev der i nærværende projekt gennemført en række aktiviteter:

- Det regionale koncept for sikkerhedsrunderinger, som blev udviklet af Center for Kvalitet forud for projektet i 2008, blev oversat til tysk og anvendeligheden i en tysk kontekst vurderet.

- Undervisningsmaterialet og programmet for det danske 2-dags kursus i interne audit/survey, som blev udviklet tilbage i december 2007, blev oversat til tysk. Kurset har været kørt i Region Syddanmark fra januar 2008 og har indtil nu uddannet ca. 750 medarbejdere på regionens sygehuse.

- Den danske underviser og 2 undervisere fra 2 af de tyske sygehuse stod for det første tyske kursus i januar 2011.

- I projektet blev der udviklet henholdsvis et dansk og tysk kursus i Human Factors.

- Human Factors kursus blev gennemført i Danmark i september 2010 og marts 2011, samt i Tyskland i marts/april 2011.

Uddannelsesprogrammerne og uddannelsesmaterialet kan hentes på projektet hjemmeside – www.patientsafety-interreg.com

Som den sidste aktivitet i nærværende projekt eller som den første i det fremtidige samarbejde forventes der gennemført sikkerhedsrunderinger med tysk og dansk deltagelse på sygehuse på begge sider af grænser.

Safety rounds i Danmark

I 2009 blev konceptet for sikkerhedsrunderinger testet på 3 af sygehusenhederne i Region Syddanmark.

Jeanette Hounsgaard, auditor fra Center for Kvalitet: "Patientsikkerhedsrunderingerne skal på ingen måde opfattes som en eksamen. Til gengæld kommer vi med nysgerrige blikke og interesse for den daglige praksis på afdelingerne. Vores observationer på patientsikkerhedsrunderingen skal bruges positivt til erfaringsudveksling og forbedring af sikkerheden og kvaliteten."

I august 2009 besluttede Region Syddanmark at der skulle gås sikkerhedsrunderinger på alle de 5 sygehusenheder i regionen, som led i det forebyggende arbejde med patientsikkerhed.

4 ud af de 5 sygehusenheder i Region Syddanmark går i dag sikkerhedsrunderinger på eget sygehus efter ovenfor beskrevne koncept.

Gennemførelse af sikkerhedsrunderingerne skal være med til at nedbringe utilsigtede hændelser og til at identificere potentielle utilsigtede hændelser. De skal bidrage til at der skabes en sikkerhedskultur, således at patientbehandlingen på regionens sygehuse er sikker.

Fordelen ved sikkerhedsrunderinger er helt klart det forebyggende aspekt. Det, at vi handler, inden det går galt!

Safety Rounds i Tyskland

På de tyske partnersygehuse gennemføres der som led i kvalitetsstyringen interne audits, som blandt andet tager sikkerhedsrelevante aspekter op. De danske partnere har i anvendt audits/surveys, som koncentrerer sig om patientsikkerheden og sikkerhedskulturen. På denne måde lykkedes det at sensibilisere medarbejderne for patientsikkerhed inden for deres daglige arbejdsområde. Arbejdsgrupperne for safety rounds har derfor målrettet taget dette tema op og overtaget de gode erfaringer fra de danske partnere.

Det danske koncept for safety rounds på sygehuse og forskrifterne i DIN EN ISO 19011 har dannet grundlaget for det tyske koncept, der er opstået inden for projektets rammer. Samtidig har medarbejdere på de tre tyske projektklinikker stillet sig til rådighed for at arbejde med på implementeringen og gennemførelsen. Som led i auditør/ surveyor-uddannelsen blev der foruden grundliggende principper om kvalitetsstyring især formidlet kendskab til forberedelse og planlægning og gennemførelse af interne audits/survey. Under den efterfølgende human factortræning lærte deltagerne meget om samtale, iagttagelse og fortolkning af situationer.

Denne procedure anvendes i fremtiden som led i de interne audits/surveys. Ved hjælp af specielle spørgsmål om patientsikkerhed, hændelserne fra fejlrapporteringssystemet CIRS, IHI GTT, audits og sikkerhedsrunderinger skal patientensikkerhed i højere grad undersøges kritisk, og svage punkter afdækkes. Gennem sammenfatningen af disse sikkerhedsdata kan man bedre styre processen for kontinuerlig forbedring. På den måde bliver en systematisk kontrol af patienternes sikkerhedssituation mulig.

Dr. Claus-Jörg Wick, ansvarlig for kvalitetsstyring på St. Franziskus Hospital Flensborg: "Ved hjælp af safety rounds sammenfattes alle relevante sikkerhedsdata. På denne måde kan processen for kontinuerlig forbedring bedre styres."

Grænseoverskridende faldforbyggelse

Forbyggelse mod fald er et vigtigt tema inden for patientsikkerhed, for antallet af stationære patienter, der kom-

Faldprofylakse i hospitalet. (©Fotolia)

mer til skade ved fald på sygehuset, er steget inden for de senere år. Ifølge tal fra Center for Kvalitet skyldes alene ti procent af de 2.373 anmeldte patientskader i Danmark i år 2009 fald. Sådanne fald kan fremkalde alvorlige tilskadekomster som f.eks. knoglebrud. Da antallet af fald også er steget på de tyske sygehuse, var projektpartnerne meget interesserede i en gensidig erfaringsudvekslin
Center for kvalitet har i forbindelse med nærværende projekt udarbejdet en videnskabelig afhandling om fald-prævention og stillet denne til rådighed for de tyske partnere. I denne afhandling anføres alle studieresultater om faldprævention og deres effektivitet undersøges. Den endelige rapport "Health Technology Assessent (HTA) for preventing patient falls in hospitals", dateret 31. juli 2010, kan findes på engelsk på hjemmesiden tilhørende Center for Kvalitet:
http://www.centerforkvalitet.dk/wm293082

Til gengæld herfor har de danske sygehuse kunne drage nytte af en tysk brochure om faldprævention, som er blevet oversat til dansk og fordelt på sygehusene.

I den fælles diskussionsrunde viste det sig hurtigt, at der i det tysk-danske grænseområde tages nogenlunde ens forholdsregler for at beskytte patienterne mod fald. De tyske projektpartnere arbejder alle efter den nationale eksportstandard for faldprofylakse. Antallet af alvorlige fald med knoglebrud er på grund af disse bestræbelser nu aftagende.

Studierejser

Som en del af projektet har projektpartnerne foretaget fælles studierejser for at sammenligne erfaringer inden for området patientsikkerhed ud over grænseregionen.

Allerede i marts 2009 deltog partnerne i den internationale konference "International Forum on Quality and Safety in Health Care". Formålet med denne deltagelse var at få et overblik over den internationale status indenfor patientsikkerhed, specielt med hensyn til utilsigtede hændelser, CIRS og databearbejdningen af disse rapporter, samt at få inspiration til arbejdet i projektet.

De tyske projektpartnere var på CIRS-Forum i Berlin i september 2009 og samle informationer om succeser, fiaskoer og vanskeligheder ved indførelsen af fejlrapporteringssystemer. Desuden deltog de i forskellige kvalitets-styrings-møder og forummer. Her stod især diskussionen om sikkerhedsindikatorer og faldanalyser i forgrunden. Der fandt en livlig diskussion sted med andre sygehuse, som ligeledes vil indføre hhv. har indført CIRS. Af denne grund foretog de tyske og danske projektpartnere i september 2009 en studierejse til Maastricht på Maastro Clinic for at se CIRS-softwaren i anvendelse.

IHI Global Trigger Tool er i Tyskland hidtil kun blevet anvendt

Projektpartnere på besøg hos Missouri Baptist Medicial Center i St. Louis, Missouri, USA. (©Missouri Baptist Medicial Center)

af projektsygehusene, så de tyske partnere har præsenteret dette værktøj ved forskellige arrangementer. Således f.eks. på den 5. årskongres for Aktionsbündniss Patientsicherheit og den 9. Deutsche Versorgungskongress i Bonn i september 2010.

I relation til IHI GTT har de danske partner hentet inspiration hos deres svenske kolleger i mars 2011, hvor de dels har besøgt Karolinska Sygehus i Stockholm og dels Jönkøbing Län. Begge steder arbejder de systematisk med IHI GTT.

På Karolinska Sygehus har de udviklet og indført en delvis elektronisk løsning af IHI GTT - Modidierad Automatiserad IHI GTT eller MAG. PÅ turen til Stockholm fik de en spændende indføring i, hvordan løsningen var udviklet, hvordan de anvendte den i praksis samt hvilke muligheder det gav. Dette har givet inspiration til at starte et projekt mod en lignende løsning i Danmark.

I Jönkøbing Län foretages fortsat manuel journalgennemgang med IHI GTT. Metoden anvendes systematisk til monitorering og måling af forbedringer, og resultaterne bruges som synlig feedback til klinisk personale om som ledelsesværktøj.

Alle projektdeltagere vil især huske studierejsen til Missouri Baptist Medicial Center i St. Louis, Missouri, USA. Missouri Baptist Medicial Center er kendt for at være meget engageret i og have succes med at fremme patientsikkerheden. Fokus ligger her på nedbringelse af dødsfald. Således kunne antallet af dødsfald reduceres fra 118 i år 1998 til 73 i år 2005. Denne succes skyldes flere forskellige tiltag, som har forbedret kommunikationen på sygehusene væsentligt. F.eks. undersøges alle journaler fra dødsfald regelmæssigt for eventuelle fejl og diskuteres på forskellige niveauer i organisationen. Desuden er der specielle ekspertteams, som tager

sig af forbedringen af forløbet af bestemte sygdomme. Alle foranstaltninger og succeser på området patientsikkerhed gøres via plakater, nyhedsbreve og tidsskrifter transparente fordelt over hele klinikken.

Indførelsen af patientarmbånd med stregkode til entydig identifikation var forbilledlig og gjorde et stort indtryk. Foruden patienterne har også medikamenterne en stregkode. På denne måde forhindrer man, at der bliver givet et forkert medikament til patienten. Klinikken Nordfriesland har i 2010 ligeledes indført patientarmbånd med stregkode og Diakonissenkrankenhaus er klar til at lancere patientarmbånd.

Temadage

For de tyske og danske projektpartnere var udveksling af viden i grænseregionen et særlig vigtigt punkt. Derfor har de med jævne mellemrum inviteret eksperter til deres møder og afholdt to fagrelaterede temadage.

På anden temadagen snakkede de om "Grænseoverskridende ambulant akutberedskab". (©St. Franziskus Hospital)

Patientsikkerhed set fra patienternes side

På den første temadag i april 2010 stod patienten i fokus for konferencen. Repræsentanter for forskellige patientforeninger benyttede lejligheden til, inden for arrangementets rammer, at præsentere deres arbejde vedrørende patientsikkerhed for projektdeltagerne. Foruden en patientrepræsentant fra Region Syddanmark var også repræsentanter for Patientombudsmanden i foreningen Schleswig-Holstein e.V., den uafhængige patientrådgivning i Tyskland, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, AOK-Institut Medizinschaden og Deutsches Institut für Patientensicherheit til stede.

Alle deltagere var enige om, at denne dialog skal fortsættes kontinuerligt for at opnå en forbedring især ved grænseoverskridende sygdomsbehandling. Flere hundrede danske patienter bliver for eksempel hvert år behandlet ambulant på den onkologiske dagsklinik med stråleterapi på St. Franziskus-Hospital. Flensborgs ambulancer og redningshelikoptere fra Niebüll anvendes desuden grænseoverskridende inden for akutberedskabet. Netop på dette område kan behandlingskvaliteten forbedres ved samarbejdet mellem tyske og danske sygehuse.

Grænseoverskridende ambulant akutberedskab

Af denne grund koncentrerede den anden temadag i oktober 2010 sig om ambulant akutberedskab i grænseregionen. Danske og tyske eksperter fra forskellige institutioner, der er impliceret i behandlingskæden i forbindelse med grænseoverskridende nødstilfælde, diskuterede med et fagpublikum det mulige forbedringspotentiale. Foruden repræsentanter for de to indsatsledelsesinstancer og læger fra skadestuerne berettede både en paramediciner fra Danmark og en nødlæge fra Niebüll Redningshelikoptertjeneste om deres arbejde. Det blev tydeligt, at det ikke udelukkende drejer sig om sproglige barrierer, men snarere om den videre harmonisering af systematiske forløb og lovgivningsmæssige retningslinjer, som f.eks. en fælles hotline med nødnummer på begge sider af grænsen.

Førstehånds-ekspertviden

Foruden disse to temadage blev der inviteret eksperter for specielle spørgsmål om patientsikkerhed til arbejdsgruppemøder.

Urban Jürgensen, leder af IHI GTT-projektet i region Jönköping i Sverige, præsenterede værktøjet IHI Global Trigger Tool og trænede de danske og tyske projektpartnere i anvendelsen deraf.

Der opstod også mange spørgsmål i forbindelse med indførelsen af fejlrapporteringssystemet. Claudia Christ-Steckhan præsenterede CIRS fra Charité Berlin. Marcel Ludwig, Schleupen AG, og Matthias Aichberger fra Patient Safety Company præsenterede forskellige softwareløsninger. Aktuelle spørgsmål vedrørende datasikkerhed blev besvaret af Harald Zwingelberg fra det uafhængige delstatscentrum Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein.
Göran Henriks fra region Jönköping i Sverige, holdt på et projektmøde foredrag om kvalitet, omkostninger og forandringsprocesser. Til træningsdagen om human factors i marts 2011 er det lykkes at få psykologen Dr. Peter Dieckmann, der er ekspert i samtaleføring, iagttagelse og fortolkning af situationer, som underviser.

Resultat og fremtidsperspektiv

Projektet "Styrkelse af patientsikkerhed mellem Danmark og Tyskland" betragtes af projektpartnerne som en succes. Som i ethvert projekt var der vanskeligheder i omsætningsfasen, så at ikke alle projektmål kunne nås 100 procent inden afslutningen af projektet.

I centrum for alle anstrengelser stod forbedringen af patientsikkerheden i den tysk-danske grænseregion. Både indførelsen af CIRS på de tyske projektsygehuse og den fælles afprøvelse af IHI Global Trigger Tools har styrket patientsikkerheden, idet det har øget opmærksomheden og sensibiliteten hos medarbejderne på de enkelte sygehuse. Desuden vil de to værktøjer CIRS og IHI GTT højst sandsynligt fortsat blive benyttet efter projektets afslutning, når man efter den afsluttende evaluering med held kan udlede foranstaltninger til forbedring af patientsikkerheden.

Også træning af medarbejdere i Tyskland til auditorer har haft en positiv indvirkning på patientsikkerheden. Disse vil i fremtiden medvirke ved de årlige interne audits og ved sikkerhedsrunderinger. Tænkelig er også sikkerhedsrunderinger sygehusene imellem, hvor auditorerne skal vurdere kvalitetsstyringen i de andre projektsygehuse i Tyskland og Danmark.

Også den livlige erfaringsudveksling mellem de danske og tyske partnere har bidraget til mere viden på begge sider af grænsen og vil blive fortsat temaorienteret efter projektets afslutning. For eksempel planlægges der en årlig grænseoverskridende konference om temaet patientsikkerhed, og arbejdsgruppen IHI Global Trigger Tool vil også efter projektets afslutning fortsat udveksle erfaringer. I fokus står her især en automatiseret elektronisk analyse af sygehusjournaler.

Vorwort

Menschen machen nun mal Fehler, so lautet eine der gängigen Lebensweisheiten. Allerdings kann sich besonders bei der Behandlung von Patienten ein unerwünschtes Ereignis schnell zu einem lebensbedrohlichen Fehler entwickeln. Deshalb gelten im Gesundheitswesen besonders hohe Standards, wenn es um die Sicherheit der Patienten geht.

Patientensicherheit ist das Ziel einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung und Maßstab eines funktionierenden Risikomanagements. Die Krankenhäuser in Süddänemark und Schleswig-Holstein haben bereits längere Zeit Qualitätsmanagementsysteme im Einsatz und nutzen Patientenbefragungen und Beschwerdemanagement, um Fehlerquellen aufzuspüren. Alle diese Instrumente haben das Ziel, die Transparenz der Behandlung zu erhöhen und den Patienten zufrieden zu stellen.

