

# Vom Gesetz zur Praxis Patientensicherheitsarbeit in Dänemark

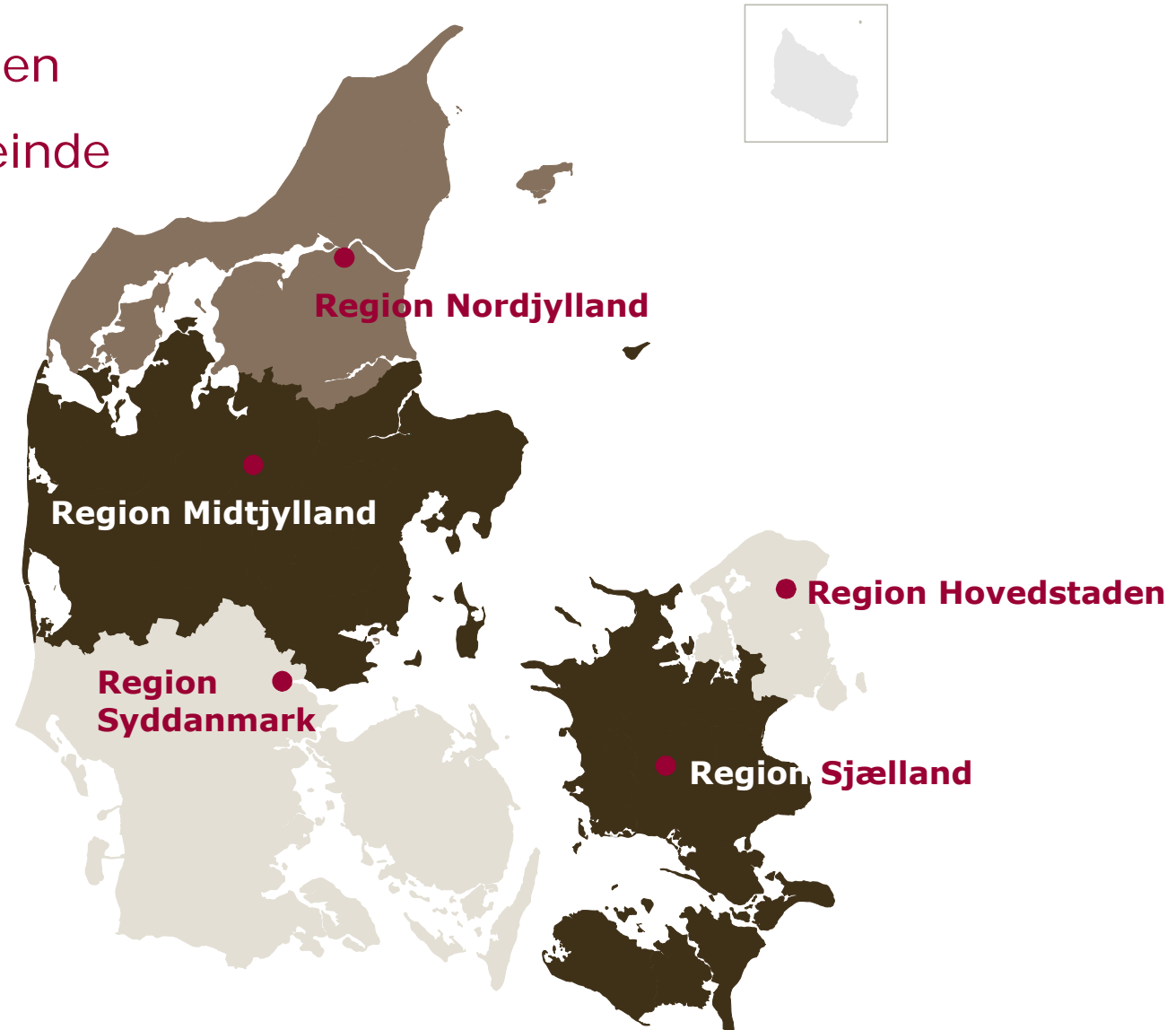
---

MHSc Solvejg Kristensen ❖ Senior Consultant  
Unit for Clinical Quality and Patient Safety ❖ Central Denmark Region  
Contact information: solkri@rm.dk

