

FRAG MICH! Fehlerprävention in der Arztpraxis - gemeinsam für mehr Sicherheit

Das Projekt.....	2
Die wissenschaftliche Evidenz	2
Ziele	2
Laufzeit und Projektphasen	3
Projektphase 1 Fragebogenentwicklung.....	3
Projektphase 2 Datenerhebung	4
Projektphase 3 Ergebnisverwertung	5
Ausblick.....	5
Projektleitung und Kontakt	5
Literatur.....	6

Das Projekt

Die Einbindung von Patient*innen in die Fehlerprävention ist wichtig, um sicherheitsrelevante Probleme aufzudecken. Das zeigen Erfahrungen aus dem stationären Bereich. Für die ambulante Versorgung gibt es bisher keine geeigneten deutschsprachigen Messinstrumente. Das Bundesministerium für Gesundheit hat OptiMedis beauftragt, einen solchen Fragebogen zu entwickeln. Inhaltlich und organisatorisch wird OptiMedis dabei von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und dem Aktionsbündnis Patientensicherheit unterstützt. Fachliche Beratung kommt zusätzlich vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin.

Die wissenschaftliche Evidenz

Die ambulante Versorgung ist für die Mehrzahl der Patient*innen der erste und auch der häufigste Kontakt mit dem Gesundheitswesen. Sowohl die wissenschaftliche als auch die öffentliche Diskussion zum Thema Patientensicherheit fokussierte lange Zeit stark auf den Bereich der stationären Versorgung, nicht zuletzt, weil die Risiken in diesem Bereich im Vergleich zur ambulanten Versorgung als höher und der Handlungsbedarf als größer eingeschätzt wurden. Entsprechend ist die Studienlage zur Prävalenz sicherheitsrelevanter Ereignisse in der ambulanten Versorgung weniger umfangreich, die verfügbaren Studien weisen jedoch darauf hin, dass diese Ereignisse in 2%-10% der ambulanten Konsultationen auftreten [1-3]. Auf die deutsche Versorgungssituation übertragen bedeutet dies ein Auftreten von 5 bis 200 kritischen Ereignissen pro 100.000 Konsultationen bzw. von 1 bis 2 kritischen Ereignissen in 2 Wochen bei einer Praxis mit 100 Kontakten am Tag. Selbst ein Fehler, der nur einmal in 10 Jahren in einer Praxis auftritt betrifft bei ca. 100.000 vertragsärztlichen Praxen rund 10.000 Patient*innen pro Jahr [4].

Sicherheitsrelevante Themenbereiche betreffen in der ambulanten Versorgung insbesondere die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) [5], die Diagnosestellung [6] sowie die Kommunikation im Praxisteam und mit den Patient*innen [3].

Basierend auf Erfahrungen aus dem stationären Bereich setzt sich auch für den ambulanten Bereich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die Einbindung von Patient*innen in die Fehlerprävention einen wichtigen Beitrag zur systematischen Aufdeckung von sicherheitsrelevanten Problemen leisten kann [7,8]. In verschiedenen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass Patient*innen in der Lage sind, Faktoren zu identifizieren, die mit einem Auftreten sicherheitsrelevanter Ereignisse korrelieren [8,9]. Ebenso sind ihre Angaben zuverlässig [10,11] und stellen darüber hinaus Informationen dar, die aus anderen Quellen nicht oder nur schwer zu erlangen sind [12,13].

Die derzeit verfügbaren Instrumente zur Messung sicherheitsrelevanter Aspekte der ambulanten Versorgung beziehen sich zumeist auf spezifische Bereiche, wie z.B. die Arzneimitteltherapiesicherheit, oder messen diese anhand von Rückmeldungen der Leistungserbringer [14,15]. Für den englischsprachigen Raum wurden ganz aktuell zwei Instrumente zur Erhebung der für die Fehlerprävention wesentlichen Faktoren aus Patientensicht entwickelt [16,17]. Für den deutschsprachigen Raum fehlen entsprechende Instrumente bisher. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass die Leistungserbringer*innen bereit sind, Patientenrückmeldungen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu nutzen, aber unsicher sind, wie sie dies effektiv tun können [18].

