



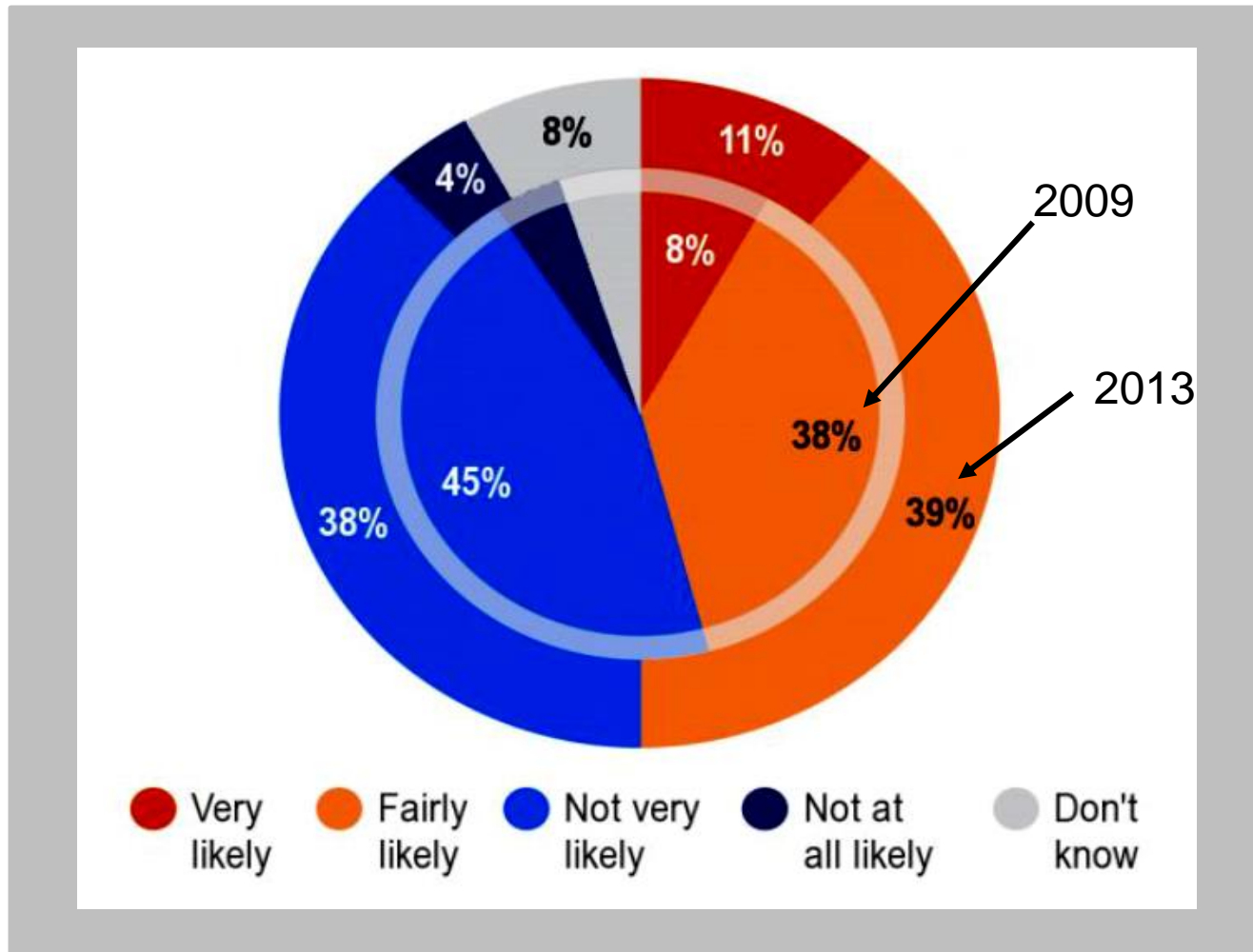
Eine Frage der
Versorgungsqualität?
Auswirkungen auf den Patientenpfad

«*Ein Blick auf die
Patientensicherheit*»

Prof.em.Dr.med.D.Conen,
Bern 4. April 2019

- Ausgangssituation ambulanter Bereich
 - Wo liegen die Probleme?
 - Schnittstellen
- Handlungsbedarf der Akteure
- Rolle der Patienten
- Bei welchem Patienten ambulant vor stationär?
- Notwendige Qualitäts- und Patientensicherheitsdokumentation ?

«Wie gross ist die Wahrscheinlichkeit bei einer medizinischen Massnahme ausserhalb des Spitals, einen Schaden zu erleiden?»





Aufgaben der Stiftung

PROJEKTE UND PROGRAMME

- progress!-Pilotprogramme: Sichere Chirurgie, Sichere Medikation an Schnittstellen, Sichere Medikation in Pflegeheimen, Sicherheit bei Blasen-kathetern
- CIRRNET mit Quick-Alerts
- Aktionswoche Patientensicherheit

FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG

- **Patientensicherheit** in der Psychiatrie, *ambulante Medizin*
- **Doppelkontrolle Medikamente**
- Modified Early Warning Score
- **Mortalitäts-/Morbiditäts-konferenzen (MoMoKo)**
- **Sicherheit aus Patientensicht**
- **Speak up(wenn Schweigen gefährlich ist)**
- Paper of the month

AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG

- Error & Risk Analysis ERA
- Kommunikation nach Zwischenfällen
- Täter als Opfer
- MPH-Modul

BERATUNG UND EXPERTISE

- Gutachten
- Referate/Präsentationen
- Tagungen

Kooperationen suchen und pflegen

Wissen erarbeiten und verbreiten



Sicherheitsprobleme erkennen und analysieren

Lösungen entwickeln und evaluieren

«**Eine substantielle Grundfinanzierung** von Patientensicherheit Schweiz durch die öffentliche Hand ist Voraussetzung, damit die Stiftung ihre wichtige Rolle zugunsten einer sicheren Gesundheitsversorgung weiterhin wahrnehmen kann!»