# Dänemark

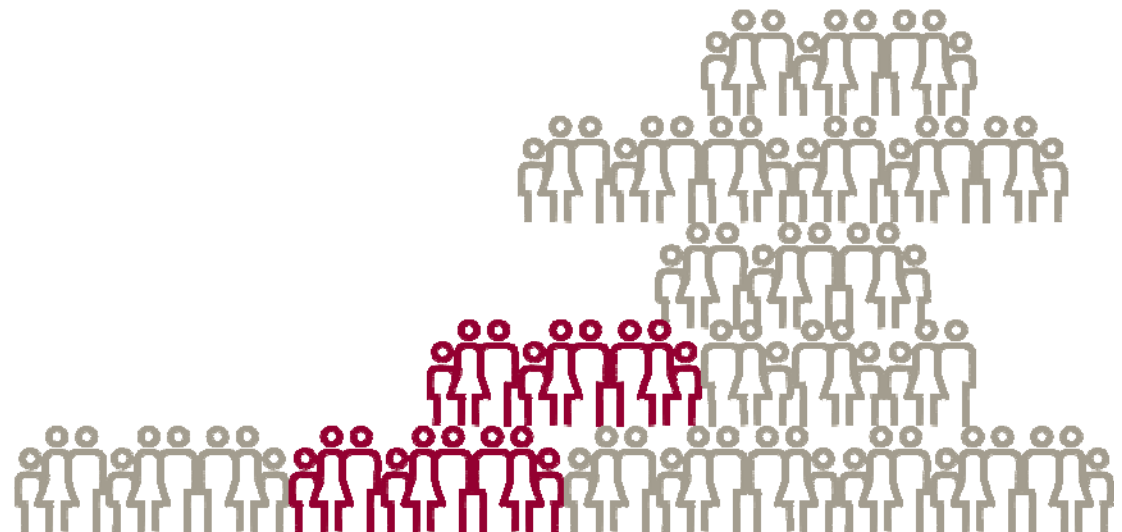
5 Regionen

98 Gemeinde

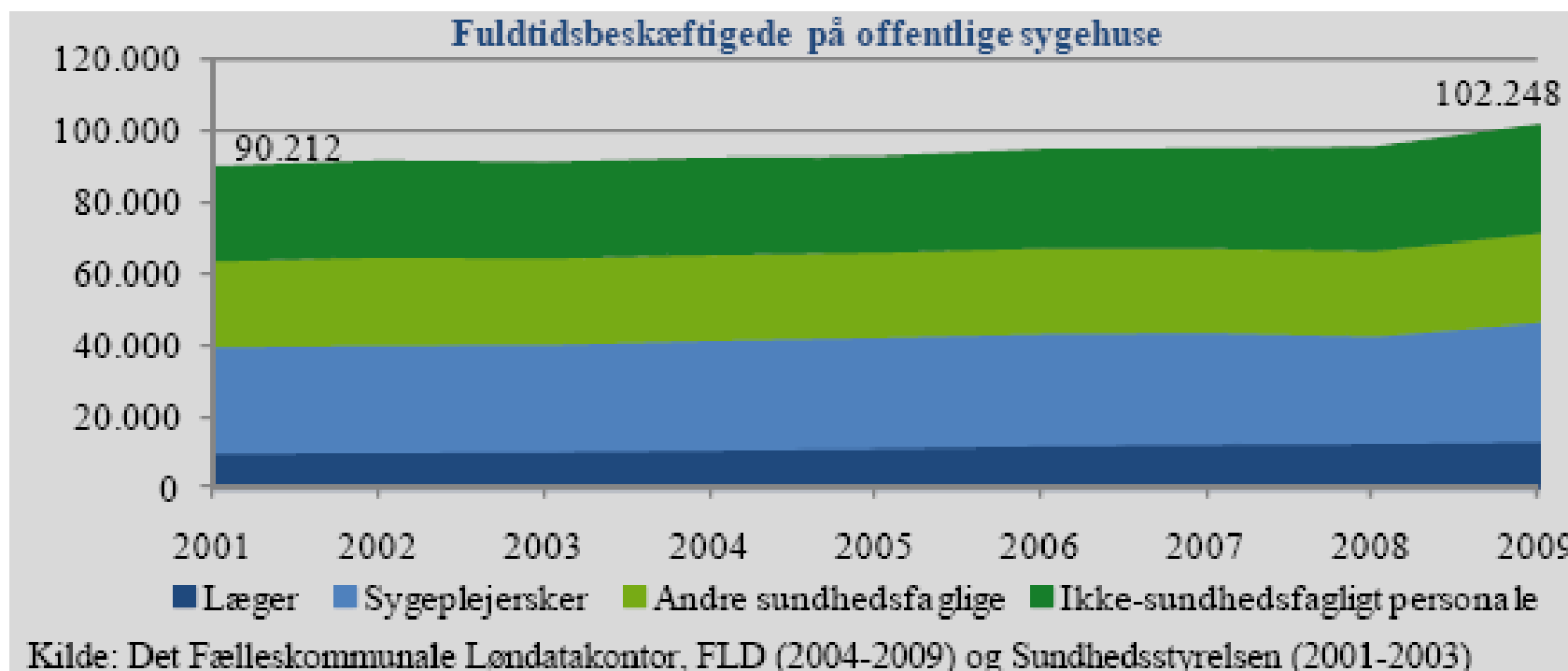


# Demographie - 2010

- Bevölkerung: 5.5 mio.
- Krankenhäuser: 68
- Anzahl Betten; 18.303
- 3,6 Ärzte per 1.000 Einwohner (2005)
- 7,7 KrankenpflegerInnen per 1.000 Einwohner (2005)

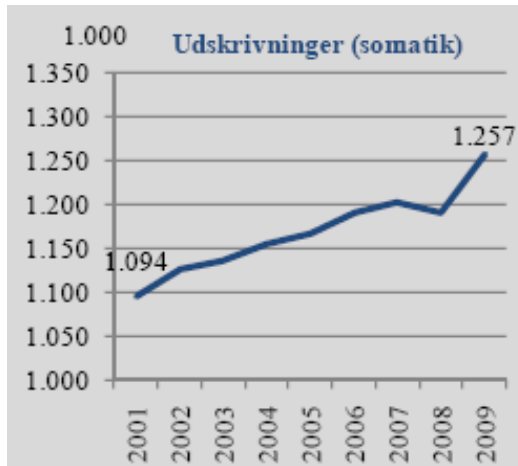


# Anzahl der Vollzeitbeschäftigten



Die Zunahme vom 2001-2009 beträgt 13%

# Produktivität



Kilde: Sundhedsstyrelsen



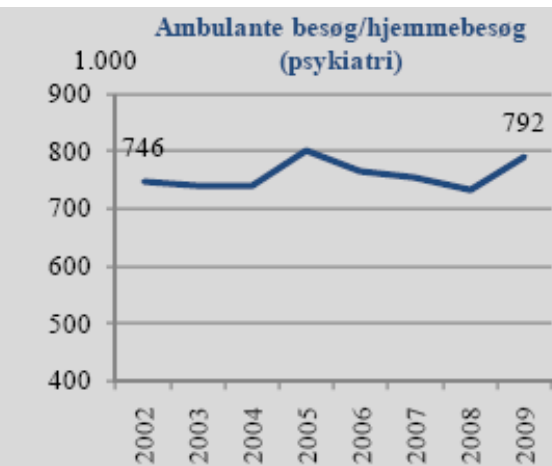
Kilde: Sundhedsstyrelsen

## Somatik

Der Anstieg von 2001-2009 beträgt 25% beziehungsweise 34%



Kilde: Sundhedsstyrelsen.