Auf dieser Basis haben sich die Krankenhäuser auf beiden Seiten der Grenze unter der Leitung der Fachhochschule Flensburg auf den Weg gemacht, dieser Forderung in der Zukunft noch besser entsprechen zu können. Hierzu wurden diverse Arbeitsgruppen und Teilprojekte installiert, die dem Meinungsaustausch, der Pilotierung neuartiger Instrumente sowie der Installierung permanenter Strukturen dienten.

Das Projekt kann als großer Erfolg bewertet werden, da die in diesem Abschlussbericht beschriebenen Aktivitäten auch in Zukunft weitergeführt werden und bereits neue Ideen entwickelt wurden. So sind zum Beispiel grenzüberschreitende Sicherheitsbegehungen und eine jährliche Konferenz zum Thema Patientensicherheit angedacht.

Lassen Sie uns auch in Zukunft diesen Weg gemeinsam verfolgen. In diesem Sinne:

Denken Sie grenzüberschreitend!

Reden Sie grenzüberschreitend!

Handeln Sie grenzüberschreitend!

Prof. Dr. Roland Trill
(Fachhochschule Flensburg, Projektleitung)

Ausgangssituation: Patientensicherheit in Dänemark und Deutschland

Dänemark

In Dänemark war der Fokus in den letzten zehn Jahren sehr stark auf die Quantität konzentriert, d.h. darauf, immer mehr Patienten zu behandeln und die Wartelisten zu reduzieren. In den kommenden Jahren wird es darum gehen, eine verbesserte Qualität der Behandlungen zu erzielen. Qualität umfasst 6 Parameter:

- **Effekt** - Die Patienten sollen die Behandlung haben, die am besten wirkt.
- **Gleichheit** - Alle Bürger sollen Zugang zur Pflege und Behandlung haben.
- **Patientensicherheit** - Die Behandlung muss für die Patienten sicher sein.
- **Patientenfokus** - Der Patient und seine/ihre Angehörigen stehen im Zentrum der Behandlung.
- **Rechte** - Die Bürger müssen Behandlung und Pflege erhalten, wenn und wann sie es benötigen.
- **Kosteneffizienz** - Die Gesellschaft muss möglichst viel Gesundheit für ihr Geld bekommen.

Patientensicherheit in den öffentlichen Krankenhäusern in Dänemark

Bis vor wenigen Jahren gab es in Dänemark keine Tradition für eine systematische Arbeit für die Verbesserung der Patientensicherheit. In den letzten Jahren gab es jedoch einige Initiativen, die dies langsam ändern:

1. Meldung und Analyse der unerwünschten Ereignisse
2. Die Patientensicherheitsarbeit in den einzelnen Krankenhäusern organisieren.
3. Aufbau von Systemen und Einrichtung von Arbeitsvorgängen zur Vorbeugung und Prävention unerwünschter Ereignisse bevor sie eintreten bzw. Patientenschäden anrichten.
4. Eine Kultur der Offenheit entwickeln, in der offen über unerwünschte Ereignisse gesprochen wird, um daraus zu lernen.

Da in diesem Projekt die Meldung von unerwünschten Ereignissen im Fokus stand, wird der Statusbericht über die Sicherheitsarbeit in Dänemark sich auf diese Maßnahme beschränken.

Die Patientensicherheit hat bei jeder Behandlung oberste Priorität. (©Uwe Gosch)

Seit 2004 ist das Gesundheitspersonal in den dänischen Krankenhäusern dazu verpflichtet, unerwünschte Ereignisse im Sinne des Gesundheitsgesetzes ("Sundhedsloven") Kapitel 61 §§ 198 bis 202 zu melden, sowohl die tatsächlich eingetroffenen Ereignisse als auch die Ereignisse, die hätten eintreffen können.

Kern der Gesetzgebung ist:

- Das Gesundheitspersonal ist verpflichtet, die unerwünschten Ereignisse zu melden.
- Die Krankenhäuser sind zur Handlung verpflichtet.
- Das Gesundheitsamt, "Sundhedsstyrelsen", und der Patientenombudsmann/die Patientenombudsfrau sind zur Schlichtung verpflichtet.

Trotz dieser Pflicht ist es wichtig, hervorzuheben, dass das Ziel des Gesetzes das Lernen und nicht das Sanktionieren ist.

Die Berichterstattung erfolgt über eine nationale Datenbank für Patientensicherheitsdaten - "Dansk Patientsikkerhedsdatabase" (www.dpsd.dk). Jede Meldung geht vor Ort in dem Krankenhaus oder in der Region ein, wo das Ereignis vorgefallen ist. Hier wird die Meldung bearbeitet, und vor allem die ernsten Ereignisse werden gründlicher analysiert. Nach Abschluss der Sachbearbeitung werden die Folgerungen in anonymisierter Form an "Dansk Patientsikkerhedsdatabase" weitergeleitet. Diese Datenbank ist organisatorisch im Gesundheitsamt "Sundhedsstyrelsen" untergebracht.

Bei der Arbeit mit unerwünschten Ereignissen geht es nicht um die Schuldzuweisung an Einzelpersonen, sondern darum, durch die unerwünschten Ereignisse zu lernen und Systeme aufzubauen, die das Risiko einer Wiederholung vermindern. Aus den unerwünschten Ereignissen zu lernen, bedeutet die Systemperspektive einzunehmen. Hier wird angenommen, dass unerwünschte Ereignisse als Folge von komplexen Organisationen und komplizierten Arbeitsabläufen eintreten. Im Gegensatz hierzu steht die Individualperspektive, die auf Sanktionen basiert, die auf der Annahme beruht, dass unerwünschte Ereignisse als Folge von Vergesslichkeit, Gleichgültigkeit, Unaufmerksamkeit, Nachlässigkeit oder direkte Versäumnisse und direktes Fehlverhalten von Einzelpersonen eintreffen.

Bei der Arbeit, aus den unerwünschten Ereignissen zu lernen, wird nicht die Individualperspektive verwendet, weshalb die Meldungen an die nationale Datenbank auch anonym erfolgen. Auch wenn eine anonyme Meldung möglich ist, nutzt heute – sieben Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes – nur ein geringer Teil des Personals diese Möglichkeit.

Dass die Individualperspektive nicht im Fokus steht, wird auch in den gesetzlichen Bestimmungen über die Meldepflicht des Personals hervorgehoben, und zwar im §201 des dänischen Gesundheitsgesetzes "Sundhedsloven".

"Sundhedsloven", §201, besagt:

> "Gesundheitspersonal, das ein unerwünschtes Ereignis meldet, kann nicht aufgrund der Meldung einer disziplinären Untersuchung und Maßnahmen der Einstellungsbehörde, Aufsichtsmaßnahmen des Gesundheitsamtes "Sundhedsstyrelsen" oder strafrechtlichen Sanktionen der Gerichte unterworfen werden."

Genau dieser Paragraph ist entscheidend für die Offenheit und Zuversicht, dass unerwünschte Ereignisse ohne das Risiko der Bestrafung vom Gesundheitspersonal gemeldet werden können.

Der Paragraph ist international einmalig, da kein anderes Land eine ähnliche Gesetzgebung hat. § 201 soll jedoch nicht als "Freibrief" aufgefasst werden, Fehler zu begehen. Das Sanktionssystem funktioniert weiterhin unabhängig von den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes. Nur aufgrund der Meldung allein kann dem Gesundheitspersonal nicht mit Sanktionen begegnet werden.

Im September 2010 wurde das Gesetz dahingehend erweitert, dass die Meldepflicht sich nun auch auf den Primärsektor und die Kommunen erstreckt. Im September 2011 wird das Gesetz noch mal erweitert, indem die Patienten und

Art des Ereignisses	Region Syddanmark 2009 Verteilung in % Insgesamt 3619 Ereignisse	Dänemark 2009 Verteilung in % Insgesamt 25.249 Ereignisse
Anästhesie	2	2
Stürze	9	10
Herzstillstand / Unerwarteter Todesfall	1	1
Störungen im Behandlungsablauf	10	13
Medikamentengabe	33	32
OP-Eingriffe / invasive Eingriffe	5	4
Verwechslung / Fehlkommunikation	17	15
Selbstmord / Selbstmordversuche	1	1
Sonstiges	23	22

Angehörige ebenfalls die Möglichkeit bekommen werden, unerwünschte Ereignisse an die nationale Datenbank zu melden.

Unerwünschte Ereignisse in Dänemark und der Region Syddanmark

Die Zahl der gemeldeten unerwünschten Ereignisse in den dänischen Krankenhäusern steigt seit 2004 Jahr für Jahr.

National wurden 2009 insgesamt 25.249 Berichte von den Regionen an das Gesundheitsamt gesandt – hiervon stammten 3619 der Ereignisse aus der Region Syddanmark. Die Mehrheit dieser Ereignisse war jedoch ohne Schadensfolge für die Patienten. Es führten nur etwa 1-2% der gemeldeten Ereignisse zu ernsten Patientenschäden.

Die steigende Zahl der Meldungen – allein in der Region Syddanmark konnte eine Erhöhung von 2564 Ereignissen im Jahre 2008 auf 6206 3619 in 2009 und im Jahre 2010 verzeichnet werden - ist nicht ein Ausdruck dafür, dass es in den dänischen Krankenhäusern immer unsicherer wird, sondern ein Ausdruck für die zunehmende Offenheit und Bereitschaft, daraus zu lernen, wenn etwas falsch verlaufen ist oder eventuell hätte falsch verlaufen können.

Die Zahlen sind zudem ein Ausdruck dafür, dass trotz strenger Sicherheitsmaßnahmen in den Krankenhäusern besondere Umstände zu einem gegebenen Zeitpunkt, in Kombination mit menschlichen Faktoren – Human Factors, wie z.B. Störungen, Missverständnisse oder Vergesslichkeit, dazu führen können, dass Risiken entstehen oder tatsächliche unerwünschte Ereignisse mit Patientenschaden als Folge eintreten.

Die obenstehende Tabelle zeigt die Verteilung der Meldungen auf die einzelnen Ereignisse.

Diese Verteilung hat gezeigt, dass ca. 10 % der gemeldeten unerwünschten Ereignisse in Dänemark und in Region Syddanmark auf Stürze zurückzuführen waren. Deshalb sind Stürze ein wichtiges Thema im gegenwärtigen Projekt.

Obwohl immer mehr unerwünschte Ereignisse gemeldet werden, gibt es nicht das vollständige Bild der eingetroffenen oder beinahe eingetroffenen Ereignisse wieder. Die Meldung von unerwünschten Ereignissen ist deshalb in den letzten Jahren international um proaktive Maßnahmen, wie das IHI Global Trigger Tool (GTT) - und Safety Rounds ergänzt worden, wobei u. a. Human Factors berücksichtigt werden.

Diese beiden proaktiven Maßnahmen wurden ebenfalls im vorliegenden Projekt zusammen mit dem Erfahrungsaustausch über Sturzprävention und Fehlermeldesystem einbezogen.

Hintergrund zur Projektteilnahme

Ein Qualitätsparameter ist die sichere Behandlung der Patienten. Die Patienten sollen behandelt und möglichst geheilt werden, wobei Fehler und Schäden zu vermeiden sind.

Die Wirklichkeit sieht aber so aus, dass ca. 9 % aller stationären Patienten in Dänemark Fehlern in der Behandlung ausgesetzt werden, ein unerwünschtes Ereignis. Nicht alle unerwünschten Ereignisse führen jedoch zu einem Schaden für den Patienten.

Definition eines unerwünschten Ereignisses (dänisches Gesundheitsgesetz "Sundhedsloven", Kapitel 61, §198)

"Ein unerwünschtes Ereignis ist ein Vorkommnis, das sich in Verbindung mit gesundheitsfachlicher Tätigkeit, hierunter präklinischer Einsatz, oder in Verbindung mit der Versorgung mit oder Information über Medikamente ereignet. Unerwünschte Ereignisse umfassen im Voraus bekannte und unbekannte Ereignisse und Fehler,

die nicht auf die Krankheit der Patienten zurückzuführen sind. Bei der Patientensicherheit geht es darum, Fehler zu vermeiden, bzw., dass eingetroffene Fehler den Patienten nicht schädigen. Oft handelt es sich bei der Patientensicherheit aber auch darum, gewohnte Handlungsabläufe zu ändern und Barrieren gegen Fehler aufzubauen. Oft fordert es kein neues gesundheitliches Fachwissen, sondern die Anwendung des bestehenden Wissens. Die Bekanntmachung und Implementierung erfolgreicher Ereignisse."

Zusätzlich zu dem Wissens- und Erfahrungsaustausch mit den Krankenhäusern in den anderen Regionen in Dänemark, suchte die Region Syddanmark deswegen auch international Inspiration.

Bis zur Kontaktaufnahme der Fachhochschule Flensburg bezüglich der Teilnahme an dem INTERREG 4A Projekt „Stärkung der Patientensicherheit zwischen Dänemark und Deutschland" im Spätsommer 2008, hatten die Verantwortlichen in der Region Deutschland nicht im Blick gehabt, wenn sie Inspiration für die Patientensicherheit suchten. Schweden, Norwegen, England und die USA waren die bevorzugten Länder, mit denen sie Kontakt aufgenommen hatten.

Die Region Syddanmark bereits mit Krankenhäusern in u. a. Flensburg, Husum und Kiel im Bereich der Notfallversorgung und in der Behandlung dänischer Patienten zusammen arbeitet, war die Kontaktaufnahme eine willkommene Gelegenheit für den Wissens- und Erfahrungsaustausch im Bereich Patientensicherheit.

Dies war der Hintergrund für die Entscheidung der Region Syddanmark, sich am Projekt zu beteiligen, und zwar mit ihrem Zentrum für Qualität "Center for Kvalitet" und den fünf Krankenhäusern "Sygehus Sønderjylland", "Sydvestjysk Sygehus", "Sygehus Lillebælt", "OUH Odense/Svendborg" und der Psychiatrie.

Deutschland

In den vergangenen Jahren waren die Veränderungen des Gesundheitssystems in Deutschland geprägt durch die Versuche, die Gesundheitskosten zu reduzieren.

Dazu wurden z. B.

- neue Abrechnungsmodelle eingeführt,
- Versorgungsnetzwerke gegründet und
- neue Technologien implementiert.

Zudem wurden die Krankenhäuser verpflichtet ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen. Dadurch sollte unter anderem die Effizienz der Versorgung gesteigert werden.

Verpflichtung zur Qualitätssicherung (SGB V §135a)

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach §111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und

2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern

Die Patientensicherheit nimmt im deutschen Gesundheitswesen eine zunehmend wichtigere Rolle ein und ist in der Regel beim Qualitätsmanagement angesiedelt. Im Gegensatz zu Dänemark gibt es keine bundesweite Gesetzgebung, die Krankenhäuser zu bestimmten Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit verpflichtet, da die Kontrolle der Krankenhäuser den jeweiligen Bundesländern obliegt.

Eine Ausnahme stellt das Infektionsschutzgesetz dar, das vom Bundesgesundheitsministerium 2010 überarbeitet und 2011 vom Bundestag beschlossen werden soll. Denn in Deutschland erkranken jährlich etwa 400.000 bis 600.000 Patienten an Infektionen, die sie sich während einer Behandlung zugezogen haben. Zwischen 7.500 und 15.000 Patienten sterben an diesen Erregern. Insbesondere die Zunahme von multiresistenten Erregern in deutschen Krankenhäusern hat zu der Entscheidung geführt, einheitliche Maßnahmen zu ergreifen.

Trotz des Fehlens einer bundesweit einheitlichen Gesetzgebung ist die Patientensicherheit in den deutschen Krankenhäusern ein wichtiges Thema. Die drei deutschen Projektkrankenhäuser Diakonissenkrankenhaus Flensburg, St. Franziskus-Hospital Flensburg und das Klinikum Nordfriesland haben vor Projektbeginn z.B. Maßnahmen zur

- Patientenidentifikation,
- Sturzprophylaxe,
- Dekubitusprophylaxe und
- Checklisten im OP

eingeführt. Diese Maßnahmen basieren auf Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. und nationalen Expertenstandards. Außerdem nehmen alle Projektpartner an der Aktion „Saubere Hände" zur Steigerung der Hygiene teil.