International Journal for Quality in Health Care 2013; Volume 25, Number 4: pp. 394–402
Advance Access Publication: 10 May 2013

10.1093/intqhc/mzt036

Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care

S**M****W** Established in 1871
Swiss Medical Weekly
Formerly: Schweizerische Medizinische Wochenschrift
The European Journal of Medical Sciences

© 2012 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Therapeutische Umschau 2012; 69 (6): DOI 10.1024/0040-5930/a000297

Übersichtsarbeit

Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
Katrin Gehring, David Schwappach

Die Patientensicherheit in der Grundversorgung – eine Erhebung in Schweizer Hausarztpraxen

Studie bei Schweizer Hausärzten

■ 630 Teilnehmer

- 4 grosse Ärzte-Netzwerke
- 47 Grundversorgerpraxen

Schriftliche Befragung

- Sicherheitsklima
- Häufigkeit von Schäden und Schadensausmass von 23 Ereignissen („Hot-spots“)
 - Z.B.
 - Fehler bei Diagnosestellung
 - Medikamenten-Interaktionen
 - Stürze in der Praxis
 - ...

Grundversorgung: Häufigkeit ausgewählter Ereignisse

- **Täglich oder wöchentlich
in den vergangenen 12 Monaten**
- **Zwischenfälle im Zusammenarbeit mit externen Stellen
(Spital, Apotheke etc.) 6,5%**
 - Externe Stelle erhält unvollständige oder fehlerhafte Information oder erhält die nötige Information zu spät: 1,5%
 - Information von externer Stelle fehlt ist lückenhaft oder fehlerhaft, wenn erforderlich: 5%

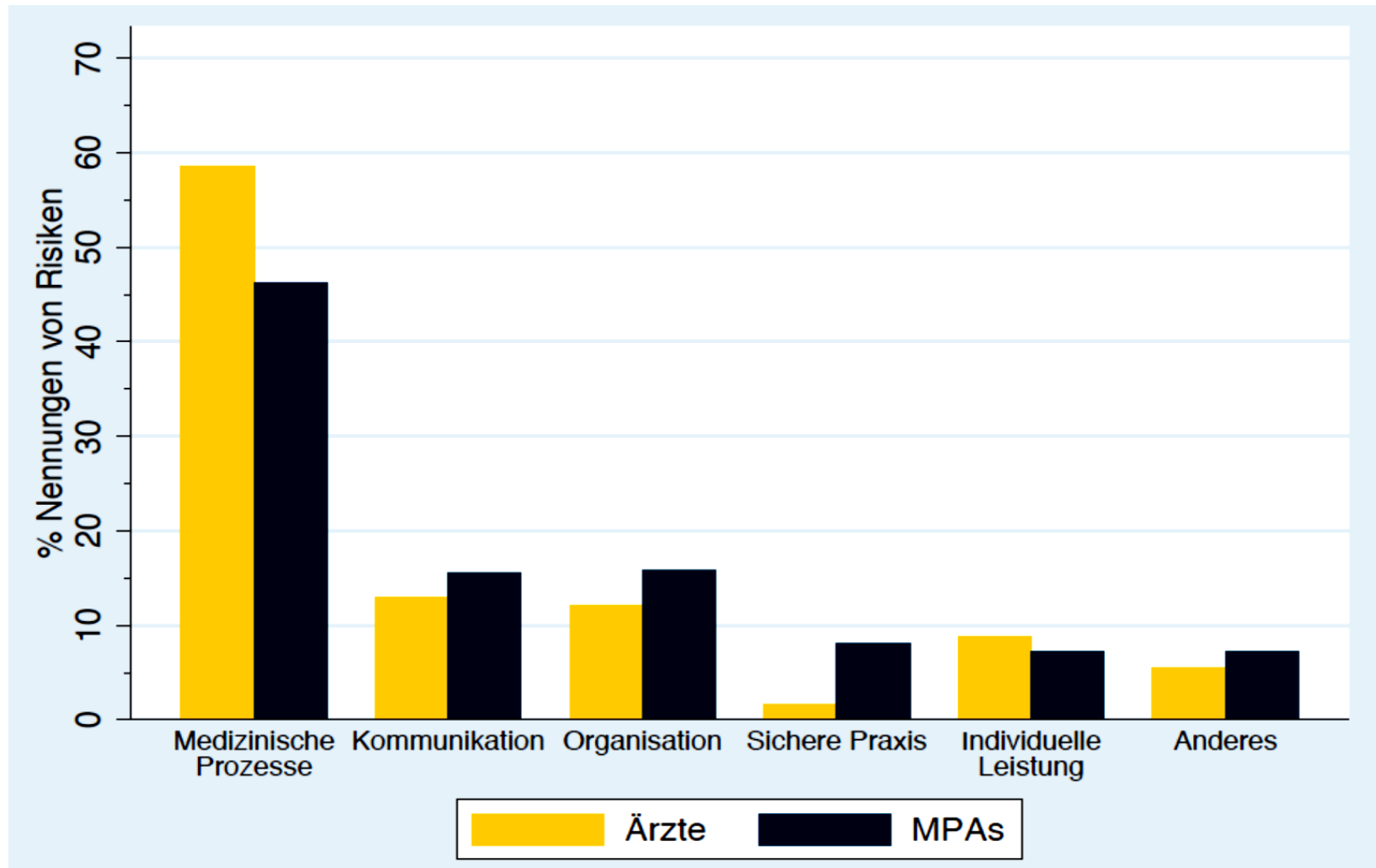
Gehring K. Schwappach DL American J Managed Care 2012; e323