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

## Psykietrie

Der Anstieg von 2001-2009 beträgt 12% beziehungsweise 6%

# Verantwortung und Aufgaben der Regionen

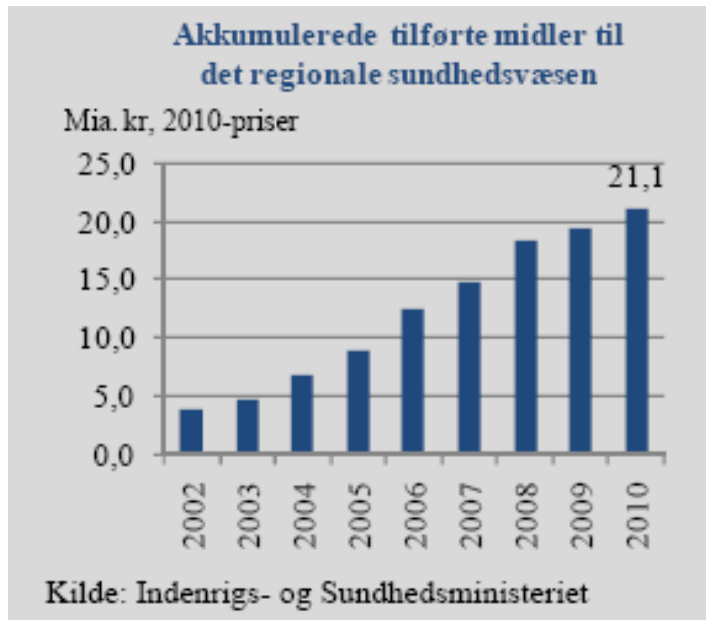
Die Regionen müssen eigenständig das Gesundheitswesen betreiben und weiter entwickeln und die beste und neueste Behandlung anbieten

Aufgaben (im Auszug):

- Krankenhäuser
- Prähospital
- Öffentliche Krankenversicherung
- Medizin Bezuschussung
- Forschung und Entwicklung

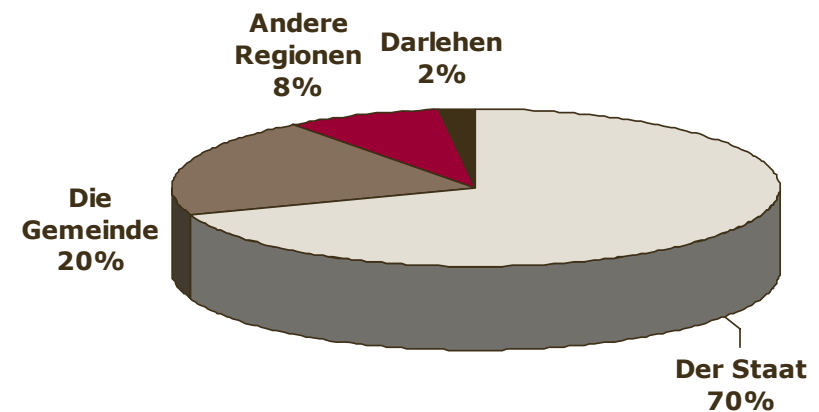


# Die Finanzierung



Mit Einbeschlossen sind: der Verbrauch der Krankenhäuser, der freien Praxen (Fachärzte, Physiotherapeuten ect.) und der Medizin Bezuschussung

Der Anstieg von 2001-2008 beträgt 427%



Die Regionen können kein Steuern eintreiben.

Das Geld für die Aktivitäten im Gesundheitsbereich kommt hauptsächlich von dem Staat und den Gemeinden, in Form von regelmäßigen und festen Zuschüssen, die von den Aktivitäten und Tarifen abhängig sind.

# Wie oft passieren Fehler?

(Krankenhäuser)

STUDIE	JAHR	ANZAHL	FREQUENZ
Harvard Study, Leape	1991	30000	4%
Australien, McWilson	1994	14000	17%
Colorado/Utah, Thomas	1999	14000	3%
UK Pilotstudie, Vincent	2000	1000	12%
Neu Seeland	2001	-	13%
<b>Dänemark, Schioler</b>	<b>2001</b>	<b>1000</b>	<b>9%</b>
Kanadische Pilotstudie	2004	-	8%

# Am Anfang waren.....

# ...gemeinsame

Visionen und Missionen



# Interessenten



# Die Geschichte

- Die Ergebnisse von den Studien in den USA und Australien wurden auf dänischen Verhältnisse übertragen – Sie wiesen auf etwa 5.000 jährliche unnötige Todesfälle hin
- Im Jahr 2000 wurde laut einer öffentlichen Anhörung dargestellt, dass in Dänemark jährlich 5.000 Menschen als Folge von Fehlern und Komplikationen unnötig sterben. In Folge dessen kam die Patientensicherheit auf die öffentliche Gesundheitsagenda und es wurden dänische Studien bzgl. der Häufigkeit der Fehler und Patientensicherheitskultur eingeleitet
- In 2004 tritt geltend für alle Krankenhäuser das Gesetz der Patientensicherheit in Kraft
- Auf Grund der Erfahrung der Krankenhäuser wurde das Gesetz erweitert. Ab September 2010 gilt es für das ganze Gesundheitswesen

## Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:  
Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

# Das Gesetz

LBK nr 913 vom 13/07/2010  
BEK nr 925 vom 14/07/2010  
VEJ nr 67 vom 14/07/2010

### Kapitel 1

*Formål, anvendelsesområde, definitioner m.v.*

§ 1. Loven har til formål at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet. Loven finder anvendelse på rapportering af utilsigtede hændelser, som forekommer i forbindelse med behandling af patienter i sygehusvæsenet, jf. dog stk. 2.

*Stk. 2.* Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler for inddragelse af den primære sundhedssektor, herunder privatpraktiserende sundhedspersoner, under lovens område. Ministeren kan fastsætte afvigelser fra lovens bestemmelser, som særlige forhold i den primære sundhedssektor måtte begrunde.

