

# MET-Frühwarnsystem

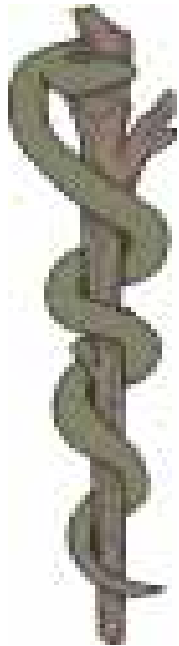
Ein Tool zur innerklinischen Qualitätssteigerung



Sicherheitskultur für kritisch kranke Patienten

Sabine Schneider, Austrian Resuscitation Council  
[www.arc.or.at](http://www.arc.or.at)

XIV.Innsbrucker Notfallsymposium 10.11.2006



Reanimation hat den Sinn den plötzlichen - den unerwarteten - Tod eines Menschen zu verhindern.

Es ist unethisch den natürlichen Sterbeprozess durch Wiederbelebensmaßnahmen zu verlängern.

**DNAR** (Do-not-attempt resuscitation) heißt **NICHT** den Patienten nicht zu behandeln!

# Was erwartet sich AUCH der innerklinische Notfallpatient

1. Die richtige Behandlung zum richtigen Zeitpunkt
2. Expertise (Wissen, Erfahrung, Können und Fertigkeiten)
3. Fürsorge (Aufmerksamkeit, Genauigkeit und Sorgfalt)
4. Einen Plan (auch für Notfälle)
5. Einen Reserveplan
6. Information und Transparenz
7. Glaubwürdigkeit (Ein System, das hält was es verspricht)

... und ein bisserl Freundlichkeit

**Strukturänderung!**

# Consensus on Science / Reanimationsguidelines

ILCOR 2005	<b>Introduction of a MET system for adult hospital in-patients should be considered</b> , with special attention to details of implementation(e.g. composition and availability of the team, calling criteria, education and awareness of hospital staff, and method of activation of the team)...
ERC 2005	<b>Das Krankenhaus sollte eine klar definierte Strategie für akut erkrankte bzw. sich akut verschlechternde Patienten haben. Hierbei kann es sich um ein Notfallteam oder speziell ausgebildetes Intensivpflegepersonal* handeln</b> , welches bei Vorliegen bestimmter Parameter alarmiert wird und die Patienten entsprechend behandelt. Dieser Service muss rund um die Uhr verfügbar sein...  *Anm.: nur Intensivpflegepersonal ist in Österreich aufgrund der Gesetzeslage nicht möglich
AHA 2005	<b>Introduction of a MET system for adult in-hospital patients should be considered</b> , with special attention to details of implementation (eg, composition and availability of the team, calling criteria, education and awareness of hospital staff, and method of team activation)...

# MET = Medical Emergency Team Konzept

- **Systemansatz** zur frühzeitigen Detektion und frühzeitigen adäquaten notfallmedizinischen Versorgung von kritisch kranken Patienten auf normalen Bettenstationen.  
**Gemeinsames Ziel ist die Prävention eines potentiellen unerwarteten Kreislaufstillstandes**
- „organisiertes“ intensivmed./notfallmed. Konsiliarteam (MET)
- interprofessionelles und interdisziplinäres Notfallmanagementleiterteam (Fortbildung, Ressourcenbereitstellung, Analyse, Feedback)
- Qualitätsmanagement, Schwerpunkt „lernendes“ Risikomanagement



Foto: Österr. Luftraumüberwachung

**Screening**  
+  
**Detektion**  
+  
**Alarmierung**  
+  
**Konferenz**

# Wer braucht MET-Sicherheitskonzept?

1. **Patienten auf normalen Bettenstationen/Ambulanzen, die kritisch krank sind**
2. **Besucher und Mitarbeiter, die einen plötzlichen medizinischen Notfall erleiden**