		Schwere des Schadens			
		Gering (≥ 75% Studienteilnehmer berichten kein Schaden; kein berichteter schwerer Schaden/Tod)	Mäßig (> 25% Studienteilnehmer berichten kleiner/mittlerer Schaden kein berichteter schwerer Schaden/Tod)	Kritisch (mindestens ein berichteter schwerer Schaden, kein berichteter Todesfall)	Katastrophal (mindestens ein berichteter Todesfall)
Mittlere Häufigkeit (Ereignisse pro Jahr pro Praxis)	Vereinzelt (< 1 Ereignis)	9: Falsche therapeut. Maßnahme 23: Medizinisches Material nicht intakt		10: Therapeut. Maßnahme nicht durchgeführt 11: Therapeut. Maßnahme falsch durchgeführt	12: Patient nach Therapie nicht überwacht
	Selten (1–3 Ereignisse)	14: Kein Einverständnis/ Aufklärung des Patienten 22: Medikament abgelaufen		3: Falsche oder nicht notwendige Untersuchung	4: Fehler bei Diagnose oder zu spät 6: Medikationsfehler (Interaktion/Kontraindikation)
	Gelegentlich (3–6 Ereignisse)		15: Fehler bei Patienten-Information Ergebnis Untersuchung/Diagnose 19: Testergebnis nicht weiterverarbeitet 20: Falsche/späte Information an externe Stelle	2: Untersuchung falsch durchgeführt 5: Medikationsfehler (Wirkstoff/Form) 8: Medikation u. Nebenwirkungen nicht überwacht	13: Dringlichkeit Patienten-anliegen bei Kontaktaufnahme nicht erkannt
	Wahrscheinlich (6–12 Ereignisse)	1: Indizierte Untersuchung nicht durchgeführt	16: Unzureichende Patienteninformation über Medikamentengebrauch 18: Fehler Nachrichten-übermittlung 21: Information von externer Stelle nicht verfügbar/falsch	7: Medikament nicht verordnet/verabreicht	
	Häufig (> 12 Ereignisse)		17: Patientendokumentation fehlerhaft, unvollständig, nicht verfügbar		

Klassifikation der Ereignisse nach der berichteten Häufigkeit, nach der Schwere des Schadens als das Ereignis zum letzten Mal in der Praxis auftrat

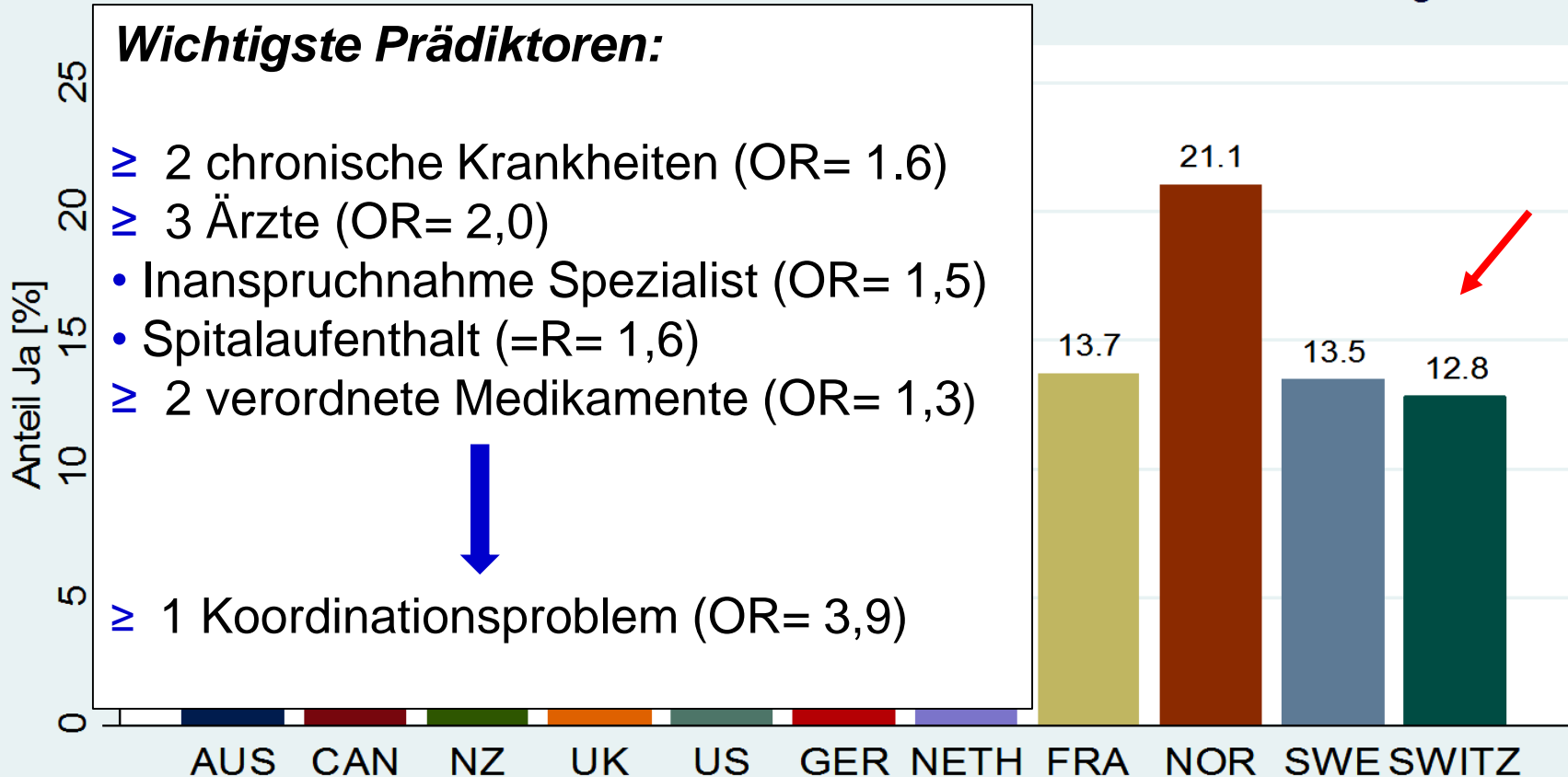
Häufigkeit von Sicherheitsrisiken, die Ärzte und MPAs gerne eliminieren würden



Gehring K. Schwappach DS. Therapeutische Umschau 2012; 69 (6): DOI 10.1024/0040-5930/a000297