- § Das jetzige Gesetz zielt darauf hin, die Sicherheit der Patienten in Dänemark zu verbessern. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Verbesserung der Patientensicherheit in den Übergängen zwischen den einzelnen Sektoren
- § Das Gesetz schreibt vor dass autorisiertes Personal des Gesundheitswesens unerwünschte Ereignisse/Fehler die im Zusammenhang mit Untersuchung, Diagnostik, Behandlung, Geburtshilfe, Rehabilitation, Gesundheit und Prävention und Gesundheitsförderung geschehen berichtet



## Durch das Gesetz festgelegte Verpflichtungen

- Autorisiertes Personal muss Fehler berichten
- Regionen und Gemeinden müssen die Berichte der Fehler entgegennehmen, registrieren und analysieren
- Die zentrale Administration (Gesundheitsamt/ Patientombud) muss ein vertrauliches (Confidential vs. Anonymous) Fehlerberichts- und Lernsystem zur Verfügung stellen und das Erlernete vermitteln

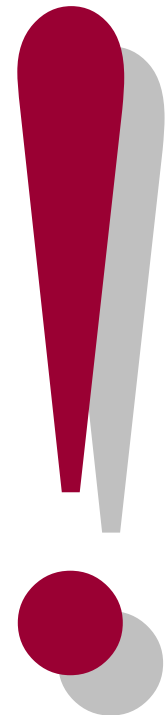
## Und ethisch gesehen?

Das Personal kann auf Grund vom berichteten **nicht** sanktioniert werden

Die Patientensicherheitsordnung **verhindert aber nicht**, das es sowohl disziplinare, Aufsichts- und mögliche Strafverfahren gegen Personal, das an Fehlern beteiligt war, eingeleitet werden

Dies kann passieren, wenn der Vorfall durch die klinische Arbeit bekannt ist

Das Gerichtssystem hat **keinen Zugang** zu den Berichten im Fehlerberichtssystem



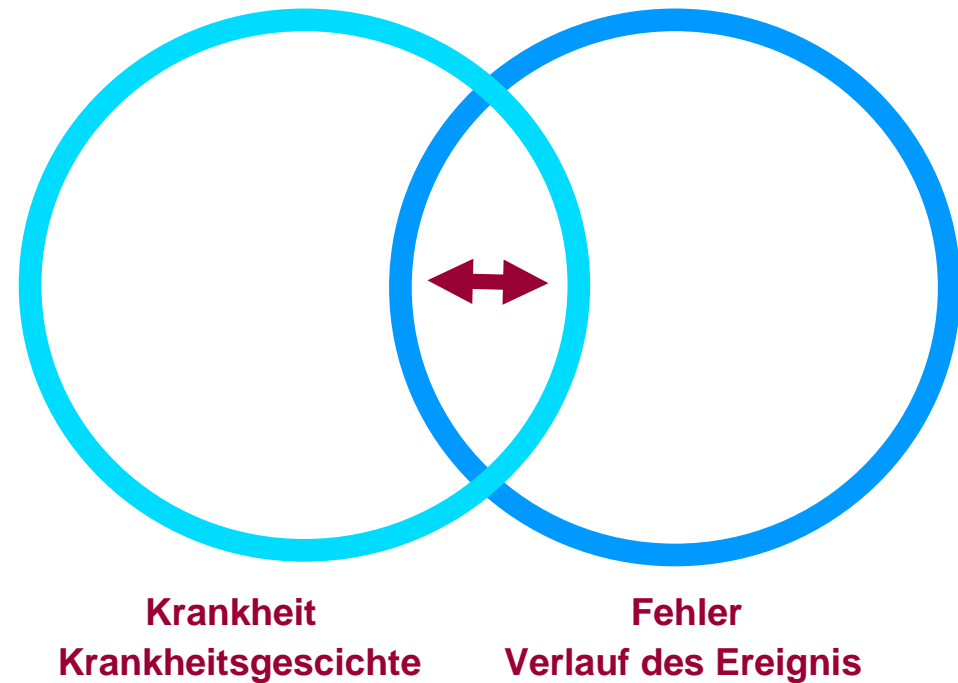
# Wie wird ein Fehler definiert?

Laut BEK nr 913 vom 13/07/2010;

- Ein unerwünschtes Ereignis ist ein Ereignis, das nicht durch die Krankheit des Patienten verursacht ist, UND
- entweder für den Patienten schädlich ist oder schädlich hätte sein können, aber vorher abgewehrt wurde oder aufgrund anderer Umstände nicht eintraf.
- Ein unerwünschtes Ereignis ist ein Ereignis im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung, einschließlich der Notfallversorgung, oder im Zusammenhang mit dem Angebot von Arzneimitteln und Informationen über sie.

# Themen der berichteten Fehler

- Fall
- Brand
- Flucht
- Selbstmord
- Infektionen
- IT-Abbruch
- Kontinuitätsbruch
- Kommunikationsbruch
- Patienten Identifikation
- Verzögerte Behandlung
- Technische Schwierigkeiten
- Medikamentöse Behandlung
- Fehler an Apparate und Geräte
- Selbstschädigende Handlungen
- Falsche Untersuchungsergebnisse gegeben
- Geräte, im Patient nach Operation hinterlassen
- 
- .....