Alle Projektkrankenhäuser nehmen an der Aktion „Saubere Hände" teil. (©Fotolia)

Des Weiteren verwenden alle Projektkrankenhäuser Patientensicherheitsindikatoren, um Hinweise auf unerwünschte Ereignisse zu erhalten. Dazu werden vorhandene Patientendaten mit Hilfe eines Computerprogramms ausgewertet und z.B. die Anzahl von Infektionen ausgegeben. Aus diesen Daten lassen sich gezielt Handlungsfelder für die Patientensicherheit identifizieren.

Unerwünschte Ereignisse in Deutschland und der Grenzregion

Ein breites Handlungsfeld zur Verbesserung der Patientensicherheit bietet die Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen.

Definition "Unerwünschtes Ereignis" (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)

Unerwünschte Ereignisse sind Vorkommnisse bzw. Umstände, die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig zu einem konsekutiven Schaden für den Patienten führen.

Ein typisches Beispiel für ein unerwünschtes Ereignis ist die Verwechslung von Medikamenten aufgrund einer ähnlichen Verpackung. Da die Verwechslung vor der Medikamentengabe bemerkt und korrigiert wird, entsteht kein Patientenschaden. Gerade deshalb kann die Organisation aus solchen Ereignissen lernen und sich verbessern.

Um solche Fehlerquellen erkennen und vermeiden zu können, bedarf es eines gezielten Melde- und Lernsystems, in das Mitarbeiter solche Vorfälle eintragen können. In den letzten Jahren sind verschiedene Internetdatenbanken entstanden, in denen unerwünschte Ereignisse eingetragen werden können. Allerdings gibt es diese Fehlerberichts- und Lernsysteme, sogenannte Critical Incident Reporting Systems (CIRS), in Deutschland bisher nur als Insellösungen, z. B.

Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland: ein bundesweites Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus (http://www.kh-cirs.de/).

PaSOS: bundesweites Ereignis-Meldesystem für die Erfassung und Analyse von sicherheitsrelevanten Ereignissen in der Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie (https://www.pasos-ains.de/).

CIRS-Notfallmedizin: ein bundesweites Berichtssystem für Risikomanagement in der präklinischen und klinischen Notfallmedizin (http://www.cirs-notfallmedizin.de/).

Die Teilnahme an diesen freiwilligen Meldesystemen hält sich in Grenzen, da keine direkte Rückmeldung an den Meldenden gegeben wird. Dadurch ist der konkrete Nutzen für den einzelnen Mitarbeiter wie auch das Krankenhaus gering. Die Einführung eines krankenhausinternen CIRS dagegen bietet der Krankenhausleitung einen hohen Nutzen zur Verbesserung der Patientensicherheit. In den drei Projektkrankenhäusern gab es vor Projektbeginn kein CIRS als Ergänzung zu ihrem Risikomanagement.

Hintergrund zur Projektteilnahme

Für die deutschen Projektpartner standen vor allem die weitere Verbesserung der Patientensicherheit und der Austausch mit den Kollegen der dänischen Krankenhäuser der Grenzregion im Vordergrund. Die dänischen Partner arbeiten bereits seit 2004 mit einem nationalen Fehlerberichtswesen, in das viele Berichte und Meldungen eingegangen sind. Das Projekt war also die Gelegenheit, aus erster Hand Tipps und Erfahrungen für die Implementierung eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) zu bekommen.

Ein wichtiger Hinweis der dänischen Partner war, dass die Sammlung von Meldungen allein nicht ausreicht, um die Patientensicherheit zu verbessern. Die Organisation muss auch aus den Meldungen lernen und Verbesserungsmaßnahmen umsetzen. Über ein weiteres Werkzeug, das IHI Global Trigger Tool (GTT), erhoffen sich die Projektteilnehmer den Erfolg der abgeleiteten Maßnahmen messen zu können. Dabei werden 20 Patientenakten pro Monat zufällig ausgewählt und auf sogenannte Trigger untersucht, die einen Hinweis auf verbesserungsfähige Abläufe geben können.

Es ist wichtig unerwünschte Ereignisse zu melden, um daraus zu lernen. (©Fotolia)

Nach einer anfänglichen Analyse wurden noch die Themen Prävention von Stürzen und gemeinsame Audits in Form von Sicherheitsrunden in den teilnehmenden Krankenhäusern in den Projektplan aufgenommen.

Patientenvertreter und Interessenorganisationen in Dänemark und Deutschland

Während der Projektlaufzeit wurden immer wieder Vertreter von Patientenorganisationen hinzugezogen und um Rat und Unterstützung gebeten. Auf beiden Seiten der Grenze gibt es ein vielfältiges Beratungsangebot für Patienten.

Interessenorganisationen im Bereich Patientensicherheit in Dänemark

Zu den wichtigsten Interessenorganisationen im Bereich Patientensicherheit in Dänemark zählen **Danske Regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed** und **Danske Patienter** (vertritt eine lange Reihe von krankheitsspezifischen Interessenorganisationen wie den Verein gegen Krebs "Kræftens Bekæmpelse", gegen Lungenkrankheiten "Danmarks Lungeforening," "Diabetes Foreningen", "Parkinsonforeningen", gegen Rheuma "Gigtforeningen", Herzkrankheiten "Hjerteforeningen", "Astma Allergi Danmark", "Dansk Fibromyalgi Forening", "Colitis-Crohn Foreningen", "Dansk Epilepsi Foreningen", gegen Nierenkrankheiten "Nyreforeningen", "Scleroseforeningen", "Livet efter ulykken" ("Leben nach dem Unfall"), den Verein seltener Diagnosen "Sjældne Diagnoser", gegen Essstörungen und Selbstgefährdung "Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade").

Danske Regioner ist die Interessenorganisation der 5 Regionen und nimmt deren Interessen national und international wahr. Die Organisation beteiligt sich an der Festsetzung der politischen Tagesordnung im Bereich Patientensicherheit – www.regioner.dk.

Am 11. Februar 2011 gab der Verein seine Qualitätsmaßnahmen der kommenden 3 Jahre bis Ende 2013 bekannt. Dazu gehört die Patientensicherheit mit dem Ziel, die Zahl der unerwünschten Ereignisse mit Patientenschaden um 20 % zu reduzieren. Als Methode zur Messung der Patientensicherheit gab der Verein das IHI Global Trigger Tool an.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed setzt sich für die Verbesserung der Patientensicherheit in Dänemark ein. Die Gesellschaft wurde im Dezember 2001 gegründet mit dem Ziel, als organisatorischer Rahmen für die Arbeit mit Patientensicherheit zu dienen – www.patientsikkerhed.dk.

"Dansk Selskab for Patientsikkerhed" nimmt durch Wissensvermittlung, Beeinflussung von Entscheidungsträgern und Projektinitiativen ihre Aufgabe wahr. Zusammen dient dies der Erhöhung der Sicherheit der dänischen Patienten. Ziel ist es, das Risiko, einen Schaden zu erleiden, für die Patienten zu minimieren.

Zu den Aufgaben der Gesellschaft gehören u.a.:

- Patientensicherheit auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung zu behalten.
- Wissen über Patientensicherheit zu sammeln und zu vermitteln, z.B. durch Untersuchungen, Projekte und Definition von Problemfeldern.
- Projekte und Arbeitsgruppen zu initiieren bzw. sich daran zu beteiligen, z.B. über die Einbeziehung der Patienten, Fehlmedikation und Lösungen zu Patientensicherheitsproblemen.
- Schaffung von Ausbildungsangeboten zur Erweiterung des Wissens und der Kompetenz des Gesundheitspersonals, in Bezug auf die Patientensicherheit umzugehen.

Das Arbeitsprogramm in den kommenden Jahren umfasst:

- Patientensicheres Krankenhaus, wobei Region Syddanmark sich mit dem Krankenhaus in Kolding beteiligt
- Partnerschaft für Patientensicherheit
- Weiterentwicklung der Implementierung des erweiterten Meldesystems, hierunter die Einführung der Risikomanagementausbildung.

Danske Patienter ist, als Dachverband mit insgesamt 830.000 Mitgliedsvereinen, das Sprachrohr der Patienten gegenüber der Öffentlichkeit, und trägt mit Sichtweisen aus der Patientenperspektive bei, wenn neue Initiativen gestartet werden.

Zweck des Vereins ist es, den Patienten die bestmöglichen Bedingungen im Behandlungssystem zu sichern, und zwar durch die Formulierung neuer Strategien aufgrund von dokumentiertem Wissen. Der Verband kennzeichnet sich selbst als "einen konstruktiven, aber kritischen Mitspieler, der Anforderungen an die Entwicklung im dänischen Gesundheitswesen stellt".

Ziel des Vereins ist es, dass das dänische Gesundheitswesen die Bedürfnisse der Patienten im Zentrum stellt und Behandlungen höchster Qualität erbringt. Mit seinem Einsatz will der Verein zu der Vision über ein patientenzentriertes Gesundheitswesen von internationalem Standard beitragen – www.danskepatienter.dk

Sonstige Organisationen

Zwei weitere Organisationen, die beide staatlich sind, sollten in Verbindung mit der Patientensicherheitsarbeit erwähnt werden – der Patientenombudsmann/-frau "Patientombuddet" und die Patientenversicherung "Patientforsikringen".

"Patientombuddet"

Patienten, die sich über die fachliche Behandlung im dänischen Gesundheitswesen beschweren möchten, können sich an "Patientombuddet" (ehemals "Patientklagenævnet") – www.patientombuddet.dk wenden.

"Patientombuddet" ist auch für Beschwerden wegen Missachtung der Patientenrechte sowie Beschwerden wegen Entscheidungen der Patientenversicherung über Schadensersatz zuständig, auch berät er über das Recht auf Krankenhilfe in anderen Ländern nach dänischer Gesetzgebung, EU-Bestimmungen und sonstige internationale Vereinbarungen.

Ab dem 1. Januar 2011 verwaltet "Patientombuddet" ebenfalls das zentrale Meldesystem für unerwünschte Ereignisse im Gesundheitswesen und trägt dazu bei, dass das Wissen über unerwünschte Ereignisse und aus Patienten- und Schadensersatzfällen präventiv benutzt wird.

"Patientforsikringen"

Alle Patienten sind von der öffentlichen Schadenversicherung – Patientforsikringen – www.patientforsikringen.dk gedeckt. Fälle können hier kostenlos gemeldet werden. Aufgabe der Versicherung ist es sicherzustellen, dass die Patienten den ihnen gesetzlich zustehenden Schadensersatz bekommen.

Die Versicherung greift, wenn Patienten in Verbindung mit einer Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus, einem Privatkrankenhaus, beim eigenen Hausarzt, bei einem Spezialisten oder bei sonstigen privaten zugelassenen Gesundheitspersonen einen Schaden zugefügt werden. Die Regelung deckt auch Medikamentenschäden.

Forschung im Bereich Patientensicherheit in Dänemark

Obwohl die Bereiche Qualitätssicherung und auch Patientensicherheit heute innerhalb des dänischen Gesundheitswesens beide eine hohe Priorität genießen, gab es bisher keine Forschungstradition in diesen beiden Bereichen in Dänemark. Gleichzeitig werden jedoch erhebliche Ressourcen für die Messung, Feststellung und Entwicklung von Qualität und Sicherheit in der Patientenbehandlung eingesetzt. Ressourcen, die sonst zur direkten Patientenbehandlung hätten verwendet werden können.

Deshalb ist es u.a. für Region Syddanmark entscheidend, eine Antwort darauf zu erhalten, ob durch den in den Krankenhäusern geleisteten Einsatz eine bessere Qualität und eine höhere Sicherheit für die Patienten erzielt werden. Deshalb hat Region Syddanmark und Syddansk Universitet (SDU) entschieden, 2010 gemeinsam eine Forschungsinitiative für die Qualität im Gesundheitswesen "("Forskningsinitiativ for Kvalitet i Sundhedsvæsenet") zu starten.

Interessenorganisationen im Bereich Patientensicherheit in Deutschland

Der Markt in der deutschen Grenzregion bietet folgende Angebote für Patienten:

Die Krankenkassen geben ihren jeweiligen Kassenangehörigen die Möglichkeit der Aufklärung bei Rechtsfragen, z.B. über eine Telefon-Hotline. Zudem stellen sie ihren Patienten über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Gutachter zur Seite, welche prüfen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob Schadensersatzansprüche durchsetzbar erscheinen.

Die AOK Schleswig-Holstein hat eine eigene medizinische Prüfinstanz, das Medizinschaden-Institut.

Der Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V. bietet eine nicht-medizinische und schlichtende Tätigkeit zwischen Patienten und Arzt an. Diese Tätigkeit wird ehrenamtlich durchgeführt.

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berät u.a. bei Verdacht auf Behandlungsfehler.

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammern wird durch die Ärztekammer und durch die Haftpflichtversicherer finanziert. Ziel ist die außergerichtliche Einigung mit den Ärzten im Falle von Fehlern. Es wird der Sachverhalt geklärt, externe Gutachter beauftragt, und der Beschluss dann geprüft. Voraussetzung ist, dass der betroffene Arzt sein Einverständnis

gibt. Nach dem Gutachten wird versucht, eine außergerichtliche Einigung zu erreichen, welche meistens von der Haftpflichtversicherung der Ärzte akzeptiert wird, auf der Kostenträgerseite jedoch vereinzelt Nachprüfungen nach sich zieht.

Speziell organisierte Anwaltskanzleien beschäftigen sich ausschließlich mit Fragestellungen zur Patientensicherheit und Fragen bei ärztlichen Kunstfehlern.

Einführung eines Critical Incident Reporting System

In Deutschland gibt es kein bundesweit einheitliches Fehlermeldesystem für unerwünschte Ereignisse im Krankenhaus. Die deutschen Projektpartner haben sich am Anfang des Projektes intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt. Von den Erfahrungen aus Dänemark konnten die deutschen Projektpartner insbesondere durch Gespräche mit CIRS-Experten als auch den dänischen Krankenhäusern profitieren.

Ziel der Einführung eines CIRS ist es, mögliche Gefahrenquellen aufzudecken, um diese im Sinne eines sicheren Behandlungsablaufes zu gewährleisten. Das gesamte System beruht auf der Freiwilligkeit der Mitarbeiter und will keine Schuld zuweisen sondern Fehlerquellen aufdecken, bevor reale Schäden eingetreten sind. Aus einer Meldung dürfen deshalb auch keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen entstehen.

Es werden alle unerwünschten Ereignisse ohne Schadensfolge gesammelt, wenn sie eins der folgenden Kriterien erfüllen:

- Umstände, die ein unerwünschtes Ereignis verursachen können.
- Ein unerwünschtes Ereignis, das einen Patienten/Mitarbeiter/dritte Person nicht erreicht hat.
- Ein unerwünschtes Ereignis, das einen Patienten/Mitarbeiter/dritte Person zwar erreicht, aber keinen Schaden zugefügt hat, unter Umständen aber eine zusätzliche Überwachung (z.B. der Kreislaufparameter) erforderlich machte.

Nachdem sich die deutschen Projektpartner für eine elektronische Version entschieden hatten, wurden diverse Produkte miteinander verglichen. Bevor die Implementierung begonnen werden konnte, wurden zudem auch Fragen zum Datenschutz unter Beteiligung des schleswig-holsteinischen Datenschutzbeauftragten diskutiert. Der technische Umsetzungsprozess war für alle eine Herausforderung, galt es doch, hausinterne Spezifika in die angeschaffte Softwarelösung einzubinden.

In der Pilotphase galt es, einige Hürden zu überwinden. Viele Mitarbeiter haben sich zu Anfang gescheut, ins CIRS zu melden, da sie negative Konsequenzen seitens der Krankenhausleitung erwartet haben. Zudem bedeutet die Eingabe der Meldung in den Computer zusätzliche Arbeit. Durch intensive Aufklärungsarbeit in den Häusern und Schulungen zum Thema CIRS sind inzwischen genügend Meldungen eingegangen, um erste Maßnahmen abzuleiten. Nicht immer sind die Meldungen sicherheitsrelevant. Es werden aber alle Meldungen abgearbeitet und bei namentlicher Meldung eine Rückmeldung gegeben. So wissen die Mitarbeiter, dass ihre Meldung ernst genommen wird. Die Motivation steigt, auch zukünftig unerwünschte Ereignisse zu melden.

