



Zürich, November 2022

Bericht nationaler Praxisdialog 2022

Anhang 6 zum Bericht 2022 «Literaturanalyse»

Dr. Lea Brühwiler, Dr. Annemarie Fridrich

1 Ausgangslage

Basierend auf dem Konzept zum nationalen Praxisdialog (Anhang 5 zum Bericht 2022 «Literaturanalyse») wurde im Jahr 2022 ein Austausch mit der Praxis auf nationaler Ebene durchgeführt. Mit dieser ersten Durchführung soll das Konzept überprüft werden und als erste Erfahrung für die kommenden Jahre dienen.

2 Thema und Ziel des Dialogs

Das Thema des Praxisdialogs orientiert sich am Thema des internationalen Tags der Patientensicherheit der WHO, dessen Thema 2022 «medication without harm» ist.

Primäres Ziel des Dialogs ist es, wichtige Risiken sowie Massnahmen für die Medikationssicherheit in der Schweiz zu identifizieren. Sekundär sollen mögliche Messgebiete sowie -methoden für die Medikationssicherheit diskutiert werden. Konkret wird angestrebt, Schwerpunktthemen für ein neues nationales Implementierungsprogramm zum Thema Medikationssicherheit zu identifizieren.

3 Dialogpartner:innen

Aus der Liste der Leistungserbringer wurde eine interprofessionelle Gruppe eingeladen, welche die wichtigsten Tätigkeiten im Bereich Medikationssicherheit abdeckt. Dies sind Spitäler, niedergelassene Ärzt:innen, Offizinapotheken, Spitalapotheken, Alters- und Pflegeheime, Fachbereich Geriatrie, Spitex. Zusätzlich wurde die Labormedizin eingeladen, da diese im Bereich der Medikationssicherheit ebenfalls eine aktive Rolle spielt.

Eine Einladung wurde an die Verbände gesandt mit der Bitte um Benennung einer delegierten Person. Für die Spitäler wurden zwei Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund eingeladen. Alle Personen sollten folgende Anforderungen erfüllen:

- 5 Jahre Berufserfahrung
- Verantwortungsträger:in in der Praxis, sei es fachlich (z.B. im Bereich Qualitätsmanagement, Expertise Patientensicherheit) oder organisatorisch (Leitungsfunktion wie Stationsleitung oder Oberärzt:in). Damit sollte ein breiteres Verständnis für die Fragestellungen gewährleistet werden
- keine Verbandsmitarbeitenden, sondern Fachpersonen aus der Praxis
- Spricht fließend und versteht Deutsch

Für folgende leistungserbringende Sektoren wurden die genannten Vertretungen eingeladen. Fünf von acht Vertretungen delegierten jeweils eine Person (davon eine stellvertretend für zwei Sektoren):

Leistungserbringende Sektoren	Vertretungen	Delegierte Person(en)
Niedergelassene Ärzt:innen	mfe	Dr. Michael Bagattini
Offizinapotheker:innen	Pharmasuisse	Susanne Flückiger
Spitalapotheker:innen	GSASA	Dr. Patrik Muff
Spitalbereich	H+	Dr. Patrik Muff
Spitex	Spitex Schweiz	Jennifer Kummli
Fachgebiet Geriatrie	SFGG	-
Stationärer Langzeitbereich	curaviva	-
Medizinische Laboratorien	FAMH	-

4 Gestaltung des Dialogs

Der Dialog wurde am 22. September in Form einer 3-stündigen Fokusgruppe an zentraler Lage in Zürich durchgeführt. Im Sinne eines Testlaufs wurde die Fokusgruppe auf Deutsch durchgeführt. Eine delegierte Person ist selbst in der Westschweiz respektive im zweisprachigen Kanton Bern aktiv.

Die Fokusgruppe wurde von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen von Patientensicherheit Schweiz anhand eines Skriptes moderiert und aufgezeichnet. Die Geschäftsleiterin begleitete den Praxisdialog.