## **Critical Illness:**

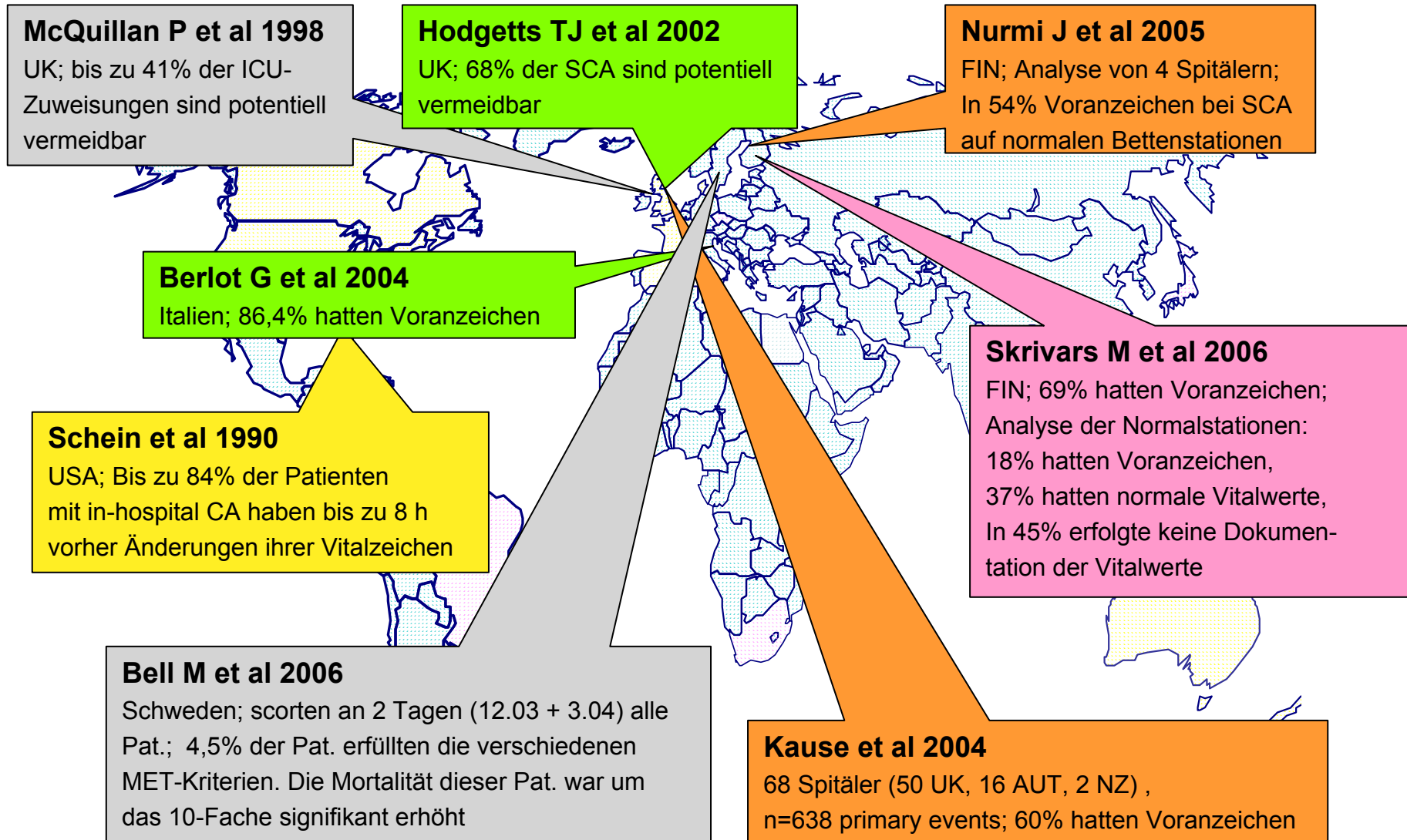
bezeichnet eine Erkrankung oder einen Zustand in dem der Tod des Patienten möglich ist oder unmittelbar droht. (1992)

- Lebensbedrohliche Verschlechterung in den nächsten Stunden ist wahrscheinlich
- Drohender Atem-/Kreislaufstillstand
- Überwachung ist erforderlich
- Evtl. Aufnahme an eine Intensivstation oder Intermediate Care

„Sie sehen, aber Sie beobachten  
nicht, Watson!“



# Prodromi - plötzlicher SCA



# Weniger Leid und bessere Versorgung

## Weniger Systemkosten (?)

- **Jones et al 2005:** Erste Langzeitstudie (4 Jahre)  
Vor MET-Früherkennungskonzept 4,06 SCA/1000 Patientenaufnahmen; während 1-jähriger Einschulungsphase 2,45/1000; nach 4 Jahren MET nur noch 1,9 SCA/1000 Aufnahmen. Dosis-Wirkungsbeziehung: pro 17 MET-Anrufe wurde 1 SCA verhindert.
- **Hillman et al 2005 (MERIT-Studie):** Cluster-randomisierte kontrollierte Studie; 23 Spitäler (11 CAT, 12 MET); **Bei kombinierter Auswertung sank die Inzidenz der unerwarteten Todesfälle und der unerwünschten Ereignisse in allen Spitälern signifikant.** Keine signifikanten Unterschiede gab es jedoch bei den Einzelauswertungen.
- **Bellomo et al 2003 und 2004:** Vor MET-Präventionskonzept (mit CAT) 3 SCA/1000 Aufnahmen, nach MET-Einführung 1,1 SCA/1000 Patientenaufnahmen. Gleichzeitig sanken sowohl die Belegtage auf ICUs bei überlebtem SCA, als auch die gesamten Spitalsaufenthaltsstage signifikant. Im post-op Kollektiv (2004) sanken Raten an unerwünschten Ereignissen, als auch an post-op Todesfällen signifikant. Gleichzeitig konnten die Notfalltransferierungen an die Intensivstation, sowie die Dauer des KH-Aufenthaltes nach größeren chirurgischen Eingriffen reduziert werden.
- **Priestley et al 2004:** randomisierte, kontrollierte Studie; durch Critical Care Outreach Intervention konnte die in-hospital Mortalität, im Vergleich zur Kontrollgruppe, signifikant gesenkt werden.
- **Ball et al 2003:** Implementierung des Critical Care Outreach Service verbesserte das Überleben von Intensivpatienten um 6,8%. Die Rate der Re-Intensivtransfers sank um 6,4%.
- **Pittard et al 2003:** signifikant weniger ungeplante Intensivzuweisungen
- **McQuillan et al 1998:** Bis zu 41% der Intensivzuweisungen sind potentiell vermeidbar.