Für das CIRS muss auch nach Projektende beständig geworben und darüber informiert werden, um alle Mitarbeiter für das CIRS zu begeistern und sie aktiv in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzubinden. Der Erfolg des Instruments CIRS wird sich erst in ein paar Jahren zeigen, wenn die Anzahl der Meldungen weiter zunimmt. Dies hat auch einen positiven Effekt auf die Unternehmenskultur, weg von Schuldzuweisungen und hin zu mehr Sicherheit im Behandlungsablauf und zum Wohle des Patienten.

Stephan Jatzkowski, Qualitätsmanagementbeauftragter Diakonissenkrankenhaus Flensburg: "Mit der Einführung eines CIRS möchten wir genau die Dinge in unserem Haus kennen lernen, die eigentlich nie passieren dürften. Damit erhoffen wir uns, systemische Abläufe und Strukturen verbessern zu können, bevor es zu realen Schäden kommt."

Das Werkzeug IHI Global Trigger Tool

Das IHI Global Trigger Tool wurde vom Institute for Healthcare Improvement, Cambrigde, Massachusetts, USA, (IHI) entwickelt. Es ermöglicht eine retrospektive Messung der Patientensicherheit anhand einer stichprobenhaften Analyse von Patientenakten. Das bedeutet, dass einmal im Monat 20 zufällig ausgewählte abgeschlossene Patientenakten auf verschiedene Indizes überprüft werden. Zu diesen Indizes zählen z. B. Bluttransfusionen, Ruf des Notfallteams und Sturz des Patienten. Diese Indizes können Teil des Krankheitsverlaufes sein aber auch einen Hinweis auf einen möglichen Patientenschaden geben. Somit werden mit dem IHI Global Trigger Tool tatsächlich aufgetretene Schäden an Patienten daraufhin untersucht, ob der Schaden vermeidbar gewesen wäre. Falls dies der Fall sein sollte, können direkte Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden, damit diese Schäden nicht wieder auftreten.

IHI Global Trigger Tool in Dänemark

IHI GTT wird in den Krankenhäusern "Sygehus Sønderjylland" und "Sygehus Lillebælt" bzw. "Sydvestjysk Sygehus" systematisch eingesetzt.

Urban Jürgensen erklärt die Durchsicht der Patientenakten nach Triggern. (©Mandy Schubert)

In allen Einrichtungen wird die Fertigstellung von Baseline (3. und 4. Quartal 2009, 1., 2., und 3. Quartal 2010) bis Juni 2011 erwartet. Man erwartet, dass IHI GTT nach Beendigung des Projekts in den Betrieb übergeht, und damit in die Qualitätsüberwachung der Krankenhäuser eingeht.

Schulung und Ausbildung von Teams

In jedem Krankenhaus sind Teams von Reviewern gebildet worden, die in der Regel aus Krankenschwestern mit unterschiedlichem Spezialhintergrund sowie Supervisoren, die alle Ärzte sind, bestehen. In jedem Krankenhaus sind zwischen 4 und 6 Reviewer und in der Regel 3 Supervisoren.

Alle haben das gleiche Ausbildungsangebot bekommen und daran teilgenommen. Der Inhalt war wie folgt:

- ein Unterrichtstag mit Urban Jürgensen, Projektleiter, Qulturum, Schweden sowie Personal vom Center für Qualität

  - Einführung in das IHI GTT
  - Schulung anhand von 2-3 Schulungsakten
  - Zusammenfassung

- nachfolgender Schulungstag mit der Möglichkeit, unter Supervision (durch Center for Kvalitet) anhand von eigenen Akten zu üben.

Wie verläuft die eigentliche Aktenbearbeitung?

Es wurde den einzelnen Krankenhäusern überlassen, die praktische Aktenbearbeitung zu organisieren. Wichtig war nur, die wesentlichsten methodischen Prinzipien, wie in der Literatur beschrieben, im Blick zu behalten.

In allen drei Einrichtungen treffen sich die Reviewer an einem Tag im Monat morgens und gehen die Akten durch. Teams von zwei Reviewern sitzen im selben Raum und gehen die Akten durch. Nach einer gewissen Zahl von Akten, werden die gefundene Anzahl von Triggern, Schäden sowie Schadensklassifikationen vergleichen. Sofern volle Einigkeit besteht, werden die Akten abgeschlossen. Falls keine Einigkeit oder Zweifel bestehen, werden die Akten mit Supervisoren durchgegangen, die in der Regel am Nachmittag teilnehmen.

Es gibt örtliche Varianten; z.B. werden in einem Krankenhaus alle Akten, in denen Trigger und Schaden identifiziert wurden, mit Supervisoren durchgegangen. Die Akte wird über einen Projektor gezeigt, damit alle die gleichen Informationen haben. Dies hat - wie es sich gezeigt hat - sowohl einen Lern- als auch einen "Kalibrierungswert" für die einzelnen Teams.

Die wichtigsten Elemente der Anfangsphase war die Häufigkeit des Aktendurchgangs, die Stabilität der Zusammensetzung von Reviewern und Supervisoren (d.h. so wenig Fluktuation wie möglich), Doppelreview aller Akten und die gemeinsame Erörterung der Schäden.

PhD-Projekt

Der Verein gegen Krebs in Dänemark, "Kræftens Bekæmpelse", führte 2010 eine Untersuchung der Patientensicherheit in der Krebsbehandlung durch, in der IHI GTT für den Durchgang der Akten eingesetzt wurde. Die Konklusion war, dass IHI GTT auf onkologische Patienten nicht unmittelbar anwendbar war, da mehrere Schäden, die sich speziell auf onkologische Patienten bezogen, durch IHI GTT nicht "aufgefangen" wurden. In einem Teil eines PhD-Projekts an "Odense Universitetshospital" und "Syddansk Universitet" wird versucht, diese Ergebnisse durch Vergleich von IHI GTT und IHI GTT einschließlich eines Onkologiemoduls (in Wales in Verbindung mit der 1000lives-Kampagne entwickelt) zu beleuchten; genauer gesagt wird der Umfang der Schäden, die beim Durchgang der Akten anhand der beiden verschiedenen Methoden jeweils gefunden werden, verglichen. Dieser Abschnitt des PhD-Studiums wird voraussichtlich im Frühjahr 2011 abgeschlossen.

Elektronische Identifikation von Triggern

In der internationalen Literatur über IHI GTT wird an mehreren Stellen der relativ aufwendige manuelle Durchgang der Akten erwähnt, weshalb es von mehreren Seiten

behauptet wird, dass eine teilweise Elektronifizierung des Prozesses von Vorteil sein könnte (Snow 2008).

2010 wurde eine Zusammenarbeit mit SAS-Institute über die elektronische Identifikation von Triggern in Verbindung mit dem Durchgang der Akten eingeleitet. Im Krankenhaus "Karolinska Sygehus" in Stockholm hat man im Laufe der Jahre 2009 und 2010 mit dem gleichen Projekt gearbeitet, und im Dezember 2010 wurden die Methode und die vorläufigen Ergebnisse bei einer eintägigen Konferenz vorgestellt. Die Elektronische Identifikation von Triggern "ersparen" beim Aktendurchgang einen Arbeitsschritt, wodurch die Ressourcen gezielt für die Akten mit den größten Schadens risiken eingesetzt werden können. Schäden müssen weiterhin manuell gesucht werden.

Die elektronische Auffindung von Triggern in den Akten ermöglicht die Überprüfung größerer Stichproben. Dadurch wird es in größerem Umfang möglich, Akten auf Abteilungsebene durchzugehen; z.B. von allen Patienten mit einer bestimmten Diagnose. Dadurch ergibt sich auch die Möglichkeit, IHI GTT zielgerichteter für Qualitätsentwicklung einzusetzen statt ausschließlich für Monitoring.

Zurzeit wird weiter daran gearbeitet, ein eigentliches Projekt zu definieren und zu starten.

Das IHI GTT Handbuch

Im Laufe des Jahres 2008 wurde das ursprüngliche amerikanische und schwedische Material über IHI GTT zu einem dänischen GTT-Handbuch "zusammengeschmolzen", das gleichzeitig dänischen Verhältnissen angepasst wurde. Das Handbuch hat sich beim Durchgang der Akten als ein praktisches Werkzeug sehr nützlich gezeigt. Nachdem IHI GTT allmählich an immer mehr Stellen in Anwendung gebracht wird, hat sich herausgestellt, dass mehrere Trigger mit Vorteil umgeschrieben werden können, damit sie mehr operationell werden. Einige Trigger können eventuell entfallen, und andere relevantere Trigger müssen vielleicht hinzugefügt werden. Z.B. wird sich die Organisation der Notaufnahme (in der Region Syddanmark) sich im Laufe der nächsten Jahre ändern, wobei eine Anpassung der Trigger im Notbereit-schafts-Modul erforderlich wird. International arbeitet man an mehrere Orten mit Triggern, die sich auf fehlende Reaktion auf kritische Befunde beziehen (z.B. Ergebnisse von Blutproben, vitale Werte u. Ä.). Zurzeit wird eine Zusammenarbeit mit Dansk Selskab for Patientsikkerhed über eine Revision des Handbuchs eingeleitet.

IHI Global Trigger Tool in Deutschland

Die Einführung des IHI Global Trigger Tools in den deutschen Partnerkrankenhäusern ist einmalig in Deutschland. Kein anderes Krankenhaus in der Bundesrepublik hat bisher diese Analysemethode zur Patientensicherheit implementiert.

Die Initiative kam von den dänischen Partnern, die bereits eine erste Testphase durchlaufen hatten. Die drei deutschen Krankenhäuser konnten auf die dänischen Erfahrungen zugreifen und in die Umsetzungsphase einsteigen. Auch die Erfahrungswerte der Schweden mit dem IHI Global Trigger Tool dienten den deutschen Projektpartnern als Grundlage.

Als erstes wurde das Handbuch des IHI Global Trigger Tools ins Deutsche übersetzt und den Gegebenheiten in der Grenzregion angepasst. Das Handbuch und die Arbeitsmaterialien können kostenlos auf der Website des Institute for Healthcare Improvement und von der Projektwebsite heruntergeladen werden.

Schnell fanden sich interessierte Mitarbeiter und Ärzte, die an einer Schulung mit Urban Jürgensen, dem schwedischen IHI GTT-Projektleiter, teilnahmen und danach die aktive Arbeit aufnahmen. Trotz einiger Startschwierigkeiten, die vor allem auf die fehlende Routine zurückzuführen war, hat sich die Anwendung des IHI GTT bei den Projektpartnern etabliert. Fragen zu einzelnen Indizes wurden in der grenzüberschreitenden IHI GTT-Arbeitsgruppe diskutiert.

Da es sich um eine rückblickende Aktenanalyse handelt, sind Patientenakten aus den Jahren 2009 und teilweise aus 2010 durchgesehen worden. Eine abschließende Bewertung innerhalb der Krankenhäuser wird noch erwartet. Auch die Ableitung von Maßnahmen steht noch aus.

Das Global Trigger Tool hat sich als sehr hilfreich erwiesen, da mit diesem Werkzeug auch tatsächliche Schäden erfasst werden können und die Krankenhausleitung nicht auf freiwillige Meldungen der Mitarbeiter angewiesen ist. Das Klinikum Nordfriesland hat sich bereits jetzt für eine Fortführung über das Projektende hinaus entschieden.

Jens Rohs, Qualitätsmanagementbeauftragter Klinikum Nordfriesland: "Wir werden das IHI Global Trigger Tool auch nach Projektende weiterführen, da wir es als sinnvolles Instrument sehen, dass uns bei der Sicherstellung der Patientensicherheit unterstützen kann. Zudem kann hierdurch überprüft werden, ob bereits bestehende Verfahren greifen."

Safety Rounds im Krankenhaus

Safety Rounds ist eine proaktive Methode zur Vorbeugung unerwünschter Ereignisse. Die Methode hat die Patientensicherheit und das Verhalten des Personals im Fokus und identifiziert durch Beobachtungen und Interviews mit dem Personal Umstände, die zu einem unerwünschten Ereignis führen könnten.

Durch den Dialog mit dem Personal wird das Bewusstsein des Personals über Umstände ihres täglichen Umfelds, die zu

einem unerwünschten Ereignis führen könnten, geschärft, und damit die Schaffung einer Patientensicherheitskultur gefördert.

Safety Rounds werden als ein internes Audit/Survey mit besonderem Blick auf die Patientensicherheit und die Sicherheitskultur durchgeführt. Die Methode ist aus dem Qualitätsmanagement bekannt und als standardisierte Methode im internationalen Standard ISO 19011 beschrieben.

Ziel und Zweck der Safety Rounds ist es, Umstände zu identifizieren, die zu einem unerwünschten Ereignis führen könnten, aber auch zu überprüfen, ob die Gesetzgebung und getroffene Entscheidungen in Form von regionalen Anforderungen, eigenen Richtlinien und Anweisungen, sowie regionalen und örtlichen Einsätzen befolgt werden, und zudem, ob die Analyse und Weiterverfolgung unerwünschter Ereignissen durchgeführt werden. Um die Fähigkeit der internen Auditoren/Surveyors zu stärken, Risiken in Verbindung mit menschlichem Verhalten aufzudecken, nehmen sie an Schulungen zu Human Factors teil. Human Factors gehören zum psychologischen Fachbereich, es geht um "die menschlichen Faktoren". Dieser Bereich beschäftigt sich mit Denkprozessen und Verhalten der Menschen in Interaktion mit anderen Menschen, mit Technologie und Organisation, und kann unsere Einsicht erweitern, warum, wie und wann Fehler entstehen.

Um Safety Rounds in den einzelnen Krankenhäusern, von Krankenhaus zu Krankenhaus und grenzüberschreitend über die dänisch-deutsche Grenze durchführen zu können, wurde im vorliegenden Projekt eine Reihe von Aktivitäten durchgeführt:

- Das regionale Konzept der Safety Rounds, das vor dem Projekt im Jahre 2008 vom Center für Qualität entwickelt wurde, wurde ins Deutsche übersetzt, und die Anwendbarkeit in einem deutschen Kontext beurteilt.

- Das Unterrichtsmaterial und das Programm für den dänischen 2-tägigen Lehrgang über interne Audits/Surveys, das im Dezember 2007 entwickelt wurde, wurden ins Deutsche übersetzt. Der Lehrgang wird seit Januar 2008 in der Region Syddanmark angeboten. An diesem haben bis jetzt ca. 750 Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen in den Krankenhäuser der Region teilgenommen.

- Der dänische Dozent und zwei Dozenten von zwei der deutschen Krankenhäuser waren für den ersten deutschen Lehrgang im Januar 2011 zuständig.

- Im Rahmen des Projekts wurde jeweils ein dänischer und ein deutscher Lehrgang über Human Factors entwickelt.

- Der Human Factor-Lehrgang wurde in Dänemark im September 2010 und im März 2011 durchgeführt, sowie in Deutschland im März/April 2011.

Anhand praktischer Übungen wurden die Teilnehmer auf ihre Aufgabe als Auditor vorbereitet. (©Barbara Vehrs)

Das Ausbildungsprogamm und das Ausbildungsmaterial können auf der Internetseite des Projekts – www.patientsafety-interreg.com runtergeladen werden.

Als letzte Aktivität dieses Projekts bzw. als erste der zukünftigen Zusammenarbeit ist die Durchführung von Safety Rounds mit sowohl deutscher als auch dänischer Beteiligung in den Krankenhäusern auf beiden Seiten der Grenze geplant.

Safety Rounds in Dänemark

2009 wurde das Konzept der Safety Rounds in drei Krankenhäusern der Region Süddänemark getestet.

Jeanette Hounsgaard, Auditor des Centers für Qualität: "Safety Rounds sollen nicht als Examen aufgefasst werden. Wir kommen im Gegenteil mit neugierigen Blicken und interessieren uns für die tägliche Praxis der Abteilung. Unsere Beobachtungen auf den Safety Rounds fließen im positiven Sinne in den Erfahrungsaustausch und die Verbesserung der Sicherheit und Qualität."