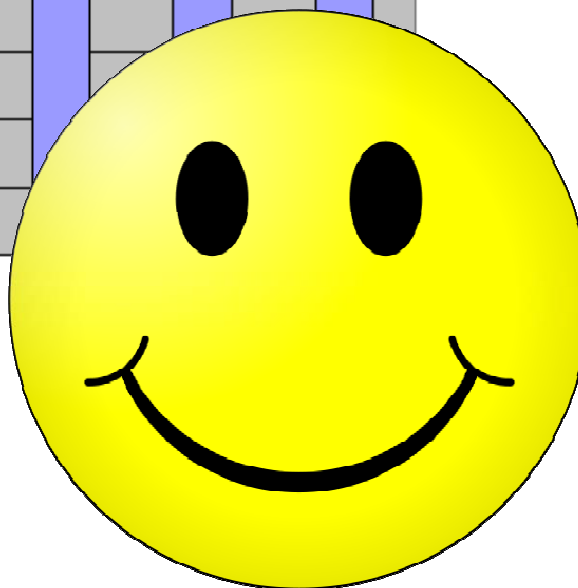
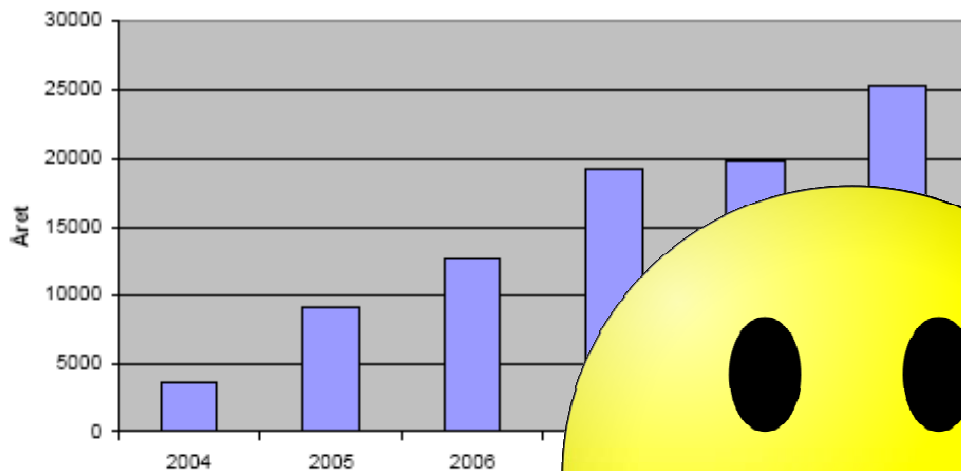
## Wer berichten?

<b>Profession</b>	<b>Prozent</b>
Ärzte	13
Pflegepersonal	54
Zahnärzte	<1
Pharmazeuten	1
Psychologen	<1
Anderes autorisiertes klinisches Personal	7
Anderes ausgebildet klinisches Personal	5
Technisches Personal	1
Nicht angegeben	19

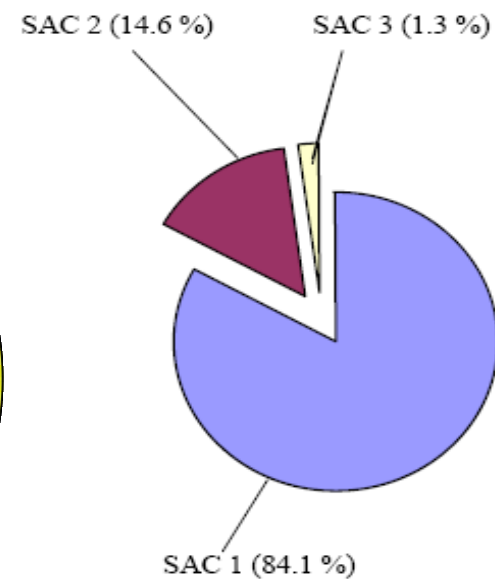
Quelle: DPSDs Årsrapport 2009, Sundhedsstyrelsen

# Fehler Berichte

Berichthæufigkeit 2004 -2009



2009: Verteilung der berichteten Fehler i.F.v. Safety Assessment Code (Ernsthaftigkeit und Hæufigkeit)



Quelle: DPSDs Årsrapport 2009, Sundhedsstyrelsen

## 400% mehr Fehler in 6 Jahren - Wie?

- Anfangs wurde den Landkreisen eine „€-Start-hilfe“ gegeben um die Implementierung zu unterstützen
- Es gab eine Reihe von Bahnbrechern
- PS wurde als klinisch wichtig und unumgänglich vermittelt und aufgefasst, dadurch wurden auch Ressourcen zu Verfügung gestellt
- Information und Unterricht wird reichlich vermittelt
- Regelmäßige Wissensteilung in den Landkreisen/Regionen und im Gesundheitsamt (Interessenten)
- Die PS Organisationen in den Krankenhäusern wurden schnell etabliert und unterstützt von Risikomanagern
- Die ernsthaften Fehler wurden durch Ursachenanalyse behandelt und die Resultate gegenseitig im klinischen Leitungssystem geteilt
- Gute Beispiele von Erlerntem wurden weitgehend vermittelt
- Gewogenheit von Politikern und die Öffentlichkeit

# 2004 - 2010

**Versicherung  
Verletzung**

**Sanktion  
&  
€**

**Klagen  
Individuum**

**Sanktion**

**Patienten-  
sicherheit  
Fehler**

**Lernen**

**2011**

**Versicherung  
Verletzung**

**Sanktion  
&  
€**

**Klagen  
Individuum  
&  
Verlauf**

**Sanktion  
&  
Lernen**

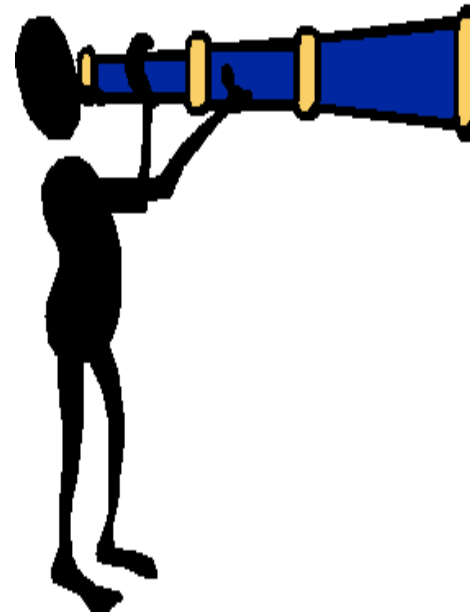
**Patienten-  
sicherheit  
Fehler**

**Lernen**

**PATIENTOMBUDDET - MINISTERIUM**



**Reaktiv**



**Proaktiv**

# Die Dänische Gesellschaft für Patientensicherheit - **Struktur**

- Die Dänische Gesellschaft für Patientensicherheit (DSFP) wurde 2001 gegründet
- Sie ist gefördert durch die Regionen und eine Stiftung
- Sie fördert die Sicherheit der Patienten
- Sie ist ein unabhängiges Forum - keine wissenschaftliche Gesellschaft
- Sie schafft den organisatorischen Rahmen für die Zusammenarbeit eines breiten Spektrums von Interessenten
- Sie hat einen Vorstand und ein beratendes Forum, und wird von einem Sekretariat geleitet
- Es zählt etwa 20 Mitarbeiter