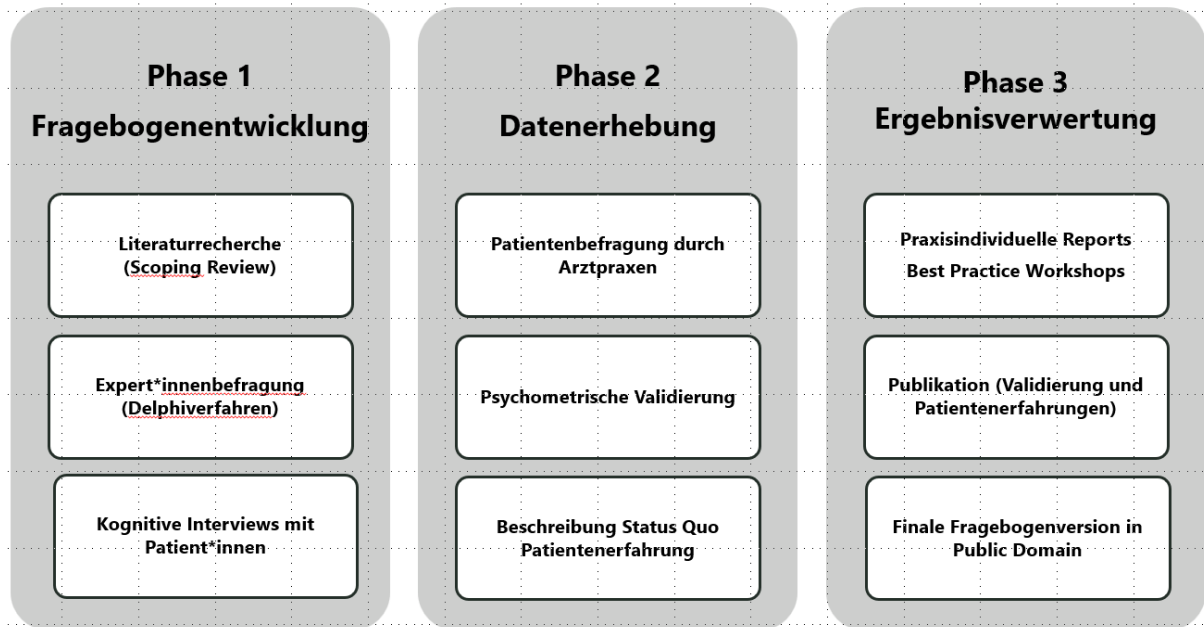
Ziele

1. Entwicklung eines frei verfügbaren Fragebogens, mit dem Erfahrungen von Patient*innen mit sicherheitsrelevanten Ereignissen sowie Faktoren, die zum Auftreten solcher Ereignisse beitragen, erfasst werden.

2. Entwicklung eines Feedbackmechanismus, der es erlaubt, die Rückmeldungen der Patient*innen automatisiert und anwenderfreundlich in die Praxis zurück zu spiegeln und so die Einbindung der Patientenperspektive in die Fehlerprävention zu unterstützen.

Laufzeit und Projektphasen

Das Projekt startet im Juli 2019, die Projektlaufzeit beträgt 15 Monate. Es gliedert sich in drei Phasen:



Projektphase 1 Fragebogenentwicklung

In der ersten Phase wird zunächst eine **Literaturrecherche** zu den relevanten Dimensionen und bestehenden Instrumenten zur Patientensicherheit aus Patientensicht in der ambulanten Versorgung. Auf Basis dieses Scoping-Reviews wird ein Fragenpool zu den in der Literatur benannten relevanten Dimensionen zusammengestellt. Dieser Dimensions- und Fragenpool wird in einer **Delphi-Befragung** überprüft und konsentiert. In drei Befragungswellen werden zehn Personen mit Expertise im Bereich der Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung aus dem Bereich der Wissenschaft, des Risikomanagements sowie aus den Reihen der Leistungserbringer*innen und der Patient*innen in einem Delphi-Verfahren per email befragt. Im Anschluss an die Delphi-Befragung erfolgt eine Überprüfung der Augenscheinvalidität des resultierenden Instruments in Form **kognitiver Interviews** mit Patient*innen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Fragen von den Befragten wie intendiert verstanden und damit valide Daten erhoben werden (19). Für die kognitiven Interviews wird eine für die Zielpopulation möglichst repräsentative Auswahl von zwölf Patient*innen angestrebt. Auf Basis der Interviewergebnisse wird der Fragebogen finalisiert.

Projektphase 2 Datenerhebung

Die Patientenbefragung ist als **Hybridbefragung** konzipiert. Patient*innen, die an der Befragung teilnehmen möchten, haben die Wahl, den Fragebogen entweder schriftlich direkt in der Praxis auszufüllen oder online über die Homepage des Projekts.

Die **Fragebögen** werden den Patient*innen zusammen mit einem Informationsschreiben, das auch die Zugangsinformationen zur Onlinebefragung enthält, und einem Rückumschlag **in der Arztpraxis ausgehändigt**. Der Papier-Fragebogen wird direkt **in der Praxis ausgefüllt** und in einem blickdichten, zu verschließenden Umschlag in eine im Wartezimmer aufgestellte Box geworfen. Die Online-Version des Fragebogens kann direkt in der Praxis oder zuhause ausgefüllt werden.