# Reanimationssituation in den österreichischen Krankenanstalten 2003

## Gibt es einheitliche Alarmkriterien?

**JA:** 52,6 % (n = 60) der 114 KA, obwohl nicht alle ein organisiertes NF-Team haben

## Welche?

n = 60 KA mit Alarmkriterien

Medizinische:	58,3 % (n = 35)
Technische:	40 % (n = 24)
keine angegeben.:	1,7 % (n = 1)

n = 67 KA mit org. Alarmteam (58,8%)

Medizinische:	40,3 % (n = 27)
Technische:	22,4 % (n = 15)
keine angegeben.:	1,5 % (n = 1)
keine Kriterien:	35,8 % (n = 24)

# Medizinisches Notfall Team

## ALARMIERUNGSKRITERIEN

für Erwachsene

Bei **akuten** Veränderungen des klinischen Zustandsbildes:

<b>Atemwege:</b>	• Gefahr einer Atemwegsverlegung
<b>Atmung:</b>	• <b>Atemstillstand</b> • Atemfrequenz < 5 /min • Atemfrequenz > 36 /min
<b>Kreislauf:</b>	• <b>Kreislaufstillstand</b> • Pulsfrequenz < 40 /min • Pulsfrequenz > 140 /min • Systolischer Blutdruck < 90 mmHg
<b>Neurologie:</b>	• Plötzlich eintretende Bewusstseinsbeeinträchtigung • Wiederholte oder länger dauernde zerebrale Krampfanfälle
<b>Weiters:</b>	• Jede(r) Patient(in), um den (die) Sie akut besorgt sind

**NOTRUFNUMMER:**

Melden Sie: **WER** ruft an  
**WO** ist es passiert  
**WAS** ist passiert

Begeben Sie sich zum Patienten und leisten Sie Erste Hilfe  
bis zum Eintreffen des Notfallteams!

- ARC Empfehlung  
Poster unter [www.arc.or.at](http://www.arc.or.at)
- **Lokale NF-Nummer eintragen!**  
(dafür Dokument mit Acrobat Reader öffnen)
- MET-System:
  - MET-Alarmkriterien sind KEINE Diagnosen, sondern die Beurteilung eines klinischen Zustandsbildes
  - Zustimmung der Kollegialen Führung erforderlich!

# Inzidenz plötzlicher Kreislaufstillstand - intramural

		CPR/Jahr	CPR- Rate/Bett/Jahr	SCA/1000 Aufnahmen
2006	<b>Gombotz H et al</b> , AKH Linz	119,72	0,119	2,39
2005	<b>Jones D et al</b> ; Langzeitstudie vor MET-Einführung während MET-Schulung 4 Jahre nach MET-Implementierung			4,06 2,45 1,9
2005	<b>Hillman KM et al</b> (MERIT-Studie, 23 KH) Spitäler mit CAT vor Studienbeginn Spitäler mit CAT zu Studienende Spitäler mit MET vor Studienbeginn Spitäler mit MET zu Studienende			2,6 1,6 1,6 1,3
2004	<b>Kenward G et al</b> vor MET-Einführung 1 Jahr nach MET-Implementierung			2,6 2,4
2004	<b>DeVita MA et al</b> vor MET-Einführung nach MET-Implementierung (= minus 17%)			6,5 5,4
2003	<b>Peberdy MA et al</b> (NRCPR Registry, 207 KH) in Lehrkrankenhäusern 0,17/Bett/Jahr in anderen Spitälern 0,18/Bett/Jahr		0,174 + 0,087	
2003	<b>Bellomo R et al</b> vor MET-Einführung (mit CAT) nach MET-Implementierung			3 1,1
2002	<b>Buist MD et al</b> vor MET-Einführung (kein CAT) nach MET-Implementierung			3,77 2,05
2002	<b>Hodgetts TJ et al</b> allgemeine SCA Rate exkl. DNAR bei Exklusion der SCA in Notfallaufnahme			3,8 3,3
2000	<b>Bristow PJ et al</b> Spital mit MET-Team 2 Spitäler mit CAT			3,3 5,1
1999	<b>Skogvoll E et al</b>			1,31

