

Zürich, November 2022

Konzept nationaler Praxisdialog

Anhang 5 zum Bericht 2022 «Literaturanalyse»

Dr. Lea Brühwiler, Dr. Annemarie Fridrich

Inhalt

1	Hintergrund und Ziel des Konzeptes	2
2	Themen	2
3	Dialogpartner:innen	2
3.1	Leistungserbringende Sektoren	3
3.2	Vertretung der leistungserbringenden Sektoren	4
3.3	Vertretende Individuen	5
4	Sprache	5
5	Format	5
6	Verschriftlichung der Ergebnisse	9

1 Hintergrund und Ziel des Konzeptes

Basierend auf der Offerte vom Oktober 2021 und der Leistungsvereinbarung vom Januar 2022 führt die Stiftung Patientensicherheit Schweiz jährlich ein Horizon Scanning durch und verschriftlicht dieses zuhanden der Eidgenössischen Qualitätskommission. Bestandteil des Horizon Scannings ist ein systematischer Praxisdialog. Ziel dieses Konzeptes ist es, Gestaltungsmöglichkeiten des Praxisdialogs auf nationaler Ebene aufzuzeigen.

2 Themen

Der Praxisdialog soll eine eigenständige und unabhängige Quelle des Horizon Scannings sein. Die besprochenen Themen sollen also nicht ausschliesslich von der wissenschaftlichen Literatur oder von nationalen Daten vorgegeben sein. Folgende Inhalte können im Fokus stehen:

- Sich neu abzeichnende Risiken für die Patientensicherheit
- Trends in Patientensicherheitsaktivitäten
- Methodische Entwicklung zur Erfassung oder Beurteilung der Patientensicherheit
- Evidenz zu Lösungsansätzen

Ein gänzlich offenes Themenfeld würde einen neutralen Praxisdialog ermöglichen. Nachteilig ist, dass verschiedene Teilnehmende des Dialogs sehr unterschiedliche Themen ansprechen könnten und diese (für eine Gruppendiskussion oder für eine schriftliche Synthese) kaum zu einem Gesamtbild kombinierbar wären. Eine grobe thematische Richtung oder ein Rahmen auf abstraktem Niveau soll deshalb den Dialog vereinfachen. Die Themensetzung für den internationalen Tag der Patientensicherheit durch die WHO könnte geeignet sein, auch als Thema für den Praxisdialog zu figurieren.

Damit die Diskussion geleitet werden kann, sind Impuls- oder Leitfragen empfehlenswert, die den Dialog stimulieren. Sie können für die Teilnehmenden auch anleitend sein, um zu erkennen, welche Trends im eigenen Sektor vorhanden sind.

3 Dialogpartner:innen

In den oben genannten Dokumenten wurden bisher die Begriffe Praxispartner:innen und Expert:innen verwendet. Das vorliegende Konzept fokussiert auf Organisationen und Individuen aus dem Schweizer Gesundheitswesen. Diese Individuen können gleichzeitig Expert:innen für Patientensicherheit sein.

Der zusätzliche Einbezug von Expert:innen OHNE relevanten Praxisbezug (z.B. Individuen ohne eigene Tätigkeit in einem leistungserbringenden Sektor oder mit einer Tätigkeit in einem anderen Praxisfeld, d.h. beispielsweise Personen aus der Forschung, von Ämtern, Patientenvertretungen, Ombudsstellen, Gesundheitsligen, Anbieter:innen von Qualitätsprodukten) muss je nach Schwerpunktthema zusätzlich in Betracht gezogen werden. Der Einbezug von Expert:innen ohne Praxisbezug wird in diesem Konzept jedoch nicht weiter beschrieben.

Der Dialog kann anhand verschiedener Versorgungsaspekte strukturiert werden: Beispielsweise anhand von leistungserbringenden Sektoren (Spitäler, Heime etc.) oder anhand von Berufsgruppen (Pflege, Hebammen, etc.), anhand von Behandlungen respektive Prozessschritten (Operationen, Heimeintritt, etc.) oder anhand der Patientengruppe (z.B. Kinder, geriatrische Patienten, etc.).

Dieses Konzept verfolgt die Strukturierung anhand leistungserbringender Sektoren. Sie sind im Folgenden spezifiziert. Die leistungserbringenden Sektoren entsenden jeweils vertretende Individuen.