Die **Fragebögen werden in konfektionierten Fragebogensets mit Anschreiben und Rückumschlag an die Praxen** geliefert. Die Fragebögen werden **konsekutiv** an die Patient*innen **ausgegeben**. Eine Ausgabe durch die Ärzt*in wird empfohlen, um die Wertigkeit der Befragung für die Patient*innen und damit deren Antwortbereitschaft zu erhöhen.

Die teilnehmenden Praxen erhalten eine **Aufwandsentschädigung von 200 € je Praxis**.

Aus pragmatischen Gründen wird die Befragung im Rahmen dieser Studie zunächst auf eine Region beschränkt. So können die Rekrutierung der Arztpraxen sowie die anschließende Durchführung und Auswertung der Patientenbefragung in dem angestrebten Zeitrahmen realisiert werden. Zum anderen bietet dies die Möglichkeit, in den praxisindividuellen Ergebnisberichten einen regionalen Benchmark anzubieten sowie kurze Anfahrtswege zu dem in der Region geplanten Best-Practice-Workshop zu gewährleisten. Die Rekrutierung der Praxen erfolgt in mit der Unterstützung der KV Westfalen-Lippe.

Um eine ausreichende Fallzahl für die psychometrische Testung des Instruments sowie die zeitgleiche Ableitung erster Erkenntnisse und politischer Desiderate zu erzielen, sollen **50 Praxen für die Befragung gewonnen werden** (je 25 hausärztliche und 25 fachärztliche Praxen). Im **angestrebten Befragungszeitraum von sechs Wochen** werden in den Praxen durchschnittlich 800 Patienten gesehen. Bei einer angenommenen Streuung der Variablen von 70%, einem Stichprobenfehler von 10% sowie einem Vertrauensniveau von 95% ergibt sich für diese Grundgesamtheit eine Stichprobengröße von 74 Patient*innen pro Praxis. Um diesen Wert bei einer angestrebten Rücklaufquote von 25% zu erreichen müssen **pro Praxis 250 Fragebögen ausgegeben** werden (auszugebende Fragebögen gesamt: 12.500, Anzahl rückgelaufener Fragebögen gesamt: 3.125). Die so erzielte Gesamtzahl an Patientenrückmeldungen bildet eine robuste Grundlage für erste Aussagen zum Status Quo der Patientensicht auf die Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung und die Ableitung politischer Desiderate sowie eine ausreichende Datengrundlage zur Validierung des Erhebungsinstruments.

Die erhobenen Daten werden einer **psychometrischen Analyse** unterzogen. Zusätzlich werden die erhobenen Daten einer **bivariaten Analyse** zur Beziehung zwischen den Patientenerfahrungen und demografischen sowie strukturellen Merkmalen unterzogen, die **erste Erkenntnisse über die Patientenerfahrungen mit Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung in Deutschland liefern** wird. Die finale Version des Fragebogens zur Erfassung der Patientenerfahrung mit Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung soll für zukünftige Projekte frei zur Verfügung stehen. Die Bereitstellung soll nach Rücksprache mit dem Antragsteller erfolgen, um sowohl ein Monitoring des Einsatzes als auch eine methodische Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Projektphase 3 Ergebnisverwertung

Nach Abschluss der Auswertung erhalten die teilnehmenden Praxen einen **praxisindividuellen Ergebnisbericht** einschließlich eines anonymisierten regionalen Benchmarks. Für die Datenauswertung sowie die Erstellung und Dissemination der Feedbackberichte soll im Rahmen der Pilotstudie auf eine bereits bestehende, bewährte Data Warehouse Infrastruktur von OptiMedis aufgesetzt werden. Die Gestaltung der Berichte erfolgt unter Berücksichtigung neuester Erkenntnisse der Forschung [20] im Zuge eines Design-Workshops mit Expert*innen zur potenziellen Nutzung der Reports sowie einer Erstellung und Erprobung von Pilot-Berichtsmappen.

Basierend auf diesen Erkenntnissen werden im Rahmen der Dissemination **Anleitungs- und Interpretationsmaterial zur Berichtsmappe** bereitgestellt, eine **telefonische Betreuung der Praxen** angeboten sowie ein **Report zur Nutzung, Akzeptanz und potenziellen Weiterentwicklung** erstellt. Dieser Report kann in zukünftigen Projekten, unabhängig von der verwendeten Software, als Orientierung für die effektive Gestaltung eines Feedbackmechanismus genutzt werden, der es erlaubt die Ergebnisse automatisiert und anwenderfreundlich in die Praxis zurück zu spiegeln und so die Einbindung der Patientenperspektive in die Fehlerprävention zu unterstützen.