# Innerklinische Reanimationen

Lebend entlassen - Publikationen Österreich 1995-2006

	Jahr	Anzahl Patienten	Lebend entlassen (%) - Gesamt
Valentin A et al	1995	253	20
Schneider S et al	1996	236	21
Gombotz H et al	2006	439	28

## International - *innerklinisch*

Peberdy et al 2003, USA, NRCPR-Register, 14270 in-hospital CA → 17% lebend entlassen

Gwinnutt et al 2000, UK → 17,6%

Skogvoll et al 1999, Norwegen → 17%

Überleben nach **außerklinischem** KL-Stillstand

Eisenberg et al 1990: 29 Städte untersucht; Überlebensraten variieren von 2 - 25%

Stiell et al 2004: 17 Städte; Überlebensrate 5%

# Erst-Rhythmus und „lebend entlassen“ Österreich

	Jahr	Anzahl Pat.	Lebend er (%)	Anzahl non-VF Pat.	Lebend er (%)
Valentin A et al	1995	80	26	100	12
Schneider S et al	1996	104	36	118	7
Gombotz H et al	2006	73	47	366	25
Nadkarni V et al	2006	8361	23	24987	11

## International - *innerklinisch*

**Nadkarni V et al 2006**; NRCPR-Register, 253 Spitäler in US + Canada  
 Reanimationen bei Erwachsenen; 36902 in-hospital CA → 18% lebend entlassen.  
 Grund für hohe Prävalenz von Asy und PEA beim in-hospital SCA: Progredientes respiratorisches Versagen bzw. Schock

# Dimension in-hospital CPR in Österreich

## Übersicht der österreichischen Krankenanstalten 2005

		Anzahl Krankenhäuser	tatsächlich aufgest. Betten	stationäre Patienten
Akutversorgung	Allgemeinversorgung	133	44.071	2.253.672
	Spezialversorgung	55	9.027	264.585
	<b>Summe</b>	<b>188</b>	<b>53.098</b>	<b>2.518.257</b>
Nicht-Akutversorgung	Allgemeinversorgung	0	0	0
	Spezialversorgung	76	10.370	100.350
	<b>Summe</b>	<b>76</b>	<b>10.370</b>	<b>100.350</b>
Österreich gesamt	Allgemeinversorgung	133	44.071	2.253.672
	Spezialversorgung	131	19.397	364.935
	<b>Summe</b>	<b>264</b>	<b>63.468</b>	<b>2.618.607</b>

Quelle: BMGF, 21.9.06

AKH Linz, IHCA-AED-Studie 2006:  
1000 Betten, > 50000 Aufnahmen/Jahr

2,3944 Reanimationen/1000 Patientenaufnahmen  
0,11972 Reanimationen pro Bett pro Jahr

Hochgerechnet auf die Akut-Spitäler:  
auf alle Krankenanstalten:

6030 CPR-Patienten pro Jahr (2,3944 x 2518257:1000)  
**6270 CPR-Patienten pro Jahr**

# Innerklinischer Kreislaufstillstand - Aussagekraft der ICD-10 Codierung?

Bundesland	Herzstillstand <b>erfolgreich</b> Reanimation ICD-10: I 46.1	Plötzlicher Herz ICD-10: I 46.7	Herzstillstand nicht näher bezeichnet ICD-10: I 46.0	Atemstillstand, Herz-Lungen- Versagen ICD-10: R 09.0
Burgenland	10	5	7	2
Kärnten	36	8	75	39
NÖ	52	18	76	5
OÖ	36	15	39	5
Salzburg	14	3	7	3
Steiermark	25	8	56	13
Tirol	15	2	26	6
Vorarlberg	12	2	13	2
Wien	59	15	158	10
Österreich 2004	<b>259</b>	<b>76</b>	<b>457</b>	<b>85</b>
Gesamt CA		<b>618</b>		

Quelle: Statistik Austria, 9.06

# Reanimationssituation in den österreichischen Krankenanstalten 2003

n = 114

## Dokumentation, Ergebnisse

- **38,6 %** (n = 44) dokumentieren einen HA/NF-Einsatz auf einem speziellen (von uns nicht näher definierten) Formular
- 12,3 % (n = 14) werten ihre Reanimationsdaten zumindest teilweise aus
- 12,3 % (n = 14) KA steht eine EDV-Einsatzdokumentation zur Verfügung (jedoch nur 6 KA mit EDV werten ihre Einsätze aus)