Im August 2009 hat die Region Syddanmark im Rahmen der Präventivmaßnahmen zur Patientensicherheit die Durchführung von Safety Rounds in allen 5 Krankenhäusern der Region entschieden.

4 von 5 Krankenhäusern der Region Syddanmark führen heute Safety Rounds im eigenen Krankenhaus nach dem oben beschriebenen Konzept durch.

Die Durchführung von Safety Rounds soll die unerwünschten Ereignisse reduzieren und potentielle unerwünschte Ereignisse identifizieren. Sie sollen zur Schaffung einer Sicherheitskultur beitragen, damit die Behandlung der Patienten in den Krankenhäusern der Region sicher ist.

Der Vorteil bei Safety Rounds ist ganz klar der präventive Aspekt. Wir handeln, bevor der Schaden eintritt!

Safety Rounds in Deutschland

In den deutschen Partnerkrankenhäusern werden im Rahmen des Qualitätsmanagements interne Audits durchgeführt, in denen unter anderem sicherheitsrelevante Aspekte überprüft werden. Die dänischen Partner setzen seit einigen Jahren gezielt Audits ein, die sich auf die Patientensicherheit und die Sicherheitskultur konzentrieren. Sie konnten so die Mitarbeiter für Patientensicherheit in ihrem täglichen Arbeitsumfeld sensibilisieren. Die Arbeitsgruppe Safety Rounds hat deshalb dieses Thema gezielt aufgegriffen und die guten Erfahrungen der dänischen Partner übernommen.

Das dänische Konzept der Safety Rounds im Krankenhaus und die Vorschriften der DIN EN ISO 19011 waren die Grundlage für den deutschen Entwurf, der im Rahmen des Projektes entstanden ist. Zugleich haben sich in den drei deutschen Projektkliniken Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung gestellt, um an der Umsetzung und Durchführung mitzuarbeiten. Im Rahmen der Auditorenausbildung wurden neben grundsätzlichen Prinzipien des Qualitätsmanagements insbesondere Kenntnisse zur Vor- und Nachbereitung, Planung und Durchführung interner Audits vermittelt. In der sich anschließenden Human Factor-Schulung haben die Teilnehmer viel über Gesprächsführung, Wahrnehmung und Interpretation von Situationen gelernt.

Im Rahmen der internen Audits wird dieses Prozedere zukünftig angewandt. Mit Hilfe spezieller Fragen zur Patientensicherheit, den Ergebnissen aus den Fehlermeldesystemen CIRS, IHI GTT, Audits und Sicherheitsbegehungen wird die Patientensicherheit hinterfragt und Schwachstellen aufgedeckt. Durch die Zusammenfassung dieser Sicherheitsdaten lässt sich der Prozess der kontinuierlichen Verbesserung besser steuern. Dadurch wird eine systematische Prüfung der Sicherheitslage der Patienten ermöglicht.

Dr. Claus-Jörg Wick, Qualitätsmanagementbeauftragter St. Franziskus Hospital Flensburg: "Mit Hilfe der Safety Rounds werden alle relevanten Sicherheitsdaten zusammengefasst. So lässt sich der Prozess der kontinuierlichen Verbesserung besser steuern."

Grenzüberschreitende Sturzprophylaxe

Die Prävention von Stürzen ist in der Patientensicherheit ein wichtiges Thema, denn die Zahl von stationären Patienten, die sich im Krankenhaus bei Stürzen verletzen, ist in den letzten Jahren gestiegen. So sind im Jahr 2009 nach Angaben des Center für Qualität allein zehn Prozent der 2.373 gemeldeten Patientenschäden in Dänemark auf Stürze zurückzuführen.

Sturzprophylaxe im Krankenhaus. (©Fotolia)

Solche Stürze können ernsthafte Verletzungen wie z.B. Knochenbrüche hervorrufen. Da auch in den deutschen Krankenhäusern die Sturzzahlen gestiegen sind, waren die Projektpartner sehr an einem Erfahrungsaustausch interessiert.

Das Center für Qualität hat im Laufe des Projekts eine wissenschaftliche Abhandlung zur Sturzprävention erstellt und den deutschen Partnern zur Verfügung gestellt. In dieser Abhandlung werden alle Studienergebnisse zur Sturzprävention aufgeführt und auf ihre Effektivität untersucht. Die abschließende Publikation "Health technology assessment for preventing patient falls in hospitals" ist auf der englischen Website des Centers für Qualität kostenlos erhältlich: http://www.centerforkvalitet.dk/wm293082.

Im Gegenzug konnten die dänischen Krankenhäuser von einer deutschen Broschüre zur Sturzprävention profitieren, die ins Dänische übersetzt und in den Häusern verteilt wurde.

In den gemeinsamen Diskussionsrunden erschloss sich schnell, dass im deutsch-dänischen Grenzgebiet ähnliche Maßnahmen ergriffen werden, um die Patienten vor Stürzen zu bewahren. Die deutschen Projektpartner arbeiten alle nach dem nationalen Expertenstandard "Sturzprophylaxe". Die Anzahl schwerer Stürze mit komplizierten Brüchen ist aufgrund dieser Bemühungen rückläufig.

Studienreisen

Im Rahmen des Projektes haben die Projektpartner gemeinsame Studienreisen unternommen, um Erfahrungen im Bereich Patientensicherheit über die Grenzregion hinaus zu vergleichen.

Bereits im März 2009 nahmen die Projektpartner an der internationalen Konferenz „International Forum on Quality and Safety in Health Care" teil. Ziel der Teilnahme war es, einen Überblick über den internationalen Stand der Patientensicherheit zu erfahren und Ideen für die Projektarbeit zu sammeln. Im Vordergrund standen dabei unerwünschte Ereignisse, CIRS und die Datenverarbeitung der Meldungen.

Die Projektpartner zu Gast am Missouri Baptist Medicial Center in St. Louis, Missouri, USA. (©Missouri Baptist Medicial Center)

Die deutschen Projektpartner waren z. B. auf dem CIRS-Forum in Berlin im September 2009 und haben sich über die Erfolge, Misserfolge und Schwierigkeiten bei der Einführung von Fehlerberichtssystemen informiert. Außerdem haben sie an verschiedenen Qualitätsmanagement Treffen und Foren teilgenommen. Dabei stand vor allem die Diskussion über Sicherheitsindikatoren und Fallanalysen im Vordergrund. Ein reger Austausch fand mit anderen Krankenhäusern statt, die ebenfalls CIRS einführen bzw. eingeführt haben. Aus diesem Grund unternahmen die deutschen und dänischen Projektpartner im September 2009 eine Studienreise nach Maastricht an die Maastro Clinic, um die CIRS-Software im Einsatz zu sehen.

Das IHI Global Trigger Tool wird in Deutschland bisher nur von den deutschen Projektkrankenhäusern verwendet, so dass die deutschen Partner dieses Werkzeug auf verschiedenen Veranstaltungen vorgestellt haben. So z. B. auf der 5. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und dem 9. Deutschen Versorgungskongress im September 2010 in Bonn.

Was IHI GTT betrifft, haben sich die dänischen Partner im März 2011 bei ihren schwedischen Kollegen Inspiration geholt, als sie die Krankenhäuser "Karolinska Sygehus" in Stockholm, sowie der Region Jönköping besucht haben. In diesen Krankenhäusern wird systematisch mit IHI GTT gearbeitet.

Im "Karolinska Sygehus" wurde eine teilweise elektronische Lösung von IHI GTT - "Modidierad Automatiserad GTT" oder "MAG" entwickelt und eingeführt. Bei dem Besuch in Stockholm bekamen sie eine interessante Einführung darin, wie die Lösung entwickelt worden war, wie sie in der Praxis angewandt wurde sowie welche Möglichkeiten sie bietet. Dies hat dazu inspiriert, in Dänemark ein Projekt im Hinblick auf die Entwicklung einer ähnlichen Lösung zu starten.

In der Region Jonköbing erfolgt der Durchgang der Akten mit GTT weiterhin manuell. Die Methode wird systematisch zum Monitoring und Messung von Verbesserungen verwendet, und die Ergebnisse werden als sichtbares Feed-back an das klinische Personal gegeben und so als Führungswerkzeuge eingesetzt.
Besonders in Erinnerung wird allen Projektteilnehmern die Studienreise ans Missouri Baptist Medicial Center in St. Louis, Missouri, USA, bleiben. Das Missouri Baptist Medicial Center steht in dem Ruf, sehr engagiert und erfolgreich die Patientensicherheit voran zu treiben. Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Reduzierung der Todesfälle. So konnte die Zahl der Todesfälle von 118 im Jahr 1998 auf 73 im Jahr 2005 gesenkt werden. Dieser Erfolg lässt sich auf verschiedene Maßnahmen zurückführen, die die Kommunikation im Krankenhaus wesentlich verbessert haben. So werden regelmäßig alle Akten von Sterbefällen auf mögliche Fehler untersucht und auf verschiedenen Ebenen der Organisation besprochen. Zudem gibt es spezielle Expertenteams, die sich um die Verbesserung der Abläufe bei bestimmten Krankheiten kümmern. Alle Maßnahmen und Erfolge im Bereich Patientensicherheit werden über Poster, Newsletter und Journalen in der gesamten Klinik transparent gemacht. Der Einsatz von Patientenarmbändern mit Barcode zur eindeutigen Identifikation war sehr beeindruckend und vorbildlich. Neben den Patienten haben auch Medikamente einen Barcode. So wird verhindert, dass ein falsches Medikament zum Patienten gelangt. Das Klinikum Nordfriesland hat 2010 ebenfalls Patientenarmbänder mit Barcode eingeführt und das Diakonissenkrankenhaus Flensburg bereitet die Einführung vor.

Thementage

Die deutschen und dänischen Projektpartner war der Wissenstransfer in der Grenzregion besonders wichtig. Deshalb haben sie in regelmäßigen Abständen Experten zu ihren Treffen eingeladen und zwei fachbezogene Thementage durchgeführt.

Patientensicherheit aus Sicht der Patienten

Am ersten Thementag im April 2010 stand der Patient im Fokus der Tagung. Vertreter verschiedener Patientenvereinigungen haben die Möglichkeit genutzt, den Projektteilnehmern im Rahmen der Veranstaltung ihre Arbeit in Bezug auf Patientensicherheit vorzustellen. Neben einer Patientenvertreterin der Region Syddanmark waren Vertreter des Patientenombudsmann/-frau Schleswig-Holstein e.V., der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, der Dänischen Gesellschaft für Patientensicherheit, des AOK-Institut Medizinschaden und dem Deutschen Institut für Patientensicherheit anwesend.

Alle Teilnehmer waren sich einig, dass dieser Dialog kontinuierlich fortgesetzt werden muss, um eine Verbesserung insbesondere bei grenzüberschreitenden Krankenbehandlungen zu erzielen. Mehrere hundert dänische Patienten werden beispielsweise pro Jahr im St. Franziskus-Hospital ambulant in der Onkologischen Tagesklinik und in der Strahlentherapie versorgt. Darüber hinaus werden in der Notfallversorgung der Flensburger Notarztwagen und der Rettungshubschrauber aus Niebüll grenzüberschreitend eingesetzt. Gerade in diesem Bereich kann durch die Zusammenarbeit deutscher und dänischer Krankenhäuser in Fragen der Patientensicherheit die Behandlungsqualität optimiert werden.

Grenzüberschreitende ambulante Notfallversorgung

Aus diesem Grund widmete sich der zweite Thementag im Oktober 2010 der ambulanten Notfallversorgung in der Grenzregion. Dänische und deutsche Experten verschiedener Institutionen, die an der Behandlungskette bei einem grenzüberschreitenden Notfall beteiligt sind, diskutierten mit dem Fachpublikum mögliches Verbesserungspotenzial. Neben den Vertretern der beiden Leitstellen und Ärzten der Notaufnahme berichteten sowohl ein Paramediziner aus Dänemark als auch ein Notarzt des Niebüller Rettungshubschraubers über ihre Arbeit. Es wurde deutlich, dass es nicht ausschließlich um sprachliche Barrieren geht, sondern vielmehr um die weitere Harmonisierung von systemischen Abläufen und gesetzlichen Vorgaben, wie z.B. eine gemeinsame Hotline mit Notfallnummern beidseits der Grenze.

Am 2. Thementag wurde über die "Grenzüberschreitende ambulante Notfallversorgung" gesprochen. (©St. Franziskus Hospital)

Expertenwissen aus erster Hand

Neben diesen beiden Thementagen wurden Experten zu speziellen Fragen der Patientensicherheit zu Arbeitsgruppentreffen eingeladen.

Urban Jürgensen, der IHI GTT-Projektleiter in der Region Jönköping, Schweden, stellte das Werkzeug IHI Global Trigger Tool vor und schulte die dänischen und deutschen Projektpartner in der Anwendung.

Viele Fragen traten auch im Zusammenhang mit der Einführung der Fehlerberichtssysteme auf. So hat Claudia Christ-Steckhan das CIRS der Charité Berlin vorgestellt. Marcel Ludwig, Schleupen AG, und Matthias Aichberger von der Patient Safety Company haben verschiedene Softwarelösungen präsentiert. Aktuelle Fragen zum Datenschutz konnte Harald Zwingelberg vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein beantworten.

Göran Henriks von der Region Jönköping, Schweden, hat auf einem Projekttreffen über Qualität, Kosten und Veränderungsprozesse referiert.

Für die Human Factor Schulung im März 2011 konnte der Psychologe Dr. Peter Dieckmann, ein Experte für Gesprächsführung, Wahrnehmung und Interpretation von Situationen, als Referent gewonnen werden.

Fazit und Ausblick

Das Projekt "Stärkung der Patientensicherheit zwischen Dänemark und Deutschland" wird von den Projektpartnern als erfolgreich angesehen. Wie in jedem Projekt ergaben sich in der Umsetzungsphase Schwierigkeiten, so dass nicht alle Projektziele bis zum Ende der Projektlaufzeit zu hundert Prozent erreicht werden konnten.

Im Mittelpunkt aller Anstrengungen lag die Verbesserung der Patientensicherheit in der deutsch-dänischen Grenzregion. Sowohl die Einführung des CIRS in den deutschen Projektkrankenhäusern als auch die gemeinsame Erprobung des IHI Global Trigger Tools haben die Patientensicherheit gestärkt, indem sie die Aufmerksamkeit und Sensibilität der Mitarbeiter in den einzelnen Häusern erhöht haben. Zudem werden die beiden Werkzeuge CIRS und IHI GTT höchstwahrscheinlich nach Projektende weitergeführt, wenn sich nach der abschließenden Auswertung erfolgreich Maßnahmen für die Verbesserung der Patientensicherheit ableiten lassen.

Positiv auf die Patientensicherheit hat sich auch die Schulung der Mitarbeiter zu Auditoren ausgewirkt. Diese werden zukünftig in den jährlichen internen Audits und bei den Safety Rounds eingesetzt. Auch häuserübergreifende Safety Rounds sind denkbar, in denen die Auditoren das Qualitätsmanagement der anderen Projektkrankenhäuser in Deutschland und Dänemark begutachten.

Auch der rege Erfahrungsaustausch der dänischen und deutschen Partner hat zu mehr Wissen auf beiden Seiten der Grenze beigetragen und wird nach Projektende themenspezifisch weitergeführt. So ist eine jährliche grenzüberschreitende Konferenz zum Thema Patientensicherheit in Planung und die Arbeitsgruppe zum IHI Global Trigger Tool wird auch nach Projektende weiterhin Erfahrungen austauschen. Im Blickpunkt steht dabei insbesondere eine automatisierte elektronische Auswertung der Krankenakten.

Preface

Human beings do sometimes make mistakes, to quote one of the traditional worldly wisdoms. Be that as it may, an undesired event can rapidly develop into a life-threatening mistake, especially in the treatment of patients. This is why particularly high standards apply in the health care sector when the safety of the patients is at stake.

Patient safety is the aim of quality-orientated health care and the benchmark of a functioning risk management. The hospitals in southern Denmark and Schleswig-Holstein have already been using quality management systems for a considerable period of time; they use patient surveys and complaint management to track down the source of errors. All these instruments have the aim of increasing the transparency of the treatment and satisfying patients.