Schließlich wird mit Unterstützung des Aktionsbündnis Patientensicherheit und der KV Westfalen-Lippe ein **Best-Practice-Workshop** angeboten. Mit diesem Workshop soll die Einbindung der Patientenrückmeldungen in die Prozesse zur Stärkung der Versorgungssicherheit unterstützt und einen Wissenstransfer zwischen den Praxen gefördert werden.

Ausblick

Die Ergebnisse der Patientenbefragung sowie ein anzustrebender regelhafter Einsatz des Instruments haben das Potenzial, einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient*innen zu leisten, indem konkrete Hinweise auf den sicherheitsrelevanten Kommunikations- und Informationsbedarf der Patient*innen in der Interaktion mit den ambulant tätigen Fachkräften sowie mit Blick auf relevante Schnittstellen erlangt werden. Die Patientenrückmeldungen können als wertvolle Hintergrundinformationen nicht zuletzt für die Arbeit der Allianz für Gesundheitskompetenz genutzt werden, insbesondere mit Blick auf die Ziele der Schaffung verständlicher und passgenauer Informationsangebote sowie auf die Ausgestaltung der Förderung der Kommunikationskompetenz in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe.

Projektleitung und Kontakt

Dr. Katja Stahl

Email k.stahl@optimedis.de

Telefon 040 / 22621149-24

Mobil 0176 49 09 27 91

Dr. Oliver Gröne

Email o.groene@optimedis.de

Telefon 040 / 22621149-21

Mobil 0178 59 21 013

Literatur

1. Health Foundation 2011 Evidence Scan: patient safety in primary care. London: The Health Foundation
2. Sandars J Esmail A 2003 The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract* 20:23-6
3. Makeham MA Stromer S Bridges-Webb C et al. 2008 Patient safety events reported in general practice: a taxonomy. *Qual Saf Health Care* 17:53-7
4. Müller B 2017 Stärkung der Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung. Vortrag auf der Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit, 05.05.2017, Berlin
5. Avery A Barber N Ghaleb M et al. 2012. Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: the PRACtiCe study. *Gen Med Council* http://www.gmc-uk.org/Investigating_the_prevalence_and_causes_of_prescribing_errors_in_general_practice__The_PRACtiCe_study_Reoprt_May_2012_48605085.pdf letzter Zugriff: 17.07.2017
6. Singh H Meyer AN Thomas EJ 2014 The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf* 23:727-31
7. Weingart SN Pagovich O Sands DZ 2005 What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med* 20:830-6
8. Lawton R O'Hara JK Sheard L et al. 2015 Can staff and patient perspectives on hospital safety predict harm-free care? *BMJ Qual Saf* 24:603-4
9. Schwappach DL 2010 Engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 67:119-48
10. King A Daniels J Lim J et al. 2010 Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care* 19: 148-57
11. Bjertnaes O Deilkas ET Skudal KE 2015 The association between patient-reported incidents in hospitals and estimated rates of patient harm. *Int J Qual Health Care* 27:26-30
12. Ward 2012 JK Armitage G 2012 Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 21:685-99
13. Levtzion-Korach O Frankel A Alcalai H et al. 2010 Integrating incident data from five reporting systems to assess patient safety: making sense of the elephant. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 36:402-10
14. Ricci-Cabello I Goncalves DC Rojas-Garcia A et al. 2015 Measuring experiences and outcomes of patient safety in primary care: a systematic review of available instruments. *Fam Pract* 32:106-19
15. Spencer R Campbell S 2014 Tools for primary care patient safety: a narrative review. *BMC Fam Pract* 15:166
16. Hernan AL Giles SJ O'Hara JK et al. 2016 Developing a primary care patient measure of safety (PC PMOS): a modified Delphi process and face validity testing. *BMJ Qual Saf* 25:273-80
17. Ricci-Cabello I Avery A Reeves D et al. 2016 Measuring patient safety in primary care: The development and validation of the "Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care" (PREOS-PC). *Ann Fam Med* 14:253-61
18. Edwards A Evans R White P et al. 2011 Experience patient-experience surveys: a qualitative study of the accounts of GPs. *Br J Gen Pract* 61:e157-66
19. Tourangeau R 1984 Cognitive sciences and survey methods. In: Jabine T Straf M Tanur J et al. (Hrsg) *Cognitive aspects of survey methodology: Building a bridge between disciplines*. Washington, DC: National Academy Press. S. 73–100
20. Brehaut JC Colquhoun HL Eva KW et al. 2016 Practice Feedback Interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Ann Intern Med* 15:164:435-41