Die Dialogpartner:innen erhielten zwei Wochen vor der Fokusgruppe eine Einladung per E-Mail mit detaillierten Vorbereitungsauftrag im Umfang von max. 30 Minuten.

Im ersten Schritt sollten Risiken, Massnahmen und Erfassungsmethoden für die Medikationssicherheit erfasst werden. Basis dafür war der WHO Strategic Framework «medication without harm», der den Teilnehmenden zwei Wochen im Voraus auf Deutsch (von Patientensicherheit Schweiz übersetzt) zugestellt wurde. Die Teilnehmenden hatten den Auftrag, für Ihren Sektor 1-3 Schwerpunkte auf dem Framework zu lokalisieren. Zu Beginn der Fokusgruppen wurden die Schwerpunkte im Plenum vorgestellt und mit Post-its

auf dem Framework verortet. Diese Auslegeordnung wurde diskutiert und danach durch die Moderatorinnen zusammengefasst.

Im zweiten Schritt wurden die Teilnehmenden gebeten, in zwei Gruppen jeweils ein nationales Implementierungsprogramm zur Verbesserung der Medikationssicherheit zu skizzieren. Die Anforderungen an das Programm waren: Betrifft ein möglichst relevantes Risiko; beinhaltet eine möglichst evidenzbasierte Intervention; bezieht mehrere Berufsgruppen oder Sektoren mit ein; ist national umsetzbar. Die Skizzen wurden im Plenum vorgestellt und diskutiert.

Die Fokusgruppe wurde mit einer Evaluation (wahlweise schriftlich oder elektronisch) abgeschlossen.

5 Ergebnisse

5.1 Gesetzte Schwerpunkte

Im Gesamtbild fällt auf, dass Hauptrisiken und mögliche Massnahmen nicht unbedingt in denselben Themengebieten des Frameworks verortet wurden.

Die meisten Risiken wurden in den Bereichen MEDIKATIONSSYSTEME & -PRAKTIKEN, MEDIKAMENTE / MEDIKATION verordnet. Systemische Probleme (z.B. schleppende oder unkoordinierte Digitalisierung) treten in den konkreten Medikationsprozessen zutage und werden hier zu Patientensicherheitsrisiken. Im Bereich MEDIKATIONSSYSTEME & -PRAKTIKEN bestehen auch sehr viele Lösungsideen wie beispielsweise die Verblisterung oder Clinical Decision Support Systeme.

Während im Bereich «Fachpersonen» allerdings keine Risiken gesehen werden, wurden dort viele Massnahmen angesetzt, wie beispielsweise eine interprofessionelle Ausbildung.

Patient:innen werden als passive Empfänger dargestellt und scheinen nicht stark zu Risiken und Massnahmen beitragen zu können. Die verschiedenen Sektoren treten als Einzelkämpfer:innen auf, haben aber ähnliche Probleme im Alltag.

Bereiche des Frameworks	Risiken	Massnahmen	Erfassungs-/Beurteilungsmethoden
PATIENT:INNEN UND DIE ÖFFENTLICHKEIT	<ul style="list-style-type: none"> - Einbezug/Berichterstattung Patient:innen 		<ul style="list-style-type: none"> - Meldesystem für unerwünschte Arzneimittelwirkungen durch Patient:innen
FACHPERSONEN		<ul style="list-style-type: none"> - Befähigung zu guten Kontrollen, sorgfältigen Dossierprüfungen - Interprofessioneller Pharmakologieunterricht im Studium (2x) - Interprofessionalität entlang Medikationsprozess - Betreuungscoordination zwischen Einzelplayern (Case management) 	<ul style="list-style-type: none"> - CIRS
MEDIKATIONSSYSTEME & -PRAKTIKEN	<ul style="list-style-type: none"> - Inkompatible KIS oder Informationsunterbrüche (IT-Papier) - Fehlende Medikationsanpassung bei Nieren-/Leber-Funktionsänderung - Unvollständiger Medikationsplan (verschiedene Verordner:innen, unmögliche Medication reconciliation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verblisterung - Gesetzliche Vorgaben zur Reduktion von Einzellösungen und -interessen - Einheitlicher E-Mediplan von mehreren Parteien bearbeitbar - Elektronisches Patientendossier, Clinical decision support system - Softwaregestützter Alert bei Verschlechterung der Laborwerte - Interaktionsprüfung, ermöglicht durch kompletten Medikationsplan - Aufnahme der 4-Augenkontrolle in die Leistungskataloge 	<ul style="list-style-type: none"> - Nationale Richtlinien, Interprofessionalität - Qualitätsindikatoren, Inter-Rai (Anzahl Medikamente)
MEDIKAMENTE / MEDIKATION	<ul style="list-style-type: none"> - Schlechte Erkennbarkeit respektive Verwechslung von Medikamenten (sound/look alike) - Fehlinterpretation aufgrund handschriftlicher, unklarer Verordnung - Lieferunterbrüche - Komplexe Medikamentenlogistik bei Spitex-Klient:innen - Suboptimale Instruktion zur Anwendung (2x) 		