# Die Dänische Gesellschaft für Patientensicherheit - Fokus

- Patientensicherkeits-themen profilieren
- Einfluss sichern
- Nationale Projekte und eine Reihe von festen Aufgaben
- Jährliche Konferenzen
- Aufrechterhaltung vom [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk) und [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk).
- Einsetzen von thematischen ad hoc Arbeitsgruppen
- Beiträge zur Zusammenarbeit und Netzwerkbildung

# Nationale Initiative

## Kampagnen

- „Operation Life“ (Safe 3000 Lives)
- „Patientensicheres Krankenhaus“
- „Sicher Zusammen“
- „Sichere Chirurgie Checkliste“ von WHO
- Das „Schlangen“ Project

## Publikationen, Prospekte und Lernmaterial (im Auszug)

- Kinder-und Patientensicherheit – 10 Ratschläge
- Sich Entschuldigen - Film
- Root Cause Analysis - Lernset
- Trigger Tool - Lernset
- Wenn der Fehler eingetroffen ist – E-learning
- Sichere mündliche Kommunikation - Lernset
- Human Factor - Lernset
- Patient Safety Rounds - Lernset
- Das Buch des Patienten - Buch
- Physikalische Rahmen - Prospekt
- Patientensicherheit und Neubau – Prospekt
- Jährlich Berichte der Fehlerberichte
- Themen Hefte bezüglich Fehlerberichte

## Netzwerk bilden

- Sichere Arzneimittel
- Patient Botschafter
- Risikomanager



ÅRSRAPPORT 2007 - DPSD  
Dansk Patientsikkerhedsdatabase



TEMARAPPORT 2007:  
RISIKOMEDICIN  
Præparater som er involveret i  
faktuelle og potentielle SAC 3 hændelser  
2007  
DPSD Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Sikring mod  
forvekslinger ved  
kirurgiske indgreb:  
'De fem trin'  
Vejledning

# Operation Life; Kampagne 2007-2009



Die "Operation Life" wurde inspiriert von der "100.000 Lives Campaign", und hatte von Anfang an drei ambitionierte Ziele:

- Alle Regionen mit einzubeziehen
- Mindestens drei von vier Krankenhäusern mit einzubeziehen
- 3000 Leben retten über 36 Monate

In der "Operation Life" haben über 200 Krankenhausabteilungen daran gearbeitet, das fachlich anerkannte Wissen in die Praxis umzusetzen. Dies geschah mit Hilfe von "Bündeln", welche die beste Praxis innerhalb der ausgewählten klinischen Gebiete beschrieben.

# Inhalt Operation Life

## Bündel

Ein „Operation Life Bündel“ beinhaltet Aktivitäten, welche die Pflege und Behandlung beschreibt, die evidenz-basiert ist und als beste Praxis angesehen ist.

Z.B. enthält das AMI Paket 10 Elemente, welche nach Ansicht der dänischen Kardiologen mit einbezogen werden müssen in die optimale Behandlung eines Patienten mit einem akuten Herzanfall.

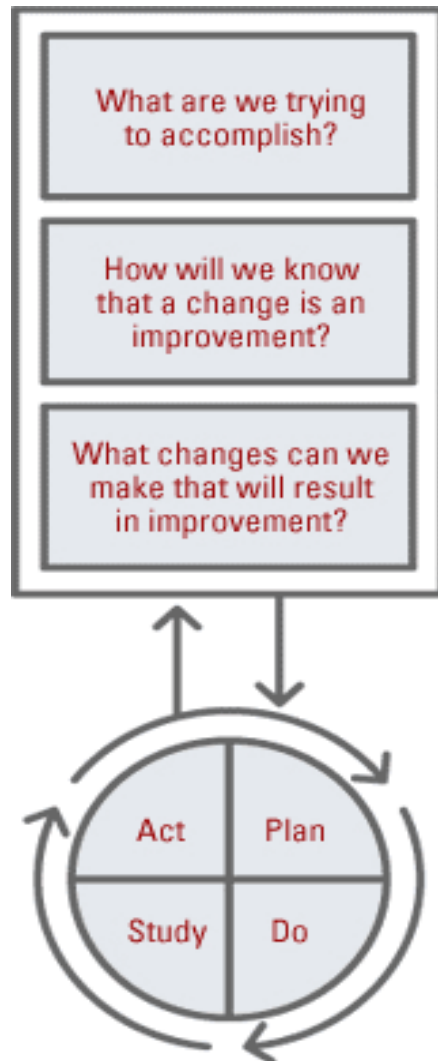
## Es gab Bündel für:

1. Rapid Response Team (Innerklinisches Notfallteam)
2. Medikationsabgleich
3. Beatmung
4. Sepsis
5. Zentralvenenkatheter
6. Akuter Myokardinfarkt

'At a time when we talk a lot about evidence-based care, it makes you wonder why evidence-based knowledge is not put to use at so many locations', KM Pedersen



# Methode



## Setting Aims

Improvement requires setting aims. The aim should be time-specific and measurable; it should also define the specific population of patients that will be affected.

## Establishing Measures

Teams use quantitative measures to determine if a specific change actually leads to an improvement.

## Selecting Changes

All improvement requires making changes, but not all changes result in improvement. Organizations therefore must identify the changes that are most likely to result in improvement.



