

Von internationalen Netzwerken aus Fehlern lernen und Sicherheit in der Primärversorgung verstehen

Die Bedeutung der Primärversorgung in Gesundheitssystemen und warum wir uns mit Patientensicherheit befassen müssen

Es gibt ein wachsendes Verständnis für die Bedeutung von Patientensicherheit im Rahmen der Gesundheitsfürsorge. Richtungsweisende Studien (in den USA, Dänemark, Großbritannien und Nordirland, und den Niederlanden), die erfassten, in wie weit unerwünschte Ereignisse zum Leiden von Patienten beitragen, führten zu bedeutenden Initiativen zur Verbesserung der Patientensicherheit in vielen Ländern. Dennoch ist in allen EU-Ländern das Thema Patientensicherheit immer noch auf die Versorgung im Krankenhaus und durch Spezialisten fokussiert. Es tut sich wenig im Bereich der Primärversorgung. Auch die Aktivitäten bei den Schwerpunktthemen Sicherheitskultur, Führung und klinische Unternehmensführung konzentrieren sich auf Kliniken und regionale Organisationen, wieder unter Vernachlässigung von Ärzten und Teams aus dem Bereich der Primärversorgung.

In vielen EU-Ländern erfolgt der Zugang zu Fachärzten über den Allgemeinarzt. In Großbritannien zum Beispiel finden 85% der Kontakte zum Nationalen Gesundheitsdienst in der Primärversorgung statt, mit jährlich 300 Millionen Terminen beim Allgemeinarzt. Das bedeutet, dass täglich fast 750 000 Patienten ihren Hausarzt aufsuchen. In Deutschland sind die Zahlen noch höher - rund 1,5 Millionen Arztbesuche finden täglich statt und jährlich werden 550 Millionen Rezepte von Allgemeinmedizinern und Internisten ausgestellt. Schätzungen in den Niederlanden ergaben, dass jeder Bürger im Jahr durchschnittlich 2,6 Konsultationen beim Allgemeinarzt hat. Offensichtlich ist die Primärversorgung ein gewaltiger organisierter Gesundheitssektor in dem Millionen von täglichen Interaktionen in ganz Europa stattfinden. Eine Zusammenfassung der Literatur zu Art und Häufigkeit von Fehlern in der Primärversorgung lässt auf eine Rate von 5-80 sicherheitsrelevanten Vorfällen pro 100 000 Konsultationen schließen, was für Großbritannien eine Häufigkeit von 37 bis 600 Vorfällen pro Tag bedeuten würde. Die überwältigende Mehrheit dieser Vorfälle fällt in eine von 4 Kategorien: Diagnose, Verschreibung, Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten, und organisatorische/administrative Probleme. Das Fehlerpotenzial ist groß, aber die Analyse von gerichtsmedizinischen Datenbanken deutet darauf hin, dass 50% der Fehler keine Konsequenzen haben, 20% in medizinisch nicht relevanten Verzögerungen der Diagnosestellung resultieren und 10% der Fehler zu Verärgerungen beim Patienten führen. Aber 20% der Fehler können ernsthafte Konsequenzen haben. Setzt man dies in Beziehung zu den genannten Interaktionshäufigkeiten, wird das Ausmaß des Problems deutlich.

LINNEAUS EURO PC (Learning from InterNational Networks about Errors And Understanding Safety in Primary Care) ist ein Programm zur Koordination von Aktivitäten, das von der EU finanziell im Rahmenprogramm 7 für 4 Jahre (2009-13) mit einem Volumen von 2,46 Millionen Euro gefördert wird. Derzeit nehmen 8 Forschungsgruppen aus 6 EU-Ländern (Großbritannien, die Niederlande, Deutschland, Dänemark, Österreich und Polen) teil. Während der Projektlaufzeit sollen weitere Länder eingebunden werden. Das Projekt wird sich ausdrücklich mit Fragen in Zusammenhang mit der Verbesserung der Patientensicherheit im Bereich der Primärversorgung und im Bereich der Schnittstellen von Primärversorgung/Maximalversorgung befassen.

Ziele der LINNEAUS-EURO