Polypharmazie	<ul style="list-style-type: none"> - bis zu 16 Medikamente gleichzeitig von verschiedenen Verordner:innen, fehlende Medication reconciliation - Polypharmazie multimorbider Patient:innen (v.a. in Heimen) 		
Versorgungsübergänge	<ul style="list-style-type: none"> - Stationär-ambulant, innerhalb Spital, Schichtbetrieb, IT-Papier -> Kommunikationsprobleme 		
Hochrisiko-Situationen			
Allgemeine Anmerkungen der Teilnehmenden			<ul style="list-style-type: none"> - <i>Es bestehen wenige Daten, aber andererseits werden bestehende Daten zu wenig berücksichtigt.</i>

Im Detail gibt es wichtige Themen, die mehrfach oder sowohl als Risiko- und Lösungsansatz genannt wurden:

- **Digitalisierung:** Fehlende Interoperabilität von Informationssystemen und resultierende Informationsunterbrüche. Bereits existierende digitale Hilfsmittel können aufgrund anderer Probleme (z.B. suboptimale Medication reconciliation) nicht ihr Potenzial ausschöpfen (z.B. Alerts oder Interaktionsprüfung) oder haben keine closed-loop-Funktionalität. Wünschenswert wären standardisierte, einheitliche oder interoperable, flächendeckende digitale Produkte, die einerseits die koordinierte Betreuung ermöglichen und andererseits auch eine koordinierte Betreuung bedingen.
- **Kommunikation:** Verschiedene Kommunikationsprobleme stellen ein Risiko dar, z.B. zwischen verschiedenen Sektoren und einzelnen Leistungserbringern, aber auch mit der IT- und Pharma-Industrie. Die Kommunikation wird erschwert durch verschiedene Kommunikationskanäle/-formate.
- **Medication reconciliation und Koordination:** Es bestehen häufig Informationslücken bei einzelnen Leistungserbringern und es fehlt eine Koordinationsstelle in der Patient:innenbetreuung. Dies erschwert eine gute pharmakologische Betreuung.
- **Interprofessionalität:** Die Patientenversorgung soll vermehrt interprofessionell gewährleistet werden. Dies soll bereits in der Ausbildung verankert werden.
- **Polypharmazie und Versorgungsübergänge:** Die oben genannten Risiken summieren sich bei polymedizierten Patient:innen und bei Versorgungsübergängen auf.

5.2 Skizzen für nationale Programme

Skizze A: Es soll ein Care management für einzelne Patient:innen installiert werden, das die Therapie koordiniert und den Informationsfluss gewährleistet. Dafür muss eine neue Funktion mit Profil definiert werden und eine Austauschplattform mit Therapieplan erstellt werden. Das care management könnte je nach Kanton entweder der Hausarztpraxis oder der Offizinapotheke angegliedert werden und so zu einer Erweiterung des Tätigkeitsfeldes führen. Weiter involviert in ein solches Programm wäre auch die stationäre Ärzteschaft so wie die ambulante Pflege. Eine Bedingung für den Erfolg einer solchen Intervention ist das gegenseitige Vertrauen und die Zugänglichkeit einer solchen Dienstleistung. Barrieren sind die Finanzierung der Dienstleistung, Verantwortungs- und Haftungsfragen, die ärztliche Selbstdispensation, sowie eine fehlende interprofessionelle Ausbildung.