3.1 Leistungserbringende Sektoren

Im Folgenden sind sämtliche leistungserbringende Sektoren aufgeführt, welche im Praxisdialog grundsätzlich berücksichtigt werden sollen. Gemäss Krankenversicherungsgesetz sind die Leistungserbringer:

- Ärzte und Ärztinnen; inkl. Zahnärzte und Zahnärztinnen (Medizinalberuf)
- Apotheker und Apothekerinnen; (Medizinalberuf)
- Chiropraktoren und Chiropraktorinnen; (Medizinalberuf)
- Hebammen; (Gesundheitsberuf)
- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen¹;
- Laboratorien;
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;
- Spitäler²;
- Geburtshäuser;
- Pflegeheime; (gemäss KVL auch mit Akut- und Übergangspflege)
- Heilbäder;
- Transport- und Rettungsunternehmen;
- Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch ÄrztInnen dienen

Da ein jährlicher Einbezug aller Leistungserbringer aus Ressourcengründen nicht möglich ist, sollen die Leistungserbringer rotierend eingebunden werden. Vorteil einer Rotation ist ein über die Jahre breiteres Bild, das sich aber erst nach Abschluss einer vollständig durchlaufenen Rotation ergibt. Zusätzlich kann ressourcenschonender gearbeitet werden und kleinere Sektoren können ebenfalls zu Wort kommen (z.B. Ergotherapie). Mit einer Eingrenzung der gleichzeitig einbezogenen Leistungserbringer kann ein spezifisches Thema in genügender Tiefe bearbeitet werden. Nachteilig könnte sich ein jährlich sehr fluktuierendes Bild ergeben, das erst über die gesamte Rotationsdauer interpretiert werden darf.

Orientiert an der Laufzeit des NGP Wissensgenerierung und -allokation sollen sämtliche Leistungserbringer mindestens einmal in drei Jahren eingeladen werden, wenn immer sich dies mit dem Thema vereinbaren lässt. Die Leistungserbringer sollen wo möglich nach ähnlichen Tätigkeitsgebiet gruppiert werden, z.B. Physiotherapie, Chiropraktor:innen und Osteopath:innen. Dies vereinfacht die gemeinsame Diskussion zu einem Thema.

¹ gemäss Krankenversicherungsverordnung sind dies: Physiotherapie (Gesundheitsberuf, GB), Ergotherapie (GB), Pflegefachmänner/frauen (GB), Logopädie, Ernährungsberatung (gemäss KVL auch Diabetesberatung, GB), Neuropsychologie, Podologen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex, selbständige Pflegefachpersonen, inkl. aller Spezialisierungen wie Onkospitex, Kinderspitex). Weitere Gesundheitsberufe (gemäss Gesundheitsberufegesetz) sind Optometrist:innen Osteopath:innen.

² gemäss Kennzahlen der Spitäler vom Bundesamt für Statistik sind dies Universitätsspitäler bis Spezialkliniken.

Nach einer 3-Jahres-Rotation kann sich unter Anwendung des PDCA-Prinzips zeigen, welche Bereiche in der nächsten Rotation zusammengelegt, separat einbezogen oder vernachlässigt werden können. Eine 3-Jahres-Rotation könnte folgendermassen aussehen:

1. Jahr	<ul style="list-style-type: none">- Spitäler- Niedergelassene Ärzt:innen- Apotheker:innen- Laboratorien;- Pflegeheime; (gemäss KVL auch mit Akut- und Übergangspflege)- Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex, selbständige Pflegefachpersonen)
2. Jahr	<ul style="list-style-type: none">- Heilbäder;- Physiotherapeut:innen; Ergotherapeut:innen- Osteopath:innen, Chiropraktor:innen;
3. Jahr	<ul style="list-style-type: none">- Geburtshäuser, Hebammen- Transport- und Rettungsunternehmen;- Ernährungsberaterin und Ernährungsberater;- Optometristin und Optometrist;- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen;- Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch ÄrztInnen dienen

3.2 Vertretung der leistungserbringenden Sektoren

Um die leistungserbringenden Sektoren in den Dialog einzubeziehen, kommen verschiedene Vertretungen in Frage:

- Einzelne Leistungserbringer oder Leistungserbringer-Gemeinschaften³
- Branchen- oder Berufsverbände (deren gegenseitige Abgrenzung ist nicht immer eindeutig)
- Fachgesellschaften
- Weitere Organisationen/Verbände/Vereinigungen/Interessensgruppen

Wichtig ist zu berücksichtigen, dass ein Leistungserbringer (z.B. vertreten durch den Branchenverband) nicht nur als Einheit zu verstehen ist. Beispielsweise sind in einer Rehabilitationsklinik mehrere Berufsgruppen und Fachdisziplinen aktiv, die verschiedene Schwerpunkte in der Patientensicherheit setzen würden. Zusätzlich ist eine Berufsgruppe (z.B. vertreten durch einen Berufsverband oder eine Fachgesellschaft) in verschiedenen Sektoren tätig. Diesem Umstand wird soweit möglich Rechnung getragen.

³ Verschiedene Unternehmensformen (privat, öffentlich, profit, nonprofit) können voraussichtlich nicht berücksichtigt werden.

Beispiel: Die FMH vertritt sowohl die Ärzteschaft in Rehabilitationskliniken als auch niedergelassene Ärzt:innen. mfe oder pädiatrie schweiz vertritt niedergelassene Ärzt:innen verschiedener Spezialisierungen, während SwissReha Rehabilitationskliniken vertritt. Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz oder die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie dürften ebenfalls relevante Akteure in der Rehabilitation sein.

Dieses Beispiel zeigt die schachbrettartige Auslegeordnung und illustriert, dass sehr viele Vertretungen pro Sektor in den Praxisdialog einbezogen werden könnten. Daher muss eine Selektion stattfinden und es ist möglich, dass gewisse Vertretungen häufiger einbezogen werden als andere.

3.3 Vertretende Individuen

Die in Kapitel 3.2 genannten Dialogpartner:innen benennen Individuen, die sie im Praxisdialog vertreten. Ihnen obliegt auch die Benennung von Stellvertretungen oder Neubesetzungen. Dazu werden sie von Patientensicherheit Schweiz kontaktiert.

Es ist nicht ausschlaggebend, ob die Individuen eine Fachausbildung in einem Medizinal- oder Gesundheitsberuf haben. Es ist jedoch sinnvoll, dass in der entstehenden Gruppe der Individuen verschiedene Fachpersonen vertreten sind. Dies reichert den Austausch an und kann die Breite des Horizon Scannings erhöhen. Es wird nicht möglich sein, die Fachpersonen zusätzlich nach Ausbildungsniveau oder Position auszuwählen.

Es ist wünschenswert, dass die vertretenden Individuen über die Projektlaufzeit des nationalen Grundlagenthemas «Wissensgenerierung und -allokation» (2022-2024) zur Verfügung stehen, wenn die Vertretung mehrere Jahre hintereinander im Praxisdialog vorgesehen ist. Sobald sich der Praxisdialog einspielt, kann dies bei der Rekrutierung der Vertretungen kommuniziert werden. Danach kann ein Wechsel der Individuen sinnvoll sein, um eine möglichst breite und heterogene Erfassung von Trends zu ermöglichen.

4 Sprache

Es soll möglich sein, dass die italienisch-, französisch- und deutschsprachigen Landesteile am Praxisdialog teilnehmen können. Je nach Methodik, insbesondere wenn ein Austausch zwischen den Teilnehmenden vorgesehen ist, sollen alle die wichtigsten Inhalte verstehen können. Eine Simultanübersetzung könnte deshalb vonnöten sein.

5 Format

Im Folgenden werden verschiedene Formate skizziert: Online-Fragebogen, Fokusgruppen, semistrukturierte Einzelinterviews. Weitere Formate werden hier nicht ausgearbeitet: strukturierte Einzelinterviews, Papier-Fragebogen, selbständige Gruppenarbeiten, da sie als wenig geeignet erscheinen.

Wird ein vielversprechendes Format weiterverfolgt, müssen die konkreten Aufwände/Aufgaben, der Zeitbedarf (Anzahl Monate pro Jahr) etc. weiter ausgearbeitet werden.