Quelle; IHI

# Methode



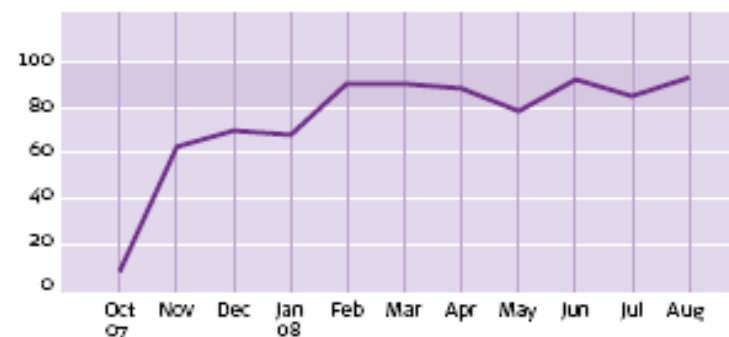
# Beispiele; Feed Back - 2008

## Die acht Elemente des Zentralvenenkatheter Bündels

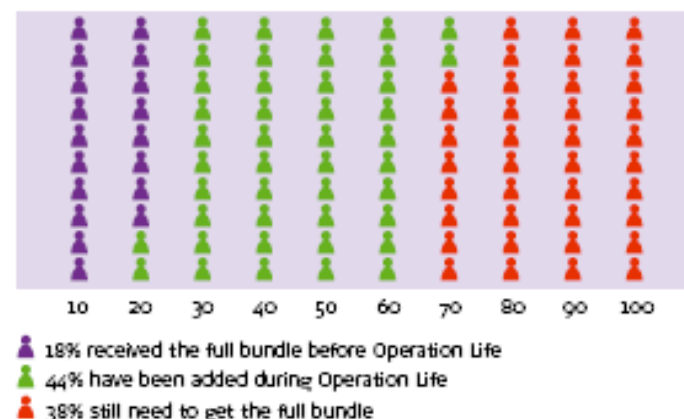
Selection of insertion site	91%
Hand disinfection (operator)	96%
Sterile clothing (operator)	96%
Hand disinfection (assistant)	93%
Sterile clothing (assistant)	90%
Pre-op skin disinfection	98%
Full-body drapes (patient)	75%
Assessment of indication within 24 h	86%
<b>Patients receiving all elements</b>	<b>56%</b>

'When you have treatment methods that are very well documented, which is the case for largely all the elements of Operation Life, it is entirely unfair if patients are not given that treatment', KM Pedersen

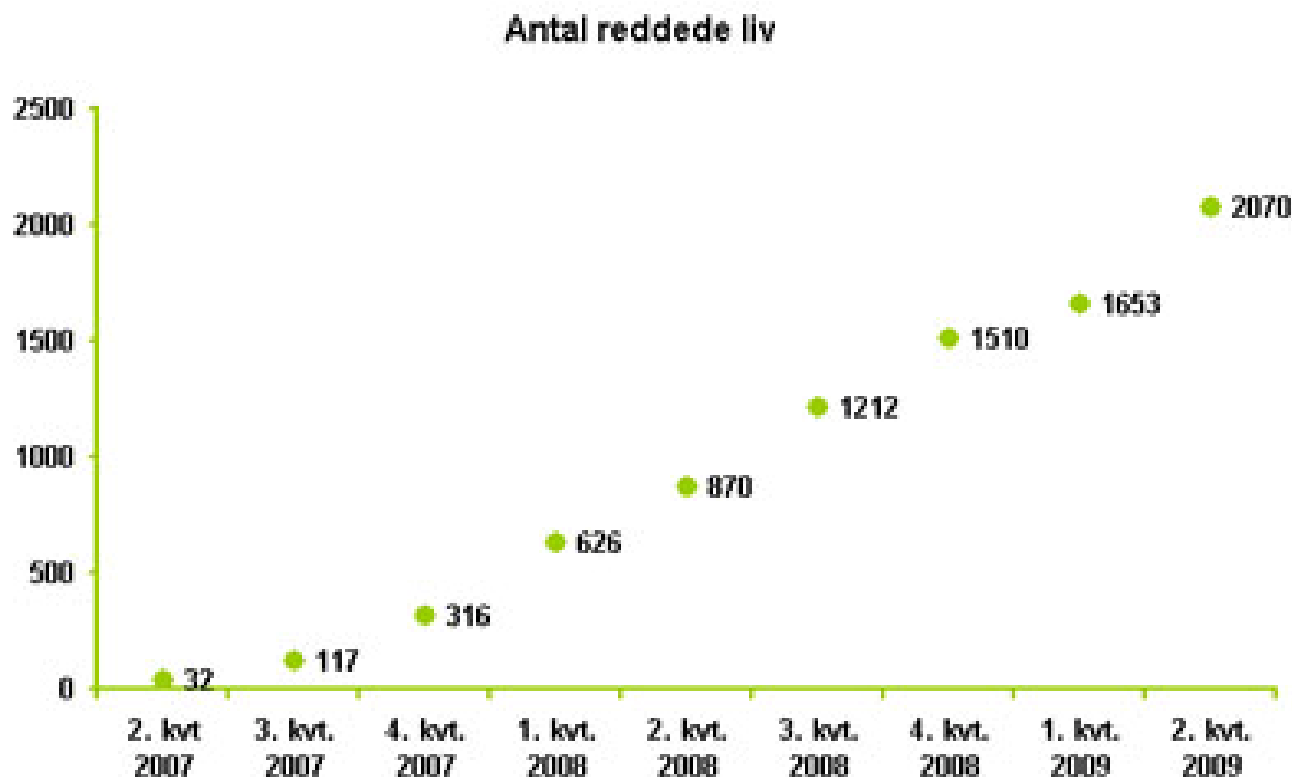
COMPLIANCE WITH VENTILATOR BUNDLE (KH Niveau)



PATIENTS RECEIVING ALL ELEMENTS OF THE VENTILATOR BUNDLE



# Resultate Operation Life; Anzahl Leben gerettet 2007-2009



2070 Leben wurden gerettet während der 24 Monate der Kampagne und die Sterblichkeit (Berechnet als HSMR) lag unter der Erwarteten in der gesamten Kampagneperiode.