Internationaler Vergleich: Fehler und Koordinationsprobleme

Medizinischer Fehler und / oder Medikationsfehler und / oder Untersuchungsfehler



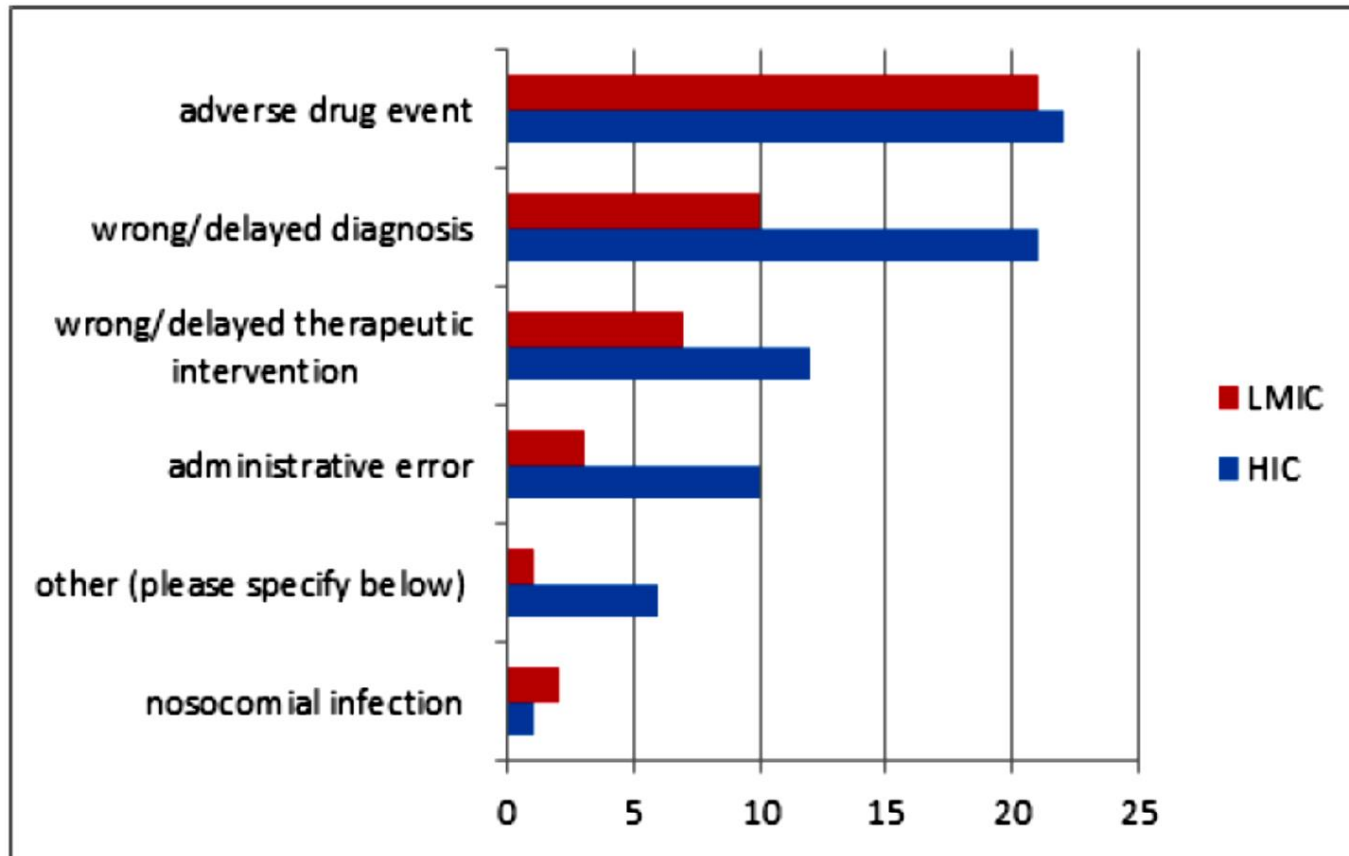
Data weighted for gender, age, education, region

Data: The Commonwealth Fund's 2010 International Survey of the General Public's Views of their Health Care System's Performance in Eleven Countries

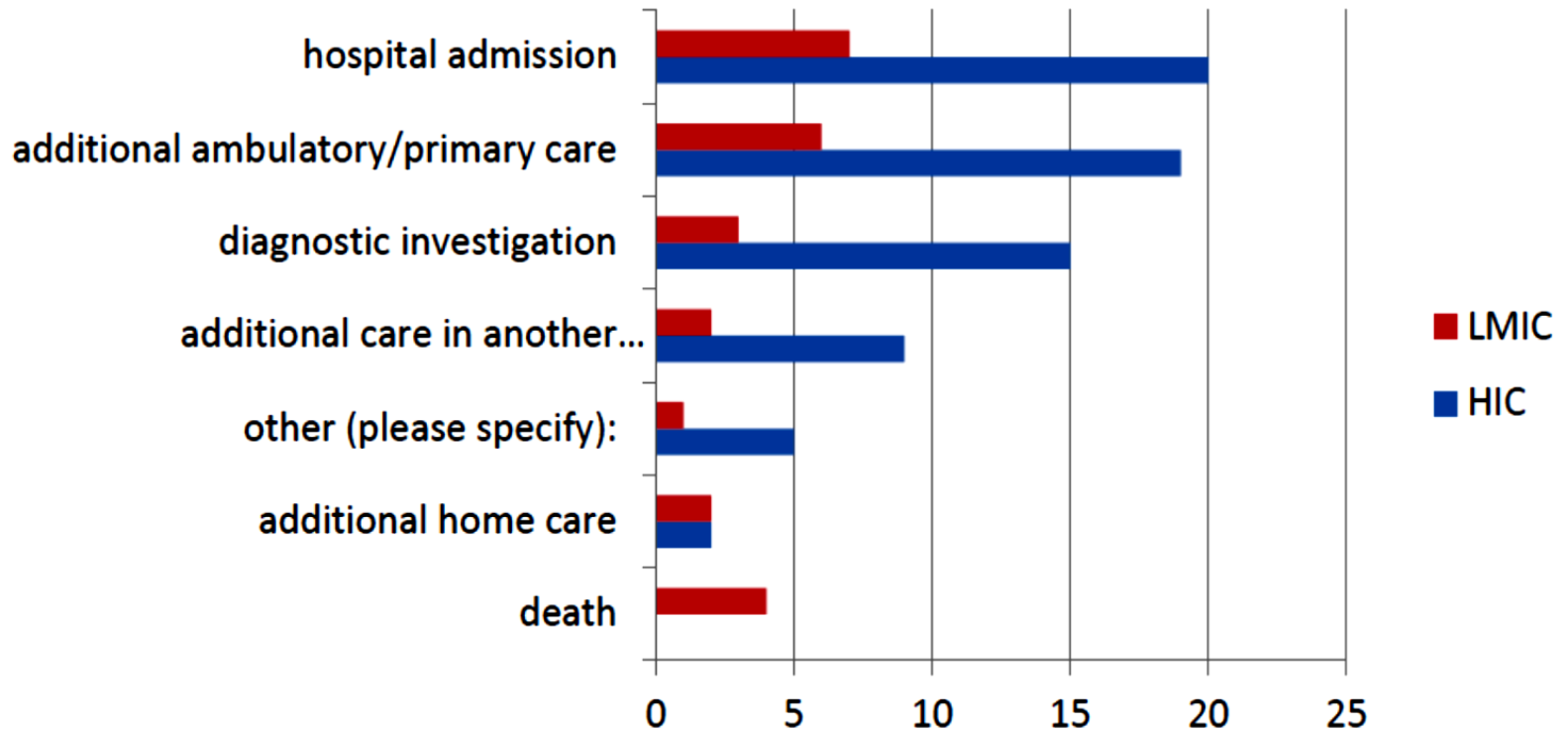
Data analysis and illustration: David Schwappach, Swiss Patient Safety Foundation