On this basis, the hospitals on both sides of the border have set out to meet this demand even better in the future under the leadership of the Flensburg University of Applied Sciences. For this, diverse working groups and subprojects have been installed to serve the exchange of opinions, the piloting of novel instruments as well as the installation of permanent structures.

The project can be assessed as a major success because the activities described in this final report will be continued in the future and new ideas have already been developed. For example, plans are being considered for transnational safety inspections and an annual conference on the subject of patient safety.

Let us follow this path together in the future as well.
With this in mind,

Think transnationally!

Speak transnationally!

Act transnationally!

Prof. Dr. Roland Trill
(Flensburg University of Applied Sciences, Project Director)

Initial Situation: Patient Safety in Denmark and Germany

Patient Safety in Denmark

During the last ten years the focus in Denmark has been heavily concentrated on quantity i.e. treating more and more patients and reducing waiting lists. In coming years it will be concerned instead with improving the quality of treatments. "Quality" encompasses 6 parameters:

- **Effect** – patients should receive the treatment that is most effective.
- **Equality** – all citizens should have access to care and treatment.
- **Patient safety** – the treatment must be safe for the patients
- **Patient focus** – the patient and his/her relatives should be the top priority where treatment is concerned.
- **Rights** – citizens must receive treatment and care if and when they need it.
- **Cost efficiency** – Danish society must "get as much health as possible for its money".

Patient safety in Denmark's public hospitals

Until a few years ago there was no tradition in Denmark for a systematic approach to the improvement of patient safety. However, in recent years there have been several initiatives which are slowly changing this:

1. Reporting and analysing adverse events
2. Organising approaches to patient safety in individual hospitals
3. Setting up systems and establishing processes for the prevention of adverse events before they occur and cause patients to be harmed.
4. Developing a culture of openness in which adverse events can be discussed, in order to learn from them.

Since the focus of these initiatives is the notification of adverse events, the status report concerning the work being done on safety measures in Denmark will restrict itself to discussion of this point. Since 2004, healthcare professionals in Danish hospitals have been obliged to report adverse events as outlined in Chapter 61, §§198 to 202 of the Healthcare Law ("Sundhedsloven"), including not only the events which actually occurred, but also those which could have occurred.

Patient Safety has top priority within every treatment. (©Uwe Gosch)

At the core of the legislation are the tenets that:

- healthcare professionals are obliged to report adverse events
- hospitals are obliged to act on such events
- the public health department, "Sundhedsstyrelsen", and the patients' ombudsman or ombudswoman are obliged to mediate in the case of any disputes.

The reporting takes place on a national database for patient safety data – "Dansk Patientsikkerhedsdatabase" (www.dpsd.dk). Each report is submitted on-site, in the hospital or the region where the event occurred. Here, the report is processed and, above all, the serious incidents are more thoroughly analysed. At the end of the processing the conclusions are passed on anonymously to the "Dansk Patientsikkerhedsdatabase". This database is organisationally annexed in the public health department, "Sundhedsstyrelsen".

The work done regarding adverse events does not aim to assign blame to individual persons, but rather to learn from such events and set up systems which will reduce the risk of repeat incidents.

The basis of this task, to learn from adverse events, is the "system point of view". This point of view assumes that adverse events arise as consequences of the fact that people work together in complex organisations and with complex functions. Contrary to this perspective is the "individual point of view", which is based on sanctions. This point of view assumes that adverse events are consequences of forgetfulness, indifference, inattentiveness, negligence, or direct failures and misconduct on the parts of individuals.

The "individual point of view" is not applied to the task of learning from serious incidents, for which reason the reports submitted to the national database are done so anonymously.

The Danish Healthcare Law, "Sundhedsloven", §201:

"A healthcare professional who reports an adverse events cannot be subjected to disciplinary examination and other such measures of an employment tribunal, oversight sanctions from the public healthcare department "Sundhedsstyrelsen", or court penal sanctions on the basis of the report."

This paragraph specifically is crucial for an open atmosphere and for the assurance that adverse events can be reported without the risk of healthcare professionals being punished. The paragraph is unique in an international context, since no other country has a similar piece of legislation. However, §201 should not be understood to mean "safe conduct" regarding the commission of errors. The sanctions system continues to function independently of the stipulations of the Healthcare Law. It is only the case that an individual healthcare professional cannot be confronted with sanctions on the basis of the relevant report alone.

In September 2010 the law was augmented to the effect that the obligation to report incidents now extends to the primary sector and to local authorities. In September 2011 it will be augmented yet again in that it will be made possible for patients and relatives to submit reports of serious incidents to the national database too.

Adverse events in Denmark and the region of Syddanmark

The number of adverse events reported in Danish hospitals has risen year on year since 2004.

In 2009 25.249 reports of incidents occurring nationally across the various regions were sent to the public health department – of these 3619 came from the region of Syddanmark. However, the majority of these events did not result in any harm coming to patients.

The rising number of reports – an increase from 2564 events in 2008 to 3619 in 2009 and 6206 in 2010 was recorded in the region of Syddanmark alone – is not an indication that Danish hospitals are becoming more and more unsafe, but that there is a growing atmosphere of openness and a grow-

Type of event	Region of Syddanmark % distribution in 2009 Total events: 3619	Denmark % distribution in 2009 Total events: 25.249
Anaesthesia	2	2
Falls	9	10
Cardiac arrest / unexpected death	1	1
Break in continuity	10	13
Administration of medicine	33	32
Operation interventions / invasive interventions	5	4
Ambiguity error / miscommunication	17	15
Suicide / suicide attempts	1	1
Other	23	22

ing willingness to learn from mistakes in instances when something has gone wrong or possibly could have gone wrong.

Furthermore the figures illustrate that, in spite of strict safety measures in hospitals, a particular combination of circumstances at a given point in time, in combination with human factors such as disturbances, misunderstandings, or forgetfulness, can lead to risks arising or serious incidents actually occurring, resulting in patients being harmed.

The figure above shows how the reports allocate on the different events.

This distribution has shows that roughly 10% of the serious incidents reported in Denmark and in the region of Syddanmark are attributable to falls.

Although more and more adverse events are being reported, we know that they do not provide us with a complete picture of the events which did or almost did occur. Therefore the reporting of adverse events has been internationally supplemented in the last few years through proactive avenues and initiatives, such as Global Trigger Tool (GTT) and Safety Rounds, in which human factors among other things are taken into account.

Both of these avenues were included in the project at hand, along with the exchanging of experiences regarding fall prevention and making reports with the Critical Incident Reporting System (CIRS).

Background information on participation in the project

One of the parameters for quality of treatment is whether the treatment is safe for the patients. We are supposed to treat patients and heal them if possible, not make mistakes and cause them harm.

However, the reality is that roughly 9% of all in-patients in Denmark are exposed to mistakes in their treatment – this is itself an adverse event. However, not all such incidents lead to a patient being harmed.

Definition of an adverse event (Danish Healthcare Law "Sundhedsloven", Chapter 61, §198):

"An adverse event is an incident which comes about in connection with professional medical activity, including that occurring pre-hospitalisation, or in connection with the provision of or information given about medications. Adverse events encompass both those events and errors which were known about in advance and those that were not, and which cannot be attributed to the illness of the patients."

Where patient safety is concerned the aims are not only to avoid mistakes but to see that mistakes made already do not then cause harm to patients. Then again, patient safety is also often concerned with changing habituated courses of action and constructing barriers against error. Often what is required is not any kind of new technical medical knowledge, but the application of existing knowledge, the disclosure of successful instances, and subsequent implementation of modified behaviour.

Therefore, in addition to the exchange of knowledge and experiences with hospitals in the other regions of Denmark, it seemed natural to the region of Syddanmark to seek international inspiration too.

Until the University of Applied Sciences Flensburg contacted the Centre for Quality late in the summer of 2008 regarding

participation in the INTERREG IV A project: "Strengthening patient safety between Denmark and Germany" the persons responsible had not had Germany in mind when they sought inspiration for improving patient safety. Sweden, Norway, England and the USA were the preferred countries to which they had looked.

Since the region of Syddanmark already cooperates with hospitals in Flensburg, Husum and Kiel, among others, in the field of readiness for emergency situations as well as in the treatment of Danish patients, this contact was a welcome opportunity for the exchange of knowledge and experience in the area of patient safety.

This was the background for the decision made by the region of Syddanmark to participate in the project, namely with its Centre for Quality ("Center for Kvalitet") and its five hospitals: "Sygehus Sønderjylland", "Sydvestjysk Sygehus", "Sygehus Lillebælt", "OUH Odense/Svendborg", and the psychiatric hospital.

Patient Safety in Germany

During the past years, the changes in the health care system in Germany were marked by attempts to reduce the costs of health care. For example,

- new billing models were introduced,
- care networks were founded and
- new technologies implemented.

In addition, the hospitals were required to introduce a quality management system. Among other things, the efficiency of the health care was to be increased through this.

Obligation to Quality Assurance (SGB V §135a)

(1) The service providers are obliged to provide assurance and further development of the quality of the services rendered by them. The services must meet the standards of current state-of-the-art scientific knowledge and be provided with the professionally required quality.

(2) Physicians on contract, medical health care centres, ac credited hospitals, providers of health care services or rehabilitation measures and facilities under a medical service contract in accordance with §111a, are obliged, in accordance with §§ 136a, 136b, 137 and 137d,

1. To participate in inter-institutional measures of quality assurance which especially aim towards improving the quality of experience and
2. To introduce and further develop quality management within the institution.

Patient Safety in German Hospitals

Patient safety plays an increasingly important role in German health care and is generally to be found in quality management. Unlike Denmark, there is no nationwide legislation that obliges hospitals to adopt certain measures in the area of patient safety, since the inspection of the hospitals is the obligation of the respective state.

The legislation to protect from infection is an exception to this. It was drafted by the Federal Ministry of Health in 2010 and should be resolved by the Bundestag in 2011. After all, approximately 400,000 to 600,000 patients per year fall ill with infections that they have contracted during treatment. Between 7,500 and 15,000 patients die from these infectious agents. In particular, the increase in multi-resistant agents in German hospitals led to the decision to implement unified measures.

Despite the lack of a unified, nationwide legislation, patient safety is an important subject in German hospitals. The three German project hospitals Diakonissenhospital Flensburg, St. Franziskus Hospital Flensburg and the Clinic Nordfriesland introduced measures for

- patient identification,
- fall prevention,
- decubitus prevention and
- check lists in the OR

All project partners are participating in the "Clean Hands" campaign. (©Fotolia)

prior to the beginning of the project. These measures are based on recommendations of the World Health Organisation (WHO), the German Coalition for Patient Safety and national expert standards. Besides this, all project partners are participating in the "Clean Hands" campaign for increased hygiene.

In addition, all project hospitals are using patient safety indicators in order to obtain information on adverse events. Therefore, available patient data is evaluated with the help of a computer programme and, for example, the number of infections displayed. Specific areas for taking action for patient safety can be identified from this data.

Adverse Events in Germany and the Border Region

The processing of adverse events offers a wide field of action for improving patient safety.

Definition of an "Adverse Event" (German Coalition for Patient Safety)

Adverse events are occurrences and/or circumstances that possibly, but not necessarily, lead to a consequent harm to the patient.

A typical example of an adverse event is the mix-up of medicines due to a similar packaging. Because the mix-up is noticed and corrected prior to the dose of medication, there is no harm to the patient.

A specific reporting and learning system in which employees can record such incidents is required in order to be able to recognise and avoid such a source of error. During the past years, various internet data banks have been created in which adverse events can be recorded. However, these error reporting and learning systems, so-called Critical Incident Reporting Systems (CIRS), are not yet offered in Germany on a comprehensive basis. There are several isolated solutions, e.g.

Hospital CIRS Network Germany: a nationwide reporting system for events in the hospital relevant to safety (http://www.kh-cirs.de/)

PaSOS: a nationwide event recording system for the recording and analysis of events relevant to safety in anaesthetics, intensive care medicine, emergency medicine and pain therapy (https://www.pasos-ains.de/)

CIRS Emergency Medicine: a nationwide reporting system for risk management in preclinical and clinical emergency medicine (http://www.cirs-notfallmedizin.de/)

Participation in this voluntary reporting system is rather limited because there is no direct feedback to the persons reporting. Thus the concrete use for the individual employee and for the hospital is slight. The introduction of a CIRS within the hospital, on the other hand, offers the hospital administration a high benefit for the improvement of patient safety. In the three project hospitals, there was no CIRS supplementing their error management prior to the beginning of the project.

It's important to report adverse events so that the organisation can learn from it. (©Fotolia)

Background of the Project Participation

For the German project partners, it was especially the continued improvement of patient safety and exchange with the colleagues at the Danish hospitals of the bordering region that was in the foreground. The Danish partners have already been working since 2004 with a national reporting system in which many reports and messages have been received. The project was also an opportunity to receive firsthand tips and experiences for the implementation of a Critical Incident Reporting System (CIRS).

An important piece of information from the Danish partners was that the collection of reports alone is not sufficient for improving patient safety. The organization must also learn from the reports and implement improvement measures. With the additional tool IHI Global Trigger Tool (GTT) the project partners hope to be able to measure the success of the appropriate measures. In so doing, approximately 20 patient files per month are selected at random and examined for so-called triggers that could provide information on sources of error.

After an initial analysis, the subjects of fall prevention and shared audits in the form of safety rounds in the participation hospitals were taken up in the project plan.

Patient Representatives and Interest Organisations in Denmark and Germany

During the period of the project, representatives of patient organisations are repeatedly called in to provide advice and support. There is a wide variety of counselling offers for patients on both sides of the border.

Special interest organisations in the field of patient safety in Denmark

The most important special interest organisations in the field of patient safety in Denmark include **"Danske Regioner"**, **"Dansk Selskab for Patientsikkerhed"** and **"Danske Patienter"** (the latter represents a long line of illness-specific special interest organisations, such as the associations for combating cancer – "Kræftens Bekæmpelse"; lung disease – "Danmarks Lungeforening"; diabetes – "Diabetes Foreningen"; Parkinson's disease – "Parkinsonforeningen"; rheumatism – "Gigtforeningen"; heart disease – "Hjerteforeningen"; asthma – "Astma Allergi Danmark"; fibromyalgia – "Dansk Fibromyalgi Forening"; Crohn's disease – "Colitis-Crohn Foreningen"; epilepsy – "Dansk Epilepsi Foreningen"; kidney disease – "Nyreforeningen"; sclerosis – "Scleroseforeningen"; the organisation "Livet efter ulykken" ("Life After The Accident"); the association for rare diagnoses, "Sjældne Diagnoser" and the association for combating eating disorders and self-harm, "Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade").

Danske Regioner is the main special interest organisation of the 5 regions and exercises its interests both nationally and internationally. The organisation participates in establishing the political agenda in the area of patient safety – www.regioner.dk.

On 11th February 2011 the association made public its quality provisions for the coming 3 years until the end of 2013. Patient safety came under this plan, with the goal being to reduce the number of adverse events resulting in harm to patients by 20%. The Global Trigger Tool was named as a method for measuring patient safety.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (The Danish Society for Patient Safety) campaigns for the improvement of patient safety in Denmark. The society was founded in December 2001 with the aim of serving as an organisational framework for the work being done regarding patient safety.

"Dansk Selskab for Patientsikkerhed" exercises its tasks through the imparting of knowledge, the influencing of decision makers and through project initiatives. All of the aforementioned combine to improve the safety of Danish patients. The aim is to reduce the risk of harm being inflicted on patients during their encounters with the health services.

The purposes of the society include, among other things:

- to retain patient safety on the political health agenda.
- to collect and distribute knowledge relating to patient safety, for example: through investigations, projects and problem areas.
- to initiate projects and work groups and to take part in these respectively, for example: concerning the inclusion of patients, medication deficits, and solutions to problems arising regarding the safety of patients.
- to create training opportunities for the expansion of knowledge and the development of medical professionals' competency in dealing with problems of patient safety.

The work programme for the coming few years encompasses the development of:

- a patient-safe hospital, in which the region of Syddanmark will participate with the hospital in Kolding.
- a partnership for patient safety.
- further steps in the process of implementing the expanded reporting system, under which is included the introduction of a risk management training program.