## Wie viele reanimierte Patienten werden lebend entlassen?

- **82,4 %** (n = 94) von allen KA ist dies **nicht bekannt**
- 4 KA können genaue Angaben machen
- 16 KA „schätzen“ zwischen 0 - 100 %

Appendix A. MET call record form

# MET-Einsatzprotokoll 2006

Resuscitation (2006) 68, 11–25



ELSEVIER

www.elsevier.com/locate/resuscitation

RESUSCITATION

GUIDELINES PAPER

## Guidelines for the uniform reporting of data for Medical Emergency Teams<sup>☆</sup>

Michelle Cretikos<sup>a,b</sup>, Michael Parr<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Ken Hillman<sup>a,b,c,d</sup>, Gillian Bishop<sup>c</sup>, Daniel Brown<sup>b</sup>, Kathy Daffurn<sup>a,b,c</sup>, Hanh Dinh<sup>d</sup>, Nevenka Francis<sup>c,d</sup>, Tracy Heath<sup>d</sup>, Grant Hill<sup>d</sup>, Jeff Murphy<sup>d</sup>, David Sanchez<sup>d</sup>, Nancy Santiano<sup>b,d</sup>, Lis Young<sup>a,b,d</sup>

<sup>a</sup> University of New South Wales, NSW, Australia  
<sup>b</sup> Simpson Centre for Health Services Research, Australia  
<sup>c</sup> Intensive Care Unit, Liverpool Hospital, Locked Bag 7103, NSW 1871, Sydney, Australia  
<sup>d</sup> Sydney South West Area Health Service MET Steering Committee, Sydney, Australia

SSWAHS Medical Emergency Team Call Record			
Affix ID Label Here		MRN	ATTENDING TEAM LEADER
Surname		Given Names	
Address – Street		Suburb	Postcode
Date of Birth	Sex	AMO	
Hospital Name		Ward	
Date of Admission		Time of Admission	
Date of MET Call		Time of Call	
Time MET Arrived		Time of Return	
Primary Reason for MET Call as stated by staff member that made the call (tick one only)		Admission Diagnosis	
<input type="checkbox"/> Airway Threatened <input type="checkbox"/> Respiratory Arrest <input type="checkbox"/> RR <5 <input type="checkbox"/> RR >36 <input type="checkbox"/> Cardiac Arrest <input type="checkbox"/> PPR >140 <input type="checkbox"/> Worsied		<input type="checkbox"/> PR <40 <input type="checkbox"/> BP <90 <input type="checkbox"/> GCS >2 <input type="checkbox"/> Rpt/prolonged seizure	
Observations at time of arrival		MET Call Outcomes	
RR	SpO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> Transferred to ED <input type="checkbox"/> Transferred to ICU/HDU <input type="checkbox"/> Transferred to another hospital (specify)	
Pulse	Other (e.g. BGL)	<input type="checkbox"/> Left on Ward <input type="checkbox"/> Died	
BP		<input type="checkbox"/> AMO notified by whom <input type="checkbox"/> NFMET order suggested by MET <input type="checkbox"/> NFMET order documented by MET <input type="checkbox"/> DNAR order suggested by MET <input type="checkbox"/> DNAR documented by MET	
GCS		<input type="checkbox"/> Other (specify)	
Interventions		Comments/Issues	
<input type="checkbox"/> Oxygen Flow <input type="checkbox"/> Monitor/Rhythm <input type="checkbox"/> IV fluid <input type="checkbox"/> Blood test <input type="checkbox"/> Drug treatment <input type="checkbox"/> Defibrillation <input type="checkbox"/> Bag/Mask <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> Tracheostomy care <input type="checkbox"/> Other		<input type="checkbox"/> Has a pre-existing NFMET/ DNAR order	

# Was machen die anderen?

- **Australien 2006: „Safer Systems - Saving Lives“**  
Start Jänner 2006; Implementing a **Rapid Response System**; gleiche Interventionen wie USA;  
Victorian Government Department of Human Services, Melbourne Victoria, [www.health.vic.gov.au/sssl](http://www.health.vic.gov.au/sssl)
- **USA 2005: „100 000 lives Campaign“**  
*plan to save 100 000 lives from January 1, 2005 - June 14, 2006... and every year after;*  
*3103 Spitäler haben teilgenommen, 122 342 Leben wurden gerettet;*  
*6 Interventionen: u.a. The creation of **Rapid Response Teams to intercept unexpected deterioration of inpatients**; Preventing adverse drug events, improving care for acute myocardial infarction, etc.; Institute for Health Care Improvement (IHI), [www.ihl.org](http://www.ihl.org)*
- **UK 2005: „Quality in Critical Care - Beyond Comprehensive Critical Care“**  
**Develop 24/7 outreach services that include the following components ...**  
2000: „Comprehensive Critical Care“, Umfassende Strategie, erste Empfehlung zur Implementierung von Critical Care Outreach Services; Department of Health, [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)
- Ähnliche Kampagnen in Canada ([www.improvementassociates.com](http://www.improvementassociates.com)), Schweden, Dänemark



**Piotr Mierzewski,**

DG III Social Cohesion, Health Department, Council of Europe, Strasbourg  
„Health for all? Human rights for All! Patient safety for ALL“!!