Adverse drug event and wrong diagnosis are the most common causes of patient harm in primary and ambulatory care settings

«What are the most common causes of patient harm in ambulatory and primary care?»



«What are the three most common consequences related to healthcare use of patient harm in ambulatory/primary care?»



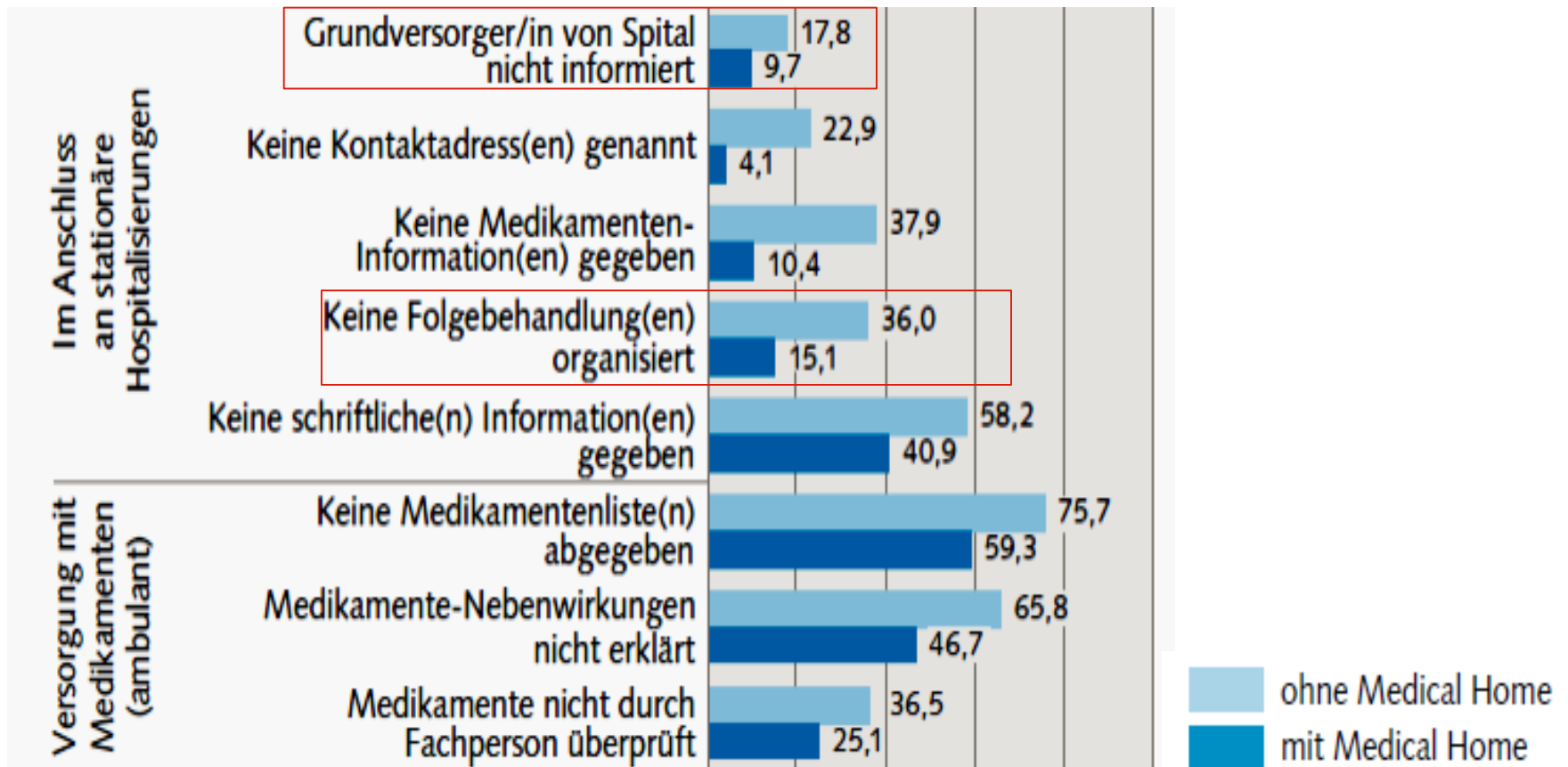
OECD Patient Safety Snapshot 2018 in
«The Economics of Safety in Primary and Ambulatory Care
Flying blind» OECD 2018

Erfahrene Koordinationsprobleme innerhalb der letzten 2 Jahre

	Aus	Can	D	NL	UK	US	NO	CH
Resultate/Dossiers, Testergebnisse bei der Konsultation nicht verfügbar	13%	15%	15%	9%	12%	23%	9%	17%
Widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten	10%	12%	14%	7%	10%	16%	11%	9%
Spezialisten und Hausärzte informierten sich gegenseitig schlecht	15%	29%	31%	18%	20%	19%	43%	19%
Patienten erlebten in den letzten Monaten irgendein Koordinationsproblem	21%	32%	41%	21%	24%	35%	37%	29%
Erfuhren unvollständige Entlassungsplanung	41%	44%	56%	59%	38%	28%	70%	56%
Hausärzte waren bei Konsultation über Spitalaufenthalt nicht informiert	10%	14%	9%	4%	-	11%	8%	10%