Grundsätzlich ist eine Aufwandsentschädigung der Teilnehmenden im Finanzrahmen nicht möglich, es sollen jedoch Spesen erstattet werden.

Schriftliche Befragung	
Beschreibung	Online-Fragebogen
Anzahl Teilnehmende pro Durchführung	Sehr hohe Teilnehmendenzahl möglich. Antwortrate limitiert sich durch das aktuell sehr häufig genutzte/übernutzte Format.
Anzahl notwendige Durchführungen pro Jahr	Eine. Allenfalls mehrere Durchführungen mit individuellen Fragebögen pro Sektor.
Kombination von verschiedenen Leistungserbringern	Ja, mit Anpassungen. Vergleichbarkeit von verschiedenen Sektoren hoch
Kombination mit anderen Formaten	Ja, sehr gut denkbar. Als erstes Fokusgruppen/Gruppenarbeiten, danach Validierung/Vernehmlassung durch Fragebogen.
Einbettung in Veranstaltung	Nicht einfach möglich, ausser man würde zu Beginn einer Veranstaltung einen Online-Fragebogen starten und die Resultate live verarbeiten, beispielsweise in einzelnen Arbeitsgruppen pro Thema, das im Fragebogen abgefragt wurde.
Eignung für dieses Thema	Mässig, da die Meinungsabgabe durch die Schriftlichkeit limitiert wird. Keine Meinungsbildung/Konsens möglich. Kann leicht für die Bestätigung von recherchierten Trends verwendet werden, für die Erhebung neuer Themen vielleicht mässig erfolgreich. Missinterpretationen bei kurzen Antworten möglich.
Wissenschaftliche Auswertbarkeit	Relativ einfach, mit verhältnismässigem Aufwand. Für dieses Thema müssten es viele offene Fragen sein, wobei die Kategorisierung der Antworten aufwändig ist.
Ressourcen (Zeit, Finanzen) im Vergleich zu anderen Methoden	Vorbereitung: Tief Durchführung: Tief Auswertung: Tief

Fokusgruppen	
Beschreibung	Es werden einzelne Präsenz-Fokusgruppen durchgeführt. Bei > 10 vertretenden Individuen werden mehrere Fokusgruppen parallel oder sequenziell durchgeführt, allenfalls mit einer gemeinsamen Start- und Schluss-Session. Variante: online-Fokusgruppen
Anzahl Teilnehmende pro Durchführung	Begrenzte Teilnehmendenzahl möglich. Maximal 9 Personen pro Fokusgruppe. Maximal 2 Fokusgruppen parallel.
Anzahl notwendige Durchführungen pro Jahr	1-2 Mal pro Jahr
Kombination von verschiedenen Leistungserbringern	Möglich. Bei einer Durchmischung der Leistungserbringer besteht das Risiko, dass stark vertretene Leistungserbringer die Meinungsbildung dominieren.
Kombination mit anderen Formaten	Ja, sehr gut denkbar. Als erstes Fokusgruppen, danach Validierung/Vernehmlassung durch Fragebogen. Oder als erstes Themenfeld eingrenzen mit Fragebogen, danach Diskussion der Resultate in Fokusgruppen.
Einbettung in Veranstaltung	Möglich, könnte Attraktivität steigern. Ggf. Einbindung im Rahmen der Aktionswoche.
Eignung für Thema	Sehr gut.
Wissenschaftliche Auswertbarkeit	Gegeben, unter bestimmten Bedingungen. Aufzeichnung und Transkription allenfalls sinnvoll, aber nicht um jegliche Voten zu rapportieren, sondern um die Auswertung abzusichern. Bei der Gesprächsleitung sollte mit geeigneten Mitteln die Diskussion geleitet werden, um auch zu quantifizierbaren Resultaten kommen (z.B. Abstimmungen, Priorisierung).
Ressourcen (Zeit, Finanzen) im Vergleich zu anderen Methoden	Vorbereitung: Hoch (Veranstaltungsorganisation, Teilnahme und Terminfindung) Durchführung: Hoch (Simultanübersetzung, Moderation, Verpflegung, Miete) Auswertung: Mittel (je nach Methodik)