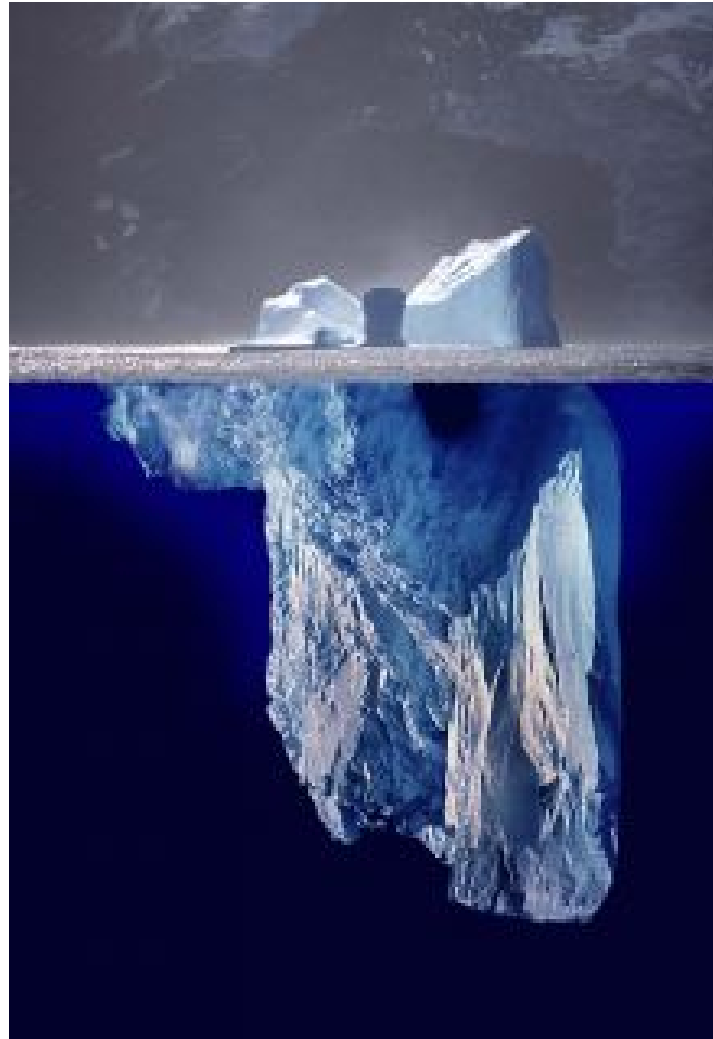
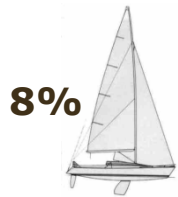


- Fünf dänische Krankenhäuser werden in den kommenden zwei Jahren einen außerordentlichen Einsatz leisten um die Sicherheit der Patienten zu optimieren
- Sie beteiligen sich an dem Projekt „Patientsikkert Sygehus“
- Das Projekt zielt darauf ab, die fünf Krankenhäuser nicht nur sicher, sondern absolut sicher zu machen
- Das Ziel ist Todesfälle um 15% und unbeabsichtigte Verletzungen um 30% zu reduzieren. Z.B. durch Verringerung der Zahl von Herzstillstand, Arzneifehler, Krankenhausinfektionen und Druckgeschwüren.

# Womit wird gearbeitet?



# Wie ist die Entwicklung?



**Strategie & Führung**

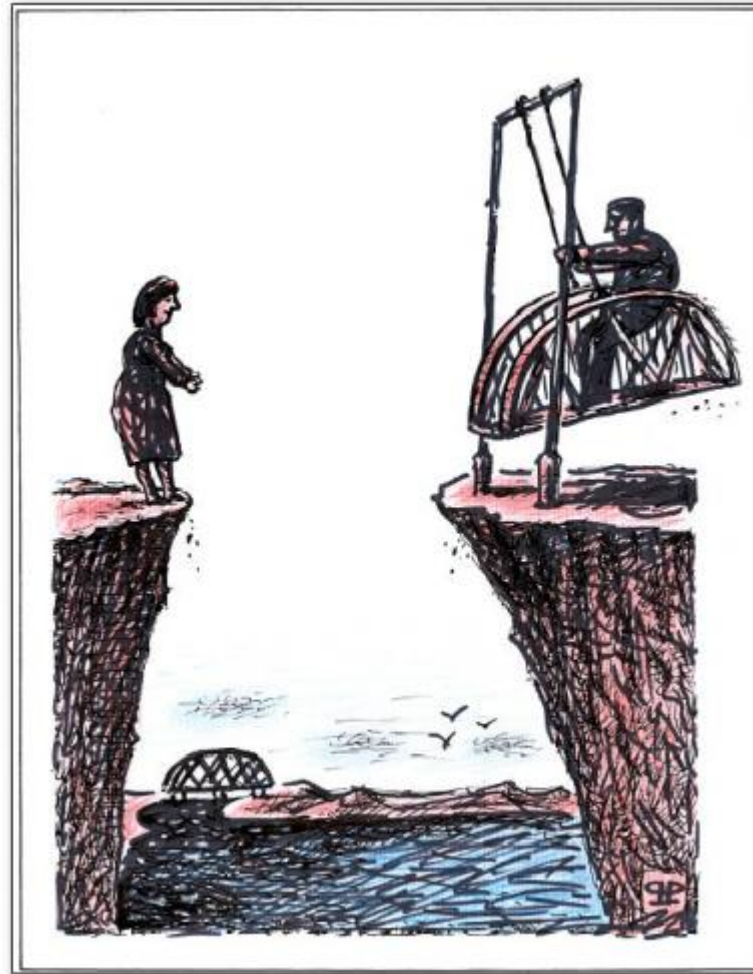
**Technologie & Kompetenz**

**Prozesse**

**(Organisatorisch & Klinisch)**

**Kultur; „So tun wir!“**

**Brücken**



**bauen**

**MHSc Solvejg Kristensen; solkri@rm.dk**