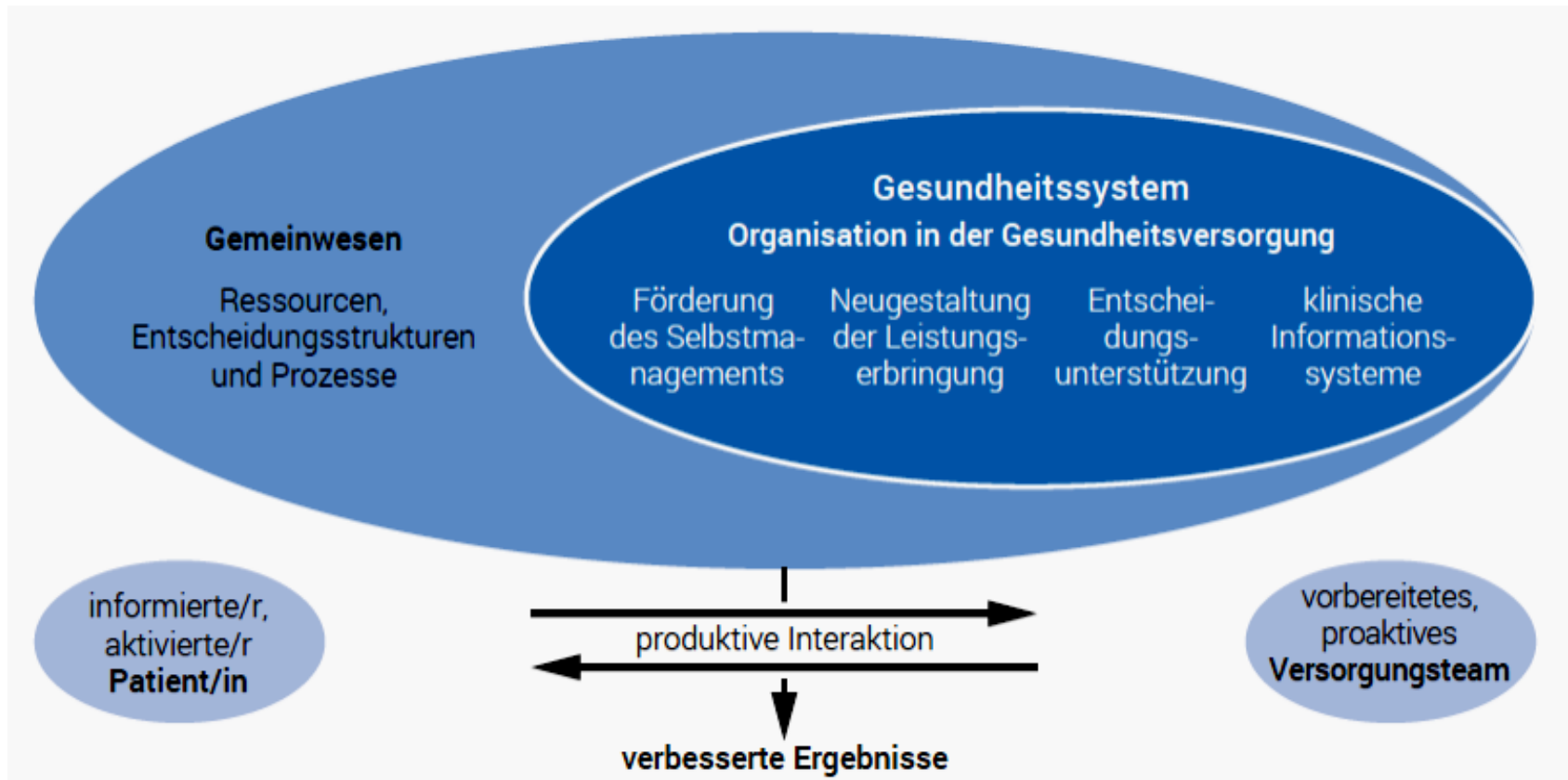
Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults; 2014

Aspekte mit Verbesserungspotenzial gemäss Personen mit und ohne „medical home“, (>55-jährige 2014, in%)



Commonwealth Fund: International Health policy survey 2014. Obsan Bulletin 2/2015

Chronic Care Modell



Modifiziert nach Obsan 2015

Bodenheimer, T. et al. Improving primary care for patients with chronic illness, Part 1 JAMA 2002; 288, 1775-1779.

Bodenheimer, T. et al. Improving primary care for patients with chronic illness, Part 2, JAMA 2002; 288: 1909-1914.

Nutzen von Clinical pathways

Table 4 Results of the random-effects logistic models predicting in-hospital mortality and unscheduled readmission

Variables	In-hospital mortality		Unscheduled readmissions	
	OR (95% CI)	p Value	OR (95% CI)*	p Value
Age (5-year increment)	1.08 (0.86 to 1.35)	0.5	0.83 (0.68 to 1.01)	0.063
Clinical pathway vs usual care	0.18 (0.07 to 0.46)	<0.001	0.42 (0.20 to 0.87)	0.020
Smoking	10.4 (3.72 to 29.4)	<0.001	6.26 (2.86 to 13.70)	<0.001
NYHA score 4 vs other NYHA scores	56.3 (15.7 to 202)	<0.001	0.13 (0.04 to 0.39)	<0.001
Admission from general practitioner	0.36 (0.17 to 0.77)	0.009	–	–
Hypertension	–	–	7.83 (2.24 to 27.3)	0.001

NYHA, New York Heart Association.

*Excluding those who died during their first admission.

M Panello et al. Reduced in-hospital mortality for Heart Failure with clinical pathways

Signifikante Reduktion der Rehospitalisationsraten mit dem „Chronic Care Management“programm vs. usual Care

	Percent reduction in readmissions per month	Percent reduction in readmission days per month
Delivery personnel		
Single heart failure expert	0.9	2.6
Multidisciplinary team	2.9****	6.4****
Method of communication		
Telephonic	0.4	1.5
In-person	2.5****	5.7****
Delivery + communication		
Single expert + telephonic	0.4	1.5
Single expert + in-person	1.8 ^a	4.3 ^b
Team + in-person	2.9****	6.4****

SOURCE: Authors' analysis.

NOTES: Figures in the exhibit represent authors' conversion of log-transformed regression coefficients from linear mixed-model regressions adjusted for age, sex, history of hypertension, prior heart attack, and original trial. Routine care patients are the reference group in each comparison. N = 2,028.

^ap = 0.05.

^bp = 0.06.