Skizze B: Die Polypharmazie im ambulanten Pflegebereich soll reduziert werden mit Hilfe eines interprofessionellen Medikationsabgleichs bei Versorgungsübergängen (Spital – ambulant, Heim – ambulant). Alle 6 Monate wird eine Medikationsüberprüfung aus dem Inter-Rai der Spitex initiiert und an die ärztliche Praxis übergeben. Neben Offizinapotheke, Spitex und ärztlicher Praxis müssen ebenfalls die Spitäler, Spezialist:innen, Medikamentenzulieferung, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenversicherer involviert werden. Insbesondere auch, um die Finanzierung des Projektes zu diskutieren, da alternative Vergütungsmodelle zum Erfolg des Programms beitragen könnten. Hinderlich für das Programm können fehlendes Vertrauen und Interessenskonflikte sein.

6 Fazit

Beurteilung der Methode

Aus Sicht der Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dieser erste nationale Praxisdialog gezeigt, dass Fokusgruppen eine vielversprechende Methode für einen nationalen Praxisdialog zu einem spezifischen Thema im Bereich Patientensicherheit sind. Der Vorbereitungsauftrag hat sich bewährt. Die Diskussion war ergebnisreich, offen und konstruktiv. Allerdings muss angefügt werden, dass die Anzahl der Teilnehmenden die Aussagekraft der Ergebnisse limitiert.

Die Ergebnisse aus der Kurzevaluation zeigen, dass alle Teilnehmenden ihrer Organisation empfehlen würden, erneut am Praxisdialog teilzunehmen und sich auch persönlich wieder zur Verfügung stellen würden. Gemäss Angaben der Teilnehmenden fehlten Krankenversicherer, Patienten-/Selbsthilfeorganisationen, andere Sprachregionen, Spezialist:innen, Industrievertreter:innen. Der Dialog könnte mit Informationsmaterialien (z.B. zu bereits realisierten Projekten) kanalisiert oder vorangetrieben werden. Es besteht die Befürchtung, dass das Erarbeitete «versandet» oder dass nicht beteiligte Stakeholder die Erkenntnisse nicht teilen. Die Skizzierung nationaler Programme wurde in dieser kurzen Zeit als anspruchsvoll wahrgenommen.

Für die nächste Durchführung können Fokusgruppen erneut empfohlen werden, wobei eine Durchführung mit mehr Teilnehmenden und Vertretungen aus mehreren Sprachregionen angestrebt werden sollen. Die Einladung soll wenn möglich mehr als zwei Monate im Voraus und ausserhalb von Ferienzeiten versandt werden, da sich die Rekrutierung von Vertretungen für die Organisationen schwierig gestaltete.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im nationalen Praxisdialog wurde das Thema Medikationssicherheit diskutiert. Es wurden schwerpunktmässige Risiken sowie Massnahmen für die Medikationssicherheit zusammengetragen. Neben vielseitigen Einzelvoten ergaben sich einige Themen, die mehrfach genannt wurden und die auch in zwei Skizzen für nationale Implementierungsprogramme einfließen: Wichtige Themen waren die Digitalisierung, insbesondere flächendeckende und interoperable Lösungen, die einerseits zu einer koordinierten Versorgung beitragen, aber auch erst ihr Potenzial ausschöpfen, wenn beispielsweise zuverlässige medication reconciliation durchgeführt wird. Eine Koordination und verstärkte Interprofessionalität wären Schlüssel für eine sicherere Medikation, insbesondere in heiklen Situationen der Versorgung, nämlich bei Versorgungsübergängen oder bei Polypharmazie.