Einzel-Interviews	
Beschreibung	Semistrukturierte Befragung von einzelnen, vertretenden Individuen. Diese Interviews können persönlich oder via Telefon/Videotelefonie durchgeführt werden.
Anzahl Teilnehmende pro Durchführung	Klein, wobei sich der Aufwand mit der Teilnehmerzahl erhöht, da der Hauptaufwand in der Befragung und Koordination und weniger in der inhaltlichen Vorbereitung (Befragungsleitfaden) liegt.
Anzahl notwendige Durchführungen pro Jahr	1-2 Individuen pro leistungserbringendem Sektor
Kombination von verschiedenen Leistungserbringern	Nicht sinnvoll. Variante: mehrere Individuen der gleichen Leistungserbringer gemeinsam befragen (Doppel-Interview).
Kombination mit anderen Formaten	Einzelinterviews können mit Fragebögen kombiniert werden. Die Interviews könnten explorativ/induktiv genutzt werden, um den Fragenbogen zu erstellen. Dieser hätte dann eine deduktive Komponente.
Einbettung in Veranstaltung	Nicht sinnvoll.
Eignung für dieses Thema	Gut, wobei es zu keiner Meinungsbildung, zu keiner Konsensbildung kommt. Die Einzelmeinungen bekommen sehr viel Raum, aber sind möglicherweise für die Auswertung schwierig zu einem Gesamtbild zusammenzufügen. Einzelne Stimmen und Interessen werden stark vertreten.
Wissenschaftliche Auswertbarkeit	Gegeben, unter bestimmten Bedingungen (siehe auch Fokusgruppe)
Ressourcen (Zeit, Finanzen) im Vergleich zu anderen Methoden	Vorbereitung: mittel (Terminkoordination) Durchführung: hoch (ca. 1h pro Individuum benötigt) Auswertung: Mittel (je nach Methodik)

Zusammenfassend haben die drei Formate untenstehende Vor- und Nachteile. Die Fokusgruppen sind das empfehlenswerteste Format, wenn auch mit erhöhtem Budgetbedarf. Aus diesem Grund wird im Jahr 2022 eine einzelne deutschsprachige Fokusgruppe durchgeführt, um das Konzept zu bestätigen.

Zusammenfassung	Schriftliche Befragung	Fokusgruppen	Einzel-Interviews
Vorteile	Tiefer Budgetbedarf, breites Feld erreichbar, zeitliche Unabhängigkeit der einzelnen Teilnehmenden, da keine Präsenz	Sehr geeignet für das Thema. Austausch zwischen Sektoren möglich sowie ad-hoc Vertiefung von Schwerpunktthemen	Geeignet für Thema. Organisation einfacher als bei Veranstaltung, mittlerer Budgetbedarf.
Nachteile	Geringe Eignung für Thema, «Fragebogen-Fatigue» mit fraglicher Antwortrate.	Erhöhter Budgetbedarf, Präsenz vonnöten, Veranstaltungsorganisation aufwändig	Einzelmeinungen erhalten viel Raum und müssen zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden. Einzelne Individuen können klar nachvollziehen, ob Ihre Anliegen aufgenommen wurden oder nicht (ggf. Risiko hinsichtlich Akzeptanz der Resultate, Bereitschaft zur erneuten Teilnahme)
Empfehlung	Höchstens in Kombination mit einer Veranstaltung/Fokusgruppe zielführend	Sehr zielführend	zielführend

6 Verschriftlichung der Ergebnisse

Die Ergebnisse des Dialogs werden in einem Ergebnisbericht synthetisiert. Dieser Bericht skizziert die Methode, auf eine detaillierte Methodenbeschreibung nach wissenschaftlichen Ansprüchen wird aus Ressourcengründen jedoch verzichtet. Die involvierten Organisationen sowie die vertretenden Personen werden namentlich und mit Funktion erwähnt. Dies muss bei der Anfrage für die Teilnahme am Praxisdialog klar kommuniziert werden. Die wichtigsten Erkenntnisse werden in einem Fazit zusammengefasst. Der Ergebnisbericht kann an die Teilnehmenden des Praxisdialogs zurückgespiegelt werden, es wird aber keine Vernehmlassung durchgeführt. Die Ergebnisse des Praxisdialogs fließen in den jährlichen Literaturbericht zuhanden der EQK ein.