****p < 0.001



Results of logistic regression on favorable scores on the «team-based error prevention» scale (n=567) no missing data

Variable	Odds ratio	(CI)	P
Physician	0.40	0.20, 0.78	0.01
Years of professional experience <6 years	0.52	0.27, 0.98	0.04
Years of work in this office <6 years	0.69	0.40, 1.21	0.19
Type of medical office (base: single-handed practice)			
Joint practice	1.07	0.67, 1.70	0.79
Medical center (group practice)	3.33	1.62, 6.82	0.001
Staff member in charge of quality assurance	1.80	1.07, 3.02	0.03
Regular team meetings with the entire office team (base: never)			
Several times a year	2.96	1.42, 6.15	0.01
At least monthly	6.20	2.93, 13.09	<0.001
Regular participation in a quality circle (base: never)			
Several times a year	2.24	1.22, 4.12	0.01
At least monthly	4.49	2.01, 10.05	<0.001
Physician network organization (base: A)			
B	1.02	0.60, 1.74	0.94
C	1.38	0.75, 2.54	0.30
D	4.23	2.20, 8.12	<0.001
Constant	0.12	0.05, 0.28	<0.001
Likelihood chi-square overall model			<0.001
Hosmer–Lemeshow goodness-of-fit test			0.28
McKelvey and Zavoina's R ²	0.38		

Gehring K. et al. Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care. *Inter J for Qual in Health Care* 2013; 25: 394-402



„Wer soll entscheiden, welche Behandlung die beste ist?“



Quelle: MSD / Picker INstitute
Grafik: ÄRZTE ZEITUNG

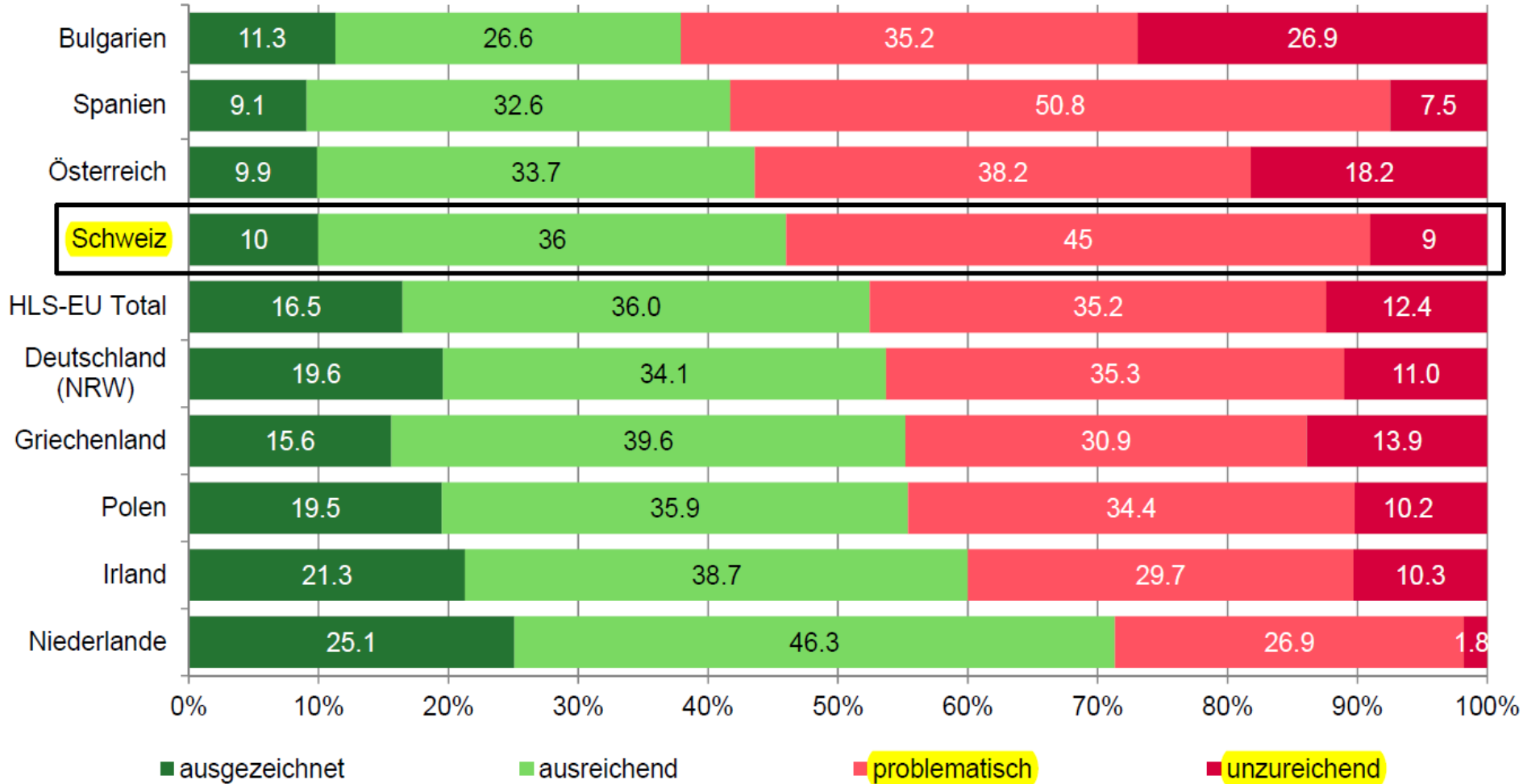


M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten

Ausgangslage CH: jeder 2. hat «Probleme»