Danske Patienter, as an umbrella organisation with about 830,000 member associations in total, is a mouthpiece for patients to address the public. It contributes ways of thinking influenced by the patients' perspective when new initiatives are started up.

The purpose of the society as a whole is to secure the best possible conditions for patients in the treatment system, namely through the formulation of new strategies grounded on documented knowledge. The organisation brands itself "a constructive, yet critical party demanding developments in the Danish health services".

The society's goal is that the Danish health services prioritise the needs of patients and perform treatments of the highest quality, and it aims to contribute to this vision of a patient-centric health service of an international standard through its own actions – www.danskepatienter.dk.

Other organisations

There are two other organisations, both state-owned, that are worth mentioning in connection with the work being done on patient safety – the ombudsman/ombudswoman society "Patientombuddet", and the patient insurance organisation "Patientforsikringen".

"Patientombuddet"

Patients who would like to complain about their treatment under the Danish health services can apply to "Patientombuddet" (formerly "Patientklagenævnet") – www.patientombuddet.dk.

"Patientombuddet" is also the relevant authority for complaints about violation of patient rights or concerning decisions made about compensation by the patient insurance organisation. It also offers advice about the right to healthcare in other countries according to Danish legislation, EU regulations and other international stipulations.

From the 1st January 2011 "Patientombuddet" has also administrated the central reporting system for adverse events in the health services, thereby contributing to the preventative use of information about adverse events and also of information drawn from cases of compensation and recovery of damages.

"Patientforsikringen"

All patients are covered by "Patientforsikringen", the public indemnity insurance – www.patientforsikringen.dk. Claims can be made here free of charge, the job of the organisation being to ensure that patients receive the compensation that they are legally due.

The insurance covers harm inflicted on patients in the course of treatment carried out in either public or private hospitals, by their own GPs, by specialists, or by other licensed private healthcare professionals. The provision also covers harm caused by medications.

Research in the area of patient safety in Denmark

Although the fields of quality protection and patient safety today both enjoy a status of high priority within the Danish health services, there has never been a tradition of research in these two areas in Denmark up until now.

However, considerable resources are now being directed towards the measurement, assessment and development of quality and safety in patient care; resources which could otherwise be applied directly to the treatment of patients.

Therefore it is crucial for the region of Syddanmark, among others, to answer the question of whether the efforts being made in hospitals are actually achieving a higher degree of quality and a better level of safety for the patients. Consequently the region of Syddanmark decided in 2010, in conjunction with the University of Syddanmark (SDU, "Syddansk Universitet"), to mount the joint project "Research Initiative into Quality in the Health Services" ("Forskningsinitiativ for Kvalitet i Sundhedsvæsenet").

Special interest organisations in the field of patient safety in Germany

The market in the German border region makes the following offers for patients:

The health insurance funds offer their respective clients the possibility of information concerning legal questions, e.g. via a telephone hotline. In addition, they provide consultants for their patients from the Medical Service of Health Insurance Funds (MDK) who investigate whether or not an error of treatment occurred and a damage claim compensation is enforceable.

The AOK Schleswig-Holstein has its own medical examination authority: the Medical Injury Institute.

The Patients' Ombudsman/woman of Schleswig-Holstein offers a non-medical and conciliatory activity between the patient and the physician. This activity is carried out on a voluntary basis.

The Independent Patient Counselling Association of Germany (UPD) provides counselling, for example, in cases of medical malpractice.

The arbitration board of the medical associations is financed by the medical associations and the liability insurers. The aim is out-of-court agreement with physicians in case of errors. The facts of the matter are explained, external experts appointed and their decision then examined. The prerequisite is that the physician in question agrees to this. After the assessment, the attempt is made to reach an agreement out of court which is usually accepted by the physicians' liability insurers; for the payers, however, there are individual follow-up investigations.

Specially organised law firms concern themselves exclusively with questions of patient safety and medical malpractice.

Implementation of a Critical Incident Reporting System

In Germany, there is no unified nationwide critical incident reporting system for adverse events in hospitals. The German project partners have grappled intensively with this subject at the beginning of the project. Thanks to the experiences from Denmark, the German project partners were especially able to profit from talks with CIRS experts and also with Danish hospitals. The aim of the introduction of a CIRS is to detect as many sources of danger as possible, so as to be able to remedy them in the sense of a safe course of patient treatment. The entire system is based on the voluntary service of the employees and does not wish to point out those at fault, but to detect sources of error. Thus no employment consequences can result from a report.

All adverse events without consequential injuries are collected if they fulfil one of the following criteria:

- Circumstances that can cause an adverse event.
- An adverse event that has not reached a patient/employee/third party.
- An adverse event that does indeed reach a patient/employee/third party but has caused no harm; possibly, however, it has made an additional supervision (e.g. of the circulation parameters) necessary.

After the German project partners had decided on an electronic version, diverse products were compared with each other. Before the implementation could be begun, questions concerning data protection were discussed with the participation of the data protection representative from Schleswig-Holstein. The technical implementation process was a challenge for all, for internal hospital specifics had to be integrated into the procured software solution.

It was necessary to overcome several obstacles in the pilot phase. In the beginning, many employees hesitated to report in the CIRS because they expected negative consequences from the side of the hospital administration. In addition, entering the report into the computer is additional work. Through intensive educational work in the hospitals and training programmes on this subject, a sufficient number of reports have meanwhile been made for initial measures to be undertaken. The reports are not always relevant to safety. All the reports are processed, however, and feedback given in case of reports by name. Thus the employees know that their report is taken seriously. There is increased motivation to report adverse events in the future.

After the end of the project, too, the CIRS must be constantly advertised and information must be provided about it in order to awaken the enthusiasm of all employees for the CIRS and to actively integrate them into the continuous improvement process. The success of the instrument CIRS will only be apparent in a few years when the number of reports increases again. This also has a positive effect on the enterprise culture - moving away from accusations and towards greater safety during the course of treatment and for the good of the patient.

Stephan Jatzkowski, quality management representative of the Diakonissenhospital in Flensburg: "With the introduction of a CIRS, we would like to get to know precisely those things in our hospital that should not actually occur. With it, we hope to improve systemic chains and structures before actual injuries occur."

The instrument IHI Global Trigger Tool

The IHI Global Trigger Tool was developed by the Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, USA, (IHI). It makes possible a retrospective measurement of patient safety with the help of a random analysis of patient files. This means that 20 randomly selected, concluded patient files are examined for various triggers once a month. These triggers include, for example, blood transfusions, the call of the emergency team and the fall of the patient. These triggers can be part of the course of the illness, but can also provide information concerning a possible patient injury. In this manner, injuries to patients that have actually occurred are investigated with the IHI Global Trigger Tool to determine whether or not the injury would have been avoidable. If this is the case, direct improvement measures can be derived from it so that these injuries do not occur again.

IHI Global Trigger Tool in Denmark

IHI Global Trigger Tool is in systematic use in each of the hospitals "Sygehus Sønderjylland", "Sygehus Lillebælt" and "Sydvestjysk Sygehus".

The conclusion of the baseline installation is expected by June 2011 (the 3rd and 4th quarters in 2009 and the 1st, 2nd and 3rd quarters in 2010). It is anticipated that IHI GTT will go into service following the completion of this project and will come into play in monitoring the quality of service in the hospitals.

Teaching and training of teams

In each hospital teams of reviewers have been formed, which usually consist of nurses with backgrounds in different areas of specialisation, as well as teams of supervisors, who are all

Urban Jürgensen explains how to find triggers in patient journals. (©Mandy Schubert)

doctors. In each hospital there are between 4 and 6 reviewers in addition to a recommended norm of 3 supervisors.
All of these individuals have been offered and undergone the same training process, which includes the following content:

- a training day with instruction from Urban Jürgensen, project leader at Qulturum in Sweden, as well as from staff at the Centre for Quality
  introduction to GTT
  teaching based on 2-3 teaching files
  summary

- a follow-up training day with the opportunity for practice based on the participants' own files, under the supervision of the Centre for Quality

How does the actual processing of the files proceed?

It was left to the individual hospitals to decide on the best practical method of organising their files. What was important was only that they kept in mind the essential methodological principles as described in the literature.

In each of the three institutions the reviewers meet one morning per month to go through the files, with teams made up of two reviewers each sitting in the same room. After a certain number of files the findings are compared: the number of triggers and of cases of harm, as well as the break down into type of the incidences of harm. If agreement is unanimous, the files are closed. In case of dissent or doubt the files are then gone through with the supervisors, usually in the afternoon.

There are some local variations, for example: in one hospital all of the files found to contain instances of triggers or harm are gone over with the supervisors. The file is displayed on a projector so that all present have the same information. This approach constitutes not only a valuable learning tool, but also a valuable "calibration tool" for the individual teams, as it demonstrated in practice.

The most important elements of this beginning phase were the frequency of the meetings, the stability in structure of the teams of reviewers and supervisors (i.e. as little fluctuation as possible), the double reviewing of all of the files, and the joint consideration of any incidences of harm.

PhD project

In 2010 the association for combating cancer in Denmark, "Kræftens Bekæmpelse", carried out an investigation into the safety of patients in the treatment of cancer, in which IHI GTT was used to analyse the files. It was concluded that IHI GTT was not directly applicable to cancer patients since several instances of harm which occur especially to them are not "caught" by IHI GTT. One section of a PhD project being conducted at "Odense Universitetshospital" and the University of Syddanmark is attempting to shed light on these results by comparing the sole use of GTT with its use in conjunction with an oncology module (developed in Wales in connection with the "1000lives" campaign); to be more precise, the range of cases that are picked up on the basis of each of the two different methods are being compared. This segment of the PhD study is expected to be completed in early 2011.

Electronic identification of triggers

The relative costliness of going through files manually is mentioned in several places in the international literature regarding IHI GTT, for which reason it is asserted from many sides that a partial electronification of the process could be advantageous (Snow 2008).

In 2010 a collaboration with the SAS-Institute concerning the electronic identification of triggers in connection with methods of file analyses was initiated. The "Karolinske Sygehus" hospital in Stockholm worked on the same project during 2009 and 2010, and in December 2010 the methods and preliminary results were presented at a one-day conference. The electronic identification of triggers "saves" a step in the analysis of the files, enabling resources to be directed specifically towards those files containing the greatest risks of harmful incidents. Instances of harm must nevertheless be further examined in person.

The electronic detection of triggers in the files makes reviews

of random samples possible on a larger scale. In this way it becomes possible to analyse files within a more expansive perimeter, for example: the files of all patients with a certain diagnosis. The possibility also arises to target application of IHI GTT more specifically at the development of quality control, instead of exclusively for the sake of monitoring.

Further work is currently being done to define and initiate a definite project.

The IHI GTT manual

Throughout 2008 the original American and Swedish information about IHI GTT was "fused together" into a Danish IHI GTT manual, which was simultaneously adapted to reflect conditions in Denmark. The manual proved to be very useful as a practical tool for file analysis. As IHI GTT is gradually implemented in more and more locations, it is becoming clear that several triggers can be rewritten to make them more operational. Some triggers can potentially be dropped, while other more relevant ones should perhaps be added, for example: the organisation of the casualty department (in the region of Syddanmark) will change in the course of next year, as a result of which an adjustment of the triggers in the emergency-response module will be necessary. Triggers which relate to inadequate responses to critical findings are used in several different places internationally (e.g. results from blood tests, vital results and the like). A collaboration with "Dansk Selskab for Patientsikkerhed" to revise the handbook is currently being started up.

IHI Global Trigger Tool in Germany

The introduction of the IHI Global Trigger Tool in the German partner hospitals is unique in Germany. No other hospital in the Federal Republic has so far implemented this analytical method for patient safety.

The initiative came from the Danish partners who had already carried out an initial test phase. The three German hospitals had access to the Danish experiences and started with the implementation phase. The experience of the Swedes with the IHI Global Trigger Tool also served as a basis for the German project partners.

First of all, the manual of the IHI Global Trigger Tool was translated into German and adapted to the circumstances in the border region. The manual and the working materials can be downloaded free of charge on the website of the Institute for Healthcare Improvement and from the project website.

Interested employees and physicians could be found who wanted to participate in a training programme with Urban Jürgensen, the Swedish IHI GTT project director and who then took up active work. Despite some initial difficulties, especially due to the lack of routine, the application of the IHI GTT was established with the project partners. Questions concerning individual triggers were discussed in the transnational IHI GTT working group.

Since it is a retrospective file analysis, patient files from the year 2009 and some from 2010 were examined. A conclusive evaluation within the hospitals is still expected. There has not yet been any implementation of measures, either.

The IHI Global Trigger Tool has proven to be very helpful, since actual injuries can be recorded with this tool and the hospital administration is not dependent on voluntary reports of the employees. The Clinic Nordfriesland has already decided on a continuation after the project has been concluded.

Jens Rohs, quality management representative of the Clinic Nordfriesland: "We shall also continue the IHI Global Trigger Tool after the conclusion of the project because we view it as a meaningful instrument that can support us in the improvement of patient safety. In addition, it makes it possible to examine whether or not existing procedures are effective."

Safety Rounds in hospitals

Safety Rounds is a proactive method of prevention of adverse events. The method focuses on patient safety and the conduct of staff and identifies circumstances which could lead to a adverse events through observation and interviews with personnel.

This dialogue hones the staff's awareness of circumstances arising in their daily surroundings which could lead to an adverse events, which in turn encourages the creation of a culture of promoting patient safety.

By means of practical training sessions the participants were prepared for their work as auditors. (©Barbara Vehrs)

Safety Rounds are carried out as an internal audit or survey with a special focus on the safety of patients and a culture of security. The approach is established in the field of quality management and is described as a standardised method in the international standard ISO 19011.

The goal and purpose of Safety Rounds is to identify circumstances which could lead to an adverse event, but also to check that legislation and decisions in the form of regional requirements and proper guidelines and directives as well as regional and local assignments are being followed, while additionally making sure that the analysis and follow-up of adverse events is carried out.

In order to improve the ability of the internal auditors/surveyors to detect risks connected with human behaviour they take part in courses specialising in these human factors.

Human factors belong to the field of psychology, which is exclusively concerned with their study, including dealing with thought processes and human behaviour during interactions with other humans and with technology and organisation; it can deepen the insight into why, how and when mistakes arise.

In order to be able to implement Safety Rounds across different individual hospitals and even transnationally across the Danish-German border the current project involved a range of different activities:

- The regional conception of Safety Rounds, which was developed before the project by the Centre for Quality in 2008, was translated into German and its applicability in a German context was assessed.

- The teaching material and program for the Danish 2-day seminar about internal audits/surveys, which were developed back in December 2007, were also translated into German. The seminar has been offered in the region of Syddanmark since January 2008 and has trained roughly 750 members of staff in the hospitals of the region so far.

- The Danish docent and two docents from two of the participating German hospitals led the first German seminar in January 2011.

- In the course of the project both a Danish and a German seminar about human factors were developed.

- The human factors seminar was carried out in Denmark in September 2010 and in March 2011, and also in Germany in March/April 2011.

The training program and the educational materials can be downloaded from the project website – www.patientsafety-interreg.com.

The implementation of Safety Rounds in hospitals on both sides of the border with both German and Danish involvement is planned as the last activity of this project, though the first of a future collaboration.

Safety Rounds in Denmark

In August 2009 the region of Syddanmark decided to implement Safety Rounds in all 5 of its hospitals as part of its framework of preventative measures regarding patient safety.

Jeanette Hounsgaard, auditor from the Centre of Quality: "Safety Rounds are no exams. On the contrary, we come with a curious sight and are interested in the daily processes of the ward. Our monitoring results from the Safety Rounds are used in a positive manner to improve the security and quality as well as the knowledge transfer."

4 out of the 5 hospitals in the region of Syddanmark still carry out the conception of Safety Rounds described above on their own grounds today.

The implementation of Safety Rounds is intended to reduce the number of adverse events and to identify potential adverse events. It is intended to be conducive to the creation of a culture of security, in order to ensure that the treatment of patients in the hospitals of the region is safe.

The advantage of Safety Rounds is clearly its preventative aspect; that we act before anything happens!

Safety Rounds in Germany

In the German partner hospitals, internal audits are carried out during the course of the quality managements that respond to aspects relevant to safety, among other things. For several years, the Danish partners have been using audits that specifically concentrate on patient safety and safety culture. In this way, they have been able to make employees more sensitive to patient safety in their daily working environment. The working group Safety Rounds has therefore taken up this subject and assimilated the good experiences of the Danish partners.

The Danish concept of the Safety Rounds in the hospital and the stipulations of DIN EN ISO 19011 were the basis of the German draft that was made within the framework of the project.

At the same time, employees in the three German project clinics have volunteered to work on the implementation and realisation. During the course of the auditors' training, alongside fundamental principles of quality management, knowledge was especially imparted concerning preparation and post-processing, planning and realisation of internal audits. In the subsequent human-factor training, the participants

learned a great deal about conducting discussions, perception and interpretation of situations.

This procedure will be applied in the future during the course of internal audits. With the help of special questions concerning patient safety, the results from the critical incident reporting systems CIRS, IHI GTT, audits and safety rounds should be called more into question and weak points detected. Through the summarisation of these safety data, the process of continuous improvement can be better controlled. This makes possible a systematic testing of the safety situation of the patients.

Dr. Claus-Jörg Wick, quality management representative of St. Franziskus Hospital in Flensburg: "All the relevant safety data are collected with the help of the Safety Rounds. In this way, the process of continuous improvement can be better controlled."

Transnational fall prevention

The prevention of falls is an important subject in the area of patient safety, for the number of stationary patients who injure themselves by falling has increased during the past years. Thus in 2009, according to the information of the Centre for Quality alone, ten percent of the 2,373 registered patient injuries in Denmark were due to falls. Such falls can cause serious injuries such as abrasions and fractures. Since the number of falls has also increased in the German hospitals, the project partners were very much interested in an exchange of experience.

Fall prevention in hospital. (©Fotolia)

The Centre for Quality has prepared a scientific publication of fall prevention during the course of the project and made it available to the German partners. In this publication, all the study results concerning fall prevention are listed and examined for their effectiveness. The publication "Health technology Assessment for Preventing Patient Falls in Hospitals" is available free of charge on the website of the Centre for Quality http://www.centerforkvalitet.dk/wm293082.

In return, the Danish hospitals were able to profit from a German brochure on fall prevention; it was translated into Danish and distributed in the hospitals.

In the shared discussion rounds, it was quickly decided that similar measures are undertaken in the German-Danish border region to prevent patients from falling. The German project partners are all working in accordance with the National Expert Standard "fall prevention". The number of serious falls with complicated fractures has decreased due to these efforts.

Study Trips

During the course of the project, the project partners have undertaken study trips together in order to compare experiences in the area of patient safety beyond the border region.

Already in March 2009 the project partners attended in the international conference "International Forum on Quality and Safety in Health Care". The aim of the participation was to get an overview of the international status quo in patient safety and to gather ideas for the project. In the foreground were adverse events, CIRS and data processing of CIRS reports.

The German project partners were at the CIRS Forum in Berlin in September 2009 and informed themselves of successes, failures and difficulties in the introduction of critical incident reporting systems. In addition, they participated at various quality management meetings and forums. At these, the discussion especially focussed on safety indicators and case analyses. A stimulating exchange took place with the other hospitals that are also introducing CIRS or have already introduced it. For this reason, the German and Danish project partners undertook a study trip in 2009 to Maastricht at the Maastro Clinic in order to see the CIRS software in action.

In Germany, the IHI Global Trigger Tool has so far only been used by the German project hospitals, so that the German partners presented this tool at a number of events, including the 5th Annual Conference of the Coalition for Action Patient Safety and the 9th German Health Care Congress in September 2010 in Bonn.

The project partners on their visit at the Missouri Baptist Medicial Center i St. Louis, Missouri, USA. (©Missouri Baptist Medicial Center)

Where IHI GTT is concerned the Danish partners were inspired when they visited their Swedish colleagues in the hospitals of Karolinska Sygehus in Stockholm and the region of Jönköping in March 2011. These hospitals utilise IHI GTT systematically.

At "Karolinska Sygehus" the staff have developed and introduced a partially electronic solution using IHI GTT – the "Modidierad Automatiserad IHI GTT", or "MAG". During the visit in Stockholm the Danish partners received an interesting introduction to the development of this solution, how it is applied in practice, as well as which possibilities it offers. This has subsequently inspired the initiation of a project in Denmark with regard to the development of a similar solution.

At the region of Jönköping the analysis of the files using IHI GTT is still done manually. The method is applied systematically to monitor and measure improvements, with the results being given back to the clinical personnel as visible feedback and subsequently applied as practical guidelines.

All the project participants will especially remember the study trip to the Missouri Baptist Medical Center in St. Louis, Missouri, USA. The Missouri Baptist Medical Center has the reputation of promoting patient safety in a highly committed manner and with great success. The main focus is on the reduction of deaths. Thus it has been possible to reduce the number of deaths from 118 in the year 1998 to 73 in the year 2005. This success is due to several measures taken that have considerably improved communication in the hospital. Thus all files of deaths are regularly examined for possible errors and discussed at different levels of the organisation. In addition, there are special teams of experts concerned with improving the procedures with certain illnesses. All measures undertaken and successes in the area of patient safety are made transparent in the entire clinic by means of posters, newsletters and journals.

The use of patient armbands with barcode for unmistakeable identification was very impressive and exemplary. Not only the patients, but also the medications have a barcode. In this way, cases in which a patient receives the wrong medication are prevented. The Clinic Nordfriesland also introduced patient armbands with barcode in 2010. The Diakonissenhospital Flensburg is preparing the kick-off for patient armbands at the moment.

Theme Days

The transfer of knowledge in the border region was especially important to the German and Danish project partners. For this reason, they have invited experts to their meetings at regular intervals and carried out two specialised theme days.

On the second theme day the participants discussed "Transnational Out-Patient Emergency Medical Services". (©St. Franziskus Hospital)

Patient Safety from the Point of View of the Patients

At the first Theme Day in April 2010, the focus of the conference was on the patient. Representatives of various patient associations made use of the possibility to introduce their work in the area of patient safety to the project participants during the course of the event. Alongside a patient representative of the region South Denmark, representatives of the Patient Ombudsman/woman of Schleswig-Holstein, the Independent Patient Counselling of Germany, the Danish Society for Patient Safety, the AOK Institute for Medical Injuries and the German Institute for Patient Safety were present.

All participants agreed that this dialogue must be continued

in order to attain an improvement, especially in the transnational treatment of illnesses. Several hundred Danish patients each year, for example, are treated as outpatients at St. Franziskus Hospital in the Oncological Day Clinic and in radiation therapy. In addition, emergency medical services of the Flensburg ambulances and rescue helicopters from Niebüll are used transnationally. Especially in this area, the quality of treatment can be improved in questions of patient safety through the cooperation of German and Danish hospitals.

Transnational Out-Patient Emergency Medical Services

For this reason, the second Theme Day in October 2010 was dedicated to out-patient emergency medical services in the border region. Danish and German experts from various institutions involved in the treatment chain in a transnational emergency discussed possible potential for improvement with the specialist audience. Alongside the representatives of the two central offices and emergency-room physicians, a paramedic from Denmark and an emergency physician of the Niebüll rescue helicopter both reported on their work. It became clear that linguistic barriers were not the only issue, but far more the further harmonisation of systemic procedures and legal guidelines, such as for example a shared hotline with emergency numbers on both sides of the border.

First-Hand Expert Knowledge

In addition to these two Theme Days, experts were invited to meetings of working groups to discuss special questions pertaining to patient safety.

Urban Jürgensen, the IHI GTT project director in the region of Jönköping, Sweden, presented the IHI Global Trigger Tool and trained the Danish and German project partners in its application.

Many questions were also raised in connection with the introduction of the critical incident reporting systems. Claudia Christ-Steckhan presented the CIRS of the Charité Berlin. Marcel Ludwig, Schleupen AG, and Matthias Aichberger from the Patient Safety Company presented various software solutions. Harald Zwingelberg from the Independent State Centre for Data Protection of Schleswig-Holstein was able to answer current questions pertaining to data protection.

Göran Henriks from the region of Jönköping, Sweden, gave a report at a project meeting about quality, costs and processes of change.

The Human Factor Training in March 2011 was pleased to feature the psychologist Dr. Peter Dieckmann as a speaker; he is an expert in conducting discussions and in the perception and interpretation of situations.

Conclusion and Outlook

The project "Strengthening Patient Safety between Denmark and Germany" is regarded as successful by the project partners. As in every project, difficulties arose during the implementation phase so that not all the project aims could be attained one hundred percent by the end of the project period.

At the focus of all efforts was the improvement of patient safety in the German-Danish border region. Both the introduction of the CIRS in the German project hospitals and the joint testing of the IHI Global Trigger Tool improved patient safety by increasing the attention and sensitivity of the employees in the individual hospitals. In addition, the two tools CIRS and IHI GTT will most probably be continued after the end of the project if successful measures for the improvement of patient safety can be derived after the concluding evaluation.

The training of employees to become auditors also had a positive effect on patient safety. They will be used in the annual internal audits and in the Safety Rounds in the future. Cross-institutional Safety Rounds are also conceivable in which the auditors examine the quality management of the other project hospitals in Germany and Denmark.

The stimulating exchange of experiences of the Danish and German partners also contributed to more knowledge on both sides of the border and will be continued after the end of the project according to specific themes. Thus an annual transnational conference on the subject of patient safety is being planned and the IHI Global Trigger Tool working group will also continue to exchange experiences after the end of the project. In particular, an automated electronic evaluation of the medical files will be the focus of attention.

Contact

Fachhochschule Flensburg
Prof. Dr. Roland Trill (Leadpartner)
Kanzleistraße 91-93
D-24943 Flensburg

Telefon: +49 (0) 461 - 805 - 1473
Telefax: +49 (0) 461 - 805 - 1496

Klinikum Nordfriesland gGmbH
Geraldine Onischke
Erichsenweg 16
D-25813 Husum

Telefon: +49 (0) 4841 - 660 - 1451
Telefax: +49 (0) 4841 - 660 - 1328
Internet: www.klinikum-nf.de

Diakonissenanstalt zu Flensburg
Stephan Jatzkowski
Knuthstrasse 1
D-24939 Flensburg

Telefon: +49 (0) 461 - 812 - 0
Telefax: +49 (0) 461 - 812 - 4448
Internet: www.diako.de

Malteser St. Franziskus gGmbH
Dr. Claus-Jörg Wick
Waldstraße 17
D-24939 Flensburg

Telefon: + 49 (0) 461 - 816 - 0
Telefax: + 49 (0) 461 - 816 - 2012
Internet: www.malteser-franziskus.de

Center for Kvalitet
Jeanette Hounsgaard
P.V., Tuxensvej 5
DK-5500 Middelfart

Telefon: +45 63 48 40 55
Internet: www.centerforkvalitet.dk

Nyt Odense Universitets Hospital
Kløvervænget 16
Indgang 121
5000 Odense C

Telefon: +45 76 63 12 63
Internet:www.nytouh.dk

Psykatrien Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

Telefon: +45 76 63 10 00
Telefax: +45 76 63 20 00
Internet: www.fremtidenspsykiatri.dk

Fredericia Sygehus
Dronningensgade 97
7000 Fredericia

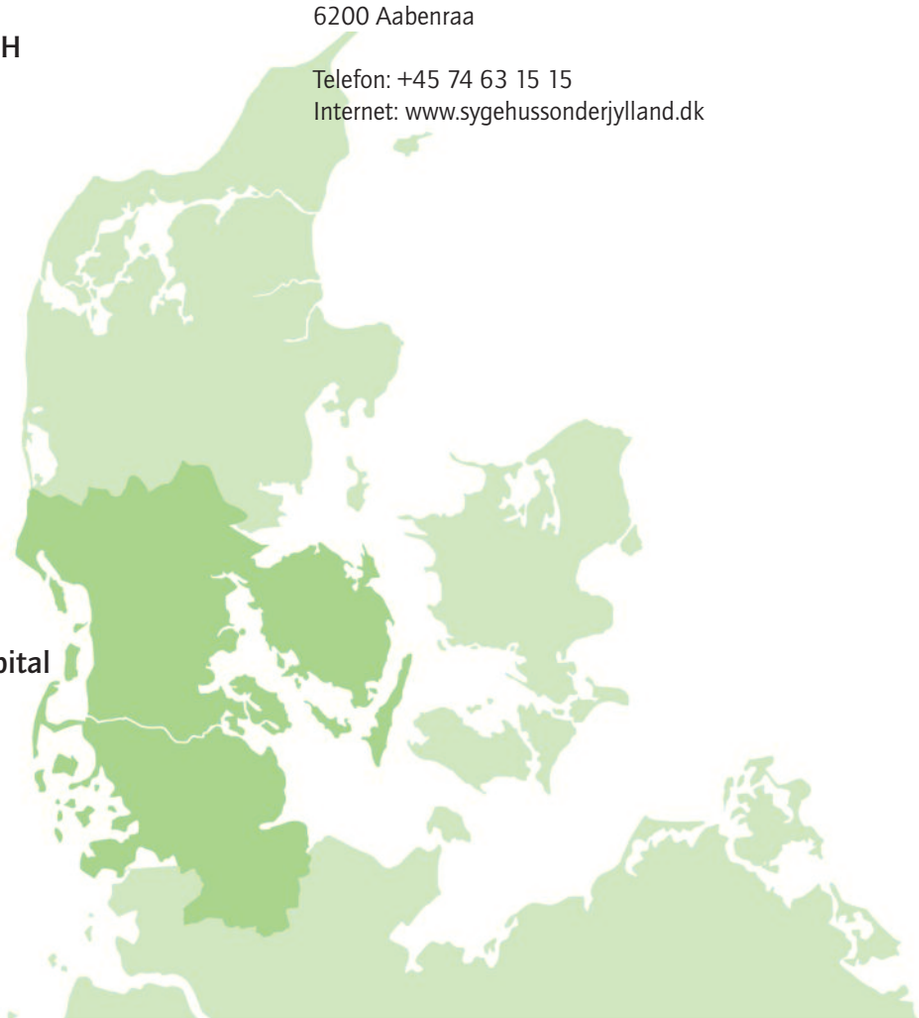
Telefon: +45 76 23 70 00
Internet: www.sygehuslillebaelt.dk

Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
Finsensgade 35
6700 Esbjerg

Telefon: +45 79 18 20 00
Internet: www.sydvestjysksygehus.dk

Sygehus Sønderjylland
Egelund 10
6200 Aabenraa

Telefon: +45 74 63 15 15
Internet: www.sygehussonderjylland.dk



Kolofon

Udgiver: Styringsgruppen for projektet „Styrkelse af patientsikkerheden mellem Tyskland og Danmark".

Medfinansieret af INTERREG 4 A-programmet Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. med midler fra Den Europæiske Fond for Regionaludvikling

Redaktion: Barbara Vehrs, Fachhochschule Flensburg
Grafik & Tryk: arebo design, Schacht-Audorf, www.arebo-design.de
Oplag: 500

Mai 2011

Alle rettigheder forbeholdes. Genoptryk, også af uddrag, må kun ske med udgiverens skriftlige tilladelse.
www.patientsafety-interreg.com

Impressum

Herausgeber: Lenkungsgruppe des Projekts „Stärkung der Patientensicherheit zwischen Dänemark und Deutschland".

Gefördert durch INTERREG 4 A Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. mit Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung

Redaktion: Barbara Vehrs, Fachhochschule Flensburg
Grafik & Druck: arebo design, Schacht-Audorf, www.arebo-design.de
Auflage: 500

Mai 2011

Alle Rechte vorbehalten, Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.
www.patientsafety-interreg.com

Imprint

Publisher: Steering Committee of the project "Strengthening patient safety between Denmark and Germany".

Co-financed by INTERREG 4 A Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N. with funds from the European regional development fund

Editorial office: Barbara Vehrs, University of Applied Sciences Flensburg
Design & Print: arebo design, Schacht-Audorf, www.arebo-design.de
Edition: 500

Mai 2011

All rights reserved. Reproduction only with written permission of the publisher.
www.patientsafety-interreg.com

Notater og ideer, Notizen und Ideen, Notes and ideas