## **Recommendation: Prerequisites**

- **Patient safety recognised as the foundation of good quality and the basic right of everybody!**
- **A system-based approach**
- **A coherent and comprehensive policy framework**
- **Creating a culture of safety – no blame, open and fair**
- **Admittance of human fallibility**
- **Reporting to learn from errors and act upon it**
- **Education is a key**
- **Patient empowerment**
- **International cooperation is a must**
- **Not a luxury for the rich, but a must for all!**

**Patient safety as a cornerstone for solidarity with patients...**





# COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS

## **Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care**

*(Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006  
at the 965th meeting of the Ministers' Deputies)*

The Committee of Ministers, under the terms of Article 15.b of the Statute of the Council of Europe,

Considering that the aim of the Council of Europe is to achieve a greater unity between its members and that this aim may be pursued in particular by the adoption of common rules in the health field;

Considering that access to **safe health care is the basic right of every citizen** in all member states;

Recognising that although error is inherent in all fields of human activity, it is however possible **to learn from mistakes and to prevent their reoccurrence** and that health-care providers and organisations that have achieved a high level of safety have the capacity to acknowledge errors and learn from them;

.....

Considering that the methodology for the development and implementation of patient-safety policies crosses national boundaries and that their **evaluation requires substantial resources and expertise and should be shared**;

Noting the relevance of the **World Health Organisation (WHO) NHealth for All** targets for the European Region (target 2) and of its policy documents on improving health and quality of life and having regard to its **Health Assembly Resolution 55.18 (2002) on NQuality of care: patient safety**, which recognises the need to promote patient safety as a fundamental principle of all health systems;

Considering that patient safety is the underpinning philosophy of quality improvement and that all possible measures should therefore be taken to organise and promote patient-safety education and quality of health-care education;

Considering that the **same principles of patient safety apply equally** to primary, secondary and tertiary care and to all health professions as well as to health promotion, **prevention, diagnosis, treatment**, rehabilitation, and other aspects of health care;

✓ von Österreich  
unterzeichnet

I



# COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS

## Recommendation Rec(2006)7

### of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care

*Appendix to Recommendation Rec(2006)7*

#### A. Prerequisites

1. In developing patient-safety strategies, governments should take a proactive, preventive and systematic attitude.
2. Patient safety should be recognised as the necessary foundation of quality health care, and should be based on a **preventive attitude and systematic analysis and feedback** from different reporting systems.  
The patient-safety strategy should become an integral component of the overall continuing quality-improvement programme (Recommendation No. R (97) 17 on the development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care). **Investment in patient safety, as in quality improvement, should be considered as economically sound and good value for money.**
3. A system-based approach presupposes the **systematic design of safe structures, procedures and processes**, together with corrective reactions in response to safety incidents. It is accepted that errors are a consequence of normal human fallibility and/or deficiencies of the system; these could be prevented by improving the conditions in which humans work.
5. **Patient safety is dependent on many factors, including: an adequate level of resources; sufficient financing; an appropriate number of well-trained staff; appropriate buildings; use of high-quality material, technical equipment and medicines;** the establishment of standard diagnostic and therapeutic procedures (clinical practice guidelines); a clear division of tasks and responsibilities; appropriate and smooth connections between processes; proper information systems; **accurate documentation and good communication** between health-care professionals and teams, patients and informal caregivers. The creation of suitable working conditions and atmosphere through: correct work organisation, the reduction of stress and tension; **It includes prevention of causes contributing to (near) incidents and errors**, such as: time-pressure on health-care providers (leading to insufficient time to communicate properly among professionals and with patients and other informal caregivers); frequent handing over of patients from one health-care professional to another (which leads to poor communication and errors related to poor transfer of information); shortage of staff; pressure on health-care professionals to quickly discharge a patient from hospital; intrusion of commercial elements in health care and side-effects of competing commercial insurance companies.




# COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS

## Recommendation Rec(2006)7

### of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care

#### K. Implementation of the patient-safety policy

A successful implementation of the patient-safety policy requires concerted activities of all stakeholders, and in particular:

- a. health-care staff involvement from the very beginning, starting with the development of a patient-safety strategy;
- b. prompt feedback to all health-care professionals and patients involved in a patient-safety incident at the local level;
- c. putting emphasis on the development of a simple, non-bureaucratic safety enhancement system;
- d. incorporate health-care organisations, patient safety starts at the top; the reform management should offer leadership and support and implement a learning organisation, to assess the contribution of professionals;
- e. raising citizens' awareness through information for, and involvement of, citizens in patient-safety issues;
- f. informing the public of results achieved by patient-safety actions (transparency);
- g. obligation for health-care units to report on the implementation of patient-safety measures;
- h. adjusting, if necessary, existing systems of care by medical, economic, legal and political measures to improve patient safety;
- i. continuous quantitative assessment of the patient-safety policy at national and, where available, international level. It should be reported back in due time to enable the future updating of the policies inspired by the recommendation as well as the text of the recommendation itself;
-  j. **the implementation of patient-safety policies should not be conditioned or inhibited by financial considerations.** The safety of medication and interventions is the essential feature of health-care provision and its cost should be included in the general budget, instead of being covered by special tariffs and reimbursement schemes. Health-care providers should receive an adequate payment through normal channels, for their quality services;
- k. member states can decide upon financing of research projects according to their perceived needs and established priorities.



# World Health Organization

59th World Health Assembly  
Provisional agenda item 11.16; 4 May 2006

## **Patient safety**

Report by the Secretariat

.....

11. .... **The most important component of patient-safety knowledge is how to prevent harm to the patients.....**

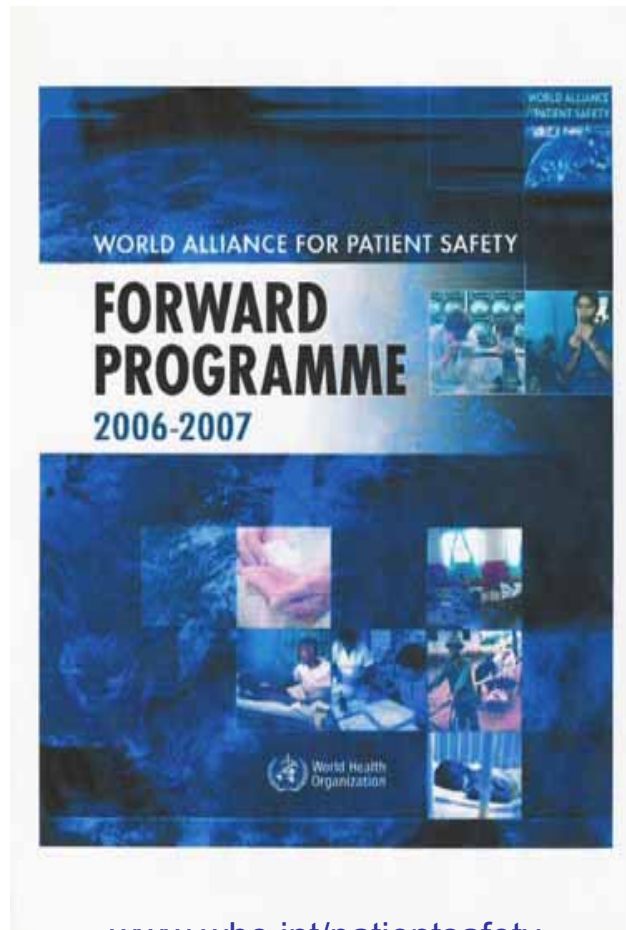
New areas of work planned for 2006 and 2007 include:

**Patient safety and the care of acutely ill patients, including support for an emerging international collaborative network**



# WHO World Alliance for Patient Safety

## Patient Safety and the care of acutely ill patients



[www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)  
„New Documents“

„The care of acutely ill and emergency patients is a central component of many health services, but often fails to be recognized as such because the treatment is delivered by separate medical specialities, each focusing on elective treatment.

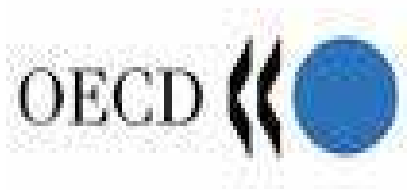
Rapidly changing acute diseases can become life-threatening if they are not treated promptly and appropriately. Risks of error in this context are increased by discontinuities and gaps in care caused by service pressures, shift work and staffing constraints.“