iz

in % EinwohnerInnen in Europa



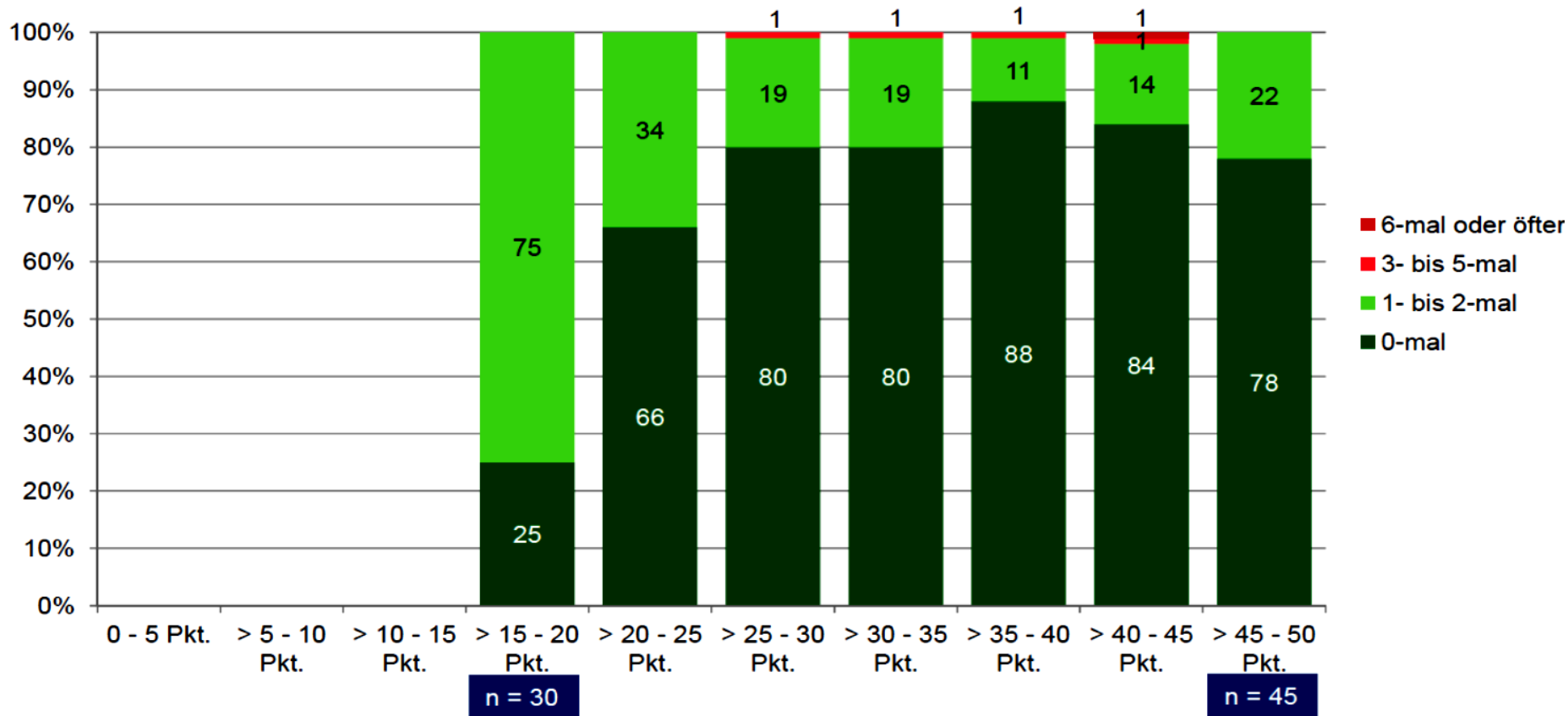
Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015» GFS Bern, 2016 (N=1107)

M06 Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten →

Mit steigender Gesundheitskompetenz weniger Spitalaufenthalte

"Wie oft mussten Sie in den letzten 12 Monaten als Patient ins Krankenhaus?"

in % EinwohnerInnen in der Schweiz



Gesundheitskompetenz Schweiz 2015, November 2015 (N = 1107), sig.

Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015» GFS Bern, 2016

- Inzidenz USA und UK: 0,9-9,4%
- Risikofaktoren:
 - Vorausgehender urologischer Eingriff
 - Dauer des Eingriffs
- Canada: Retrospective Case Control Study
 - Random sample von 200 Fällen mit Hospitalisation und 200 Patienten ohne Hospitalisation von total 20'657 ambulanten Interventionen
 - Hauptgründe für Hospitalisationen:
 - Chirurgische Komplikationen (40%)
 - Anästhesiologische Komplikation (20%)
 - Medizinisches Problem (20%)
 - Soziale Probleme (12%)
 - Verschiedene (8%)

Whippey A. et al. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study. *Can J Anesth/J Can Anesth* 2013; 60: 675-683

- Risikofaktoren
 - Länge der Operation > 3h
 - ASA Klasse: III oder IV
 - Erhöhter BMI ≥ 30
 - Alter: 80 +
 - Raucher
 - Prozeduren bezogen
 - *Allgemeine Chirurgie hat höheres Risiko als plastisch chirurgische, orthopädische, kieferchirurgische oder HNO-Eingriffe*

Whippey A. et al. Predictors of unanticipated admission following ambulatory surgery: a retrospective case-control study. *Can J Anesth/J Can Anesth* 2013; 60: 675-683

Review von 250'000 Fällen des nationalen Programms der Chirurgie zur Qualitätsverbesserung:

- *Frühe postoperative Morbidität und Mortalität: 1:1'000 Patienten.*
- *Prädiktoren für Mortalität und Morbidität:*

- Alter 81+
- BMI \geq 30
- COPD
- Diabetes
- Frühere chirurgische kardiale Intervention
- Dialyse
- In der Anamnese TIA/CVI
- Lange Operationszeit (\geq 3h)

Mathis M.R. et al. Patient Selection for Day Case-eligible Surgery
Anesthesiology 2013; 119:1310-1321

«Experimentierartikel» «Hausaufgaben» für ambulant vor stationär

- **«Einheitliche Finanzierung» ambulant stationär**
- **Ziel Verlagerung 30-50% der stationären Eingriffe nach ambulant**
- **Notwendige Voraussetzungen**
 - ✓ *«Ambulante» Infrastruktur («keine ambulante Medizin in für stationäre Massnahmen vorgesehener Infrastruktur»)*
 - ✓ *Definition möglicher Eingriffe und Massnahmen: medizinische Sicht*
 - ✓ *Einbezug von/Abstimmung mit*
 - *niedergelassenen Ärzten*
 - *Spitexdiensten*
 - *Patienten/Angehörigen*
 - ✓ *Messung von Qualitäts-und Sicherheitsindikatoren*
 - *Hospitalisationen*
 - *Wundinfekte*
 - *Ungenügende/genügende Schmerztherapie*
 - *Notfall, weil kein Ansprechpartner gefunden*
 - ✓ *Kosten: günstiger?, nur Verschiebung? etc.*