### **Geplant für 2006-2007:**

WHO Meeting mit der International Partnership for Acute Care Safety

### **Ziel:**

Identifizierung der Sicherheitsprioritäten und Entwicklung eines Aktionsplanes



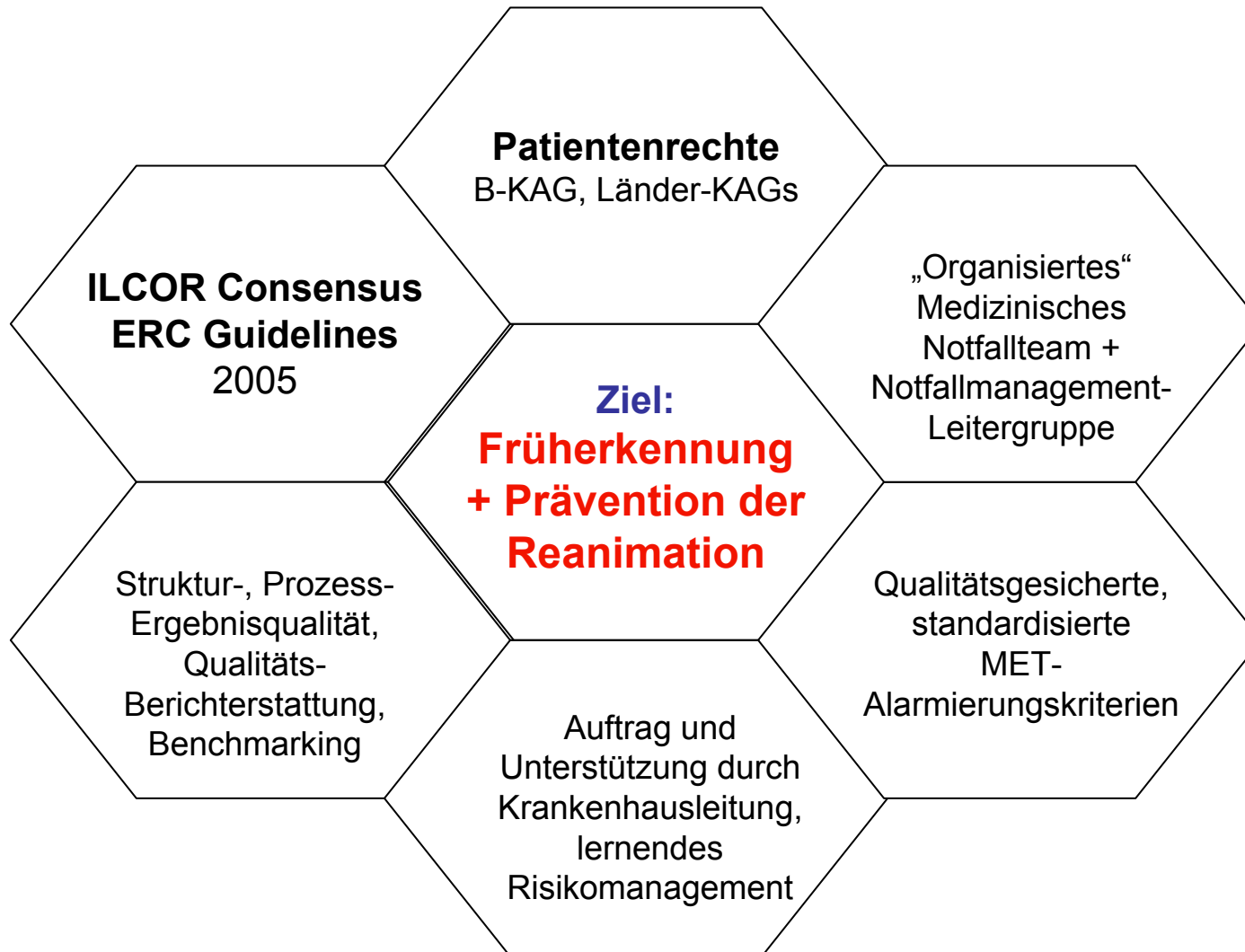
## Meeting of OECD Health Ministers May 2004, Paris

Better health through prevention and high quality care:

- **Ensuring delivery of the right type of care at the right moment ...**
- Many OECD countries now monitor indicators of the health care quality, but their efforts can be strengthened by investments in tools like clinical practice guidelines and performance standards that promote the practice of evidence-based medicine.

# MET-Sicherheitsnetzkomponenten

Für kritisch kranke Patienten zählt **ausschließlich** die Ergebnisqualität



# Danke

**Bundesministerium für Gesundheit und Frauen:**

Dr.Maria Woschitz-Merkač (CoE Health Committee, EU) und Veronika Plank;  
Werner Bohuslav

**AKH Linz:**

Intensiv-DGKS Birgit Weh et al

**Statistik Austria:**

Mag.Peter Bayer

**Österreichische Luftraumüberwachung:**

Roland Hafner

Weitere Infos + Downloads:

[www.arc.or.at](http://www.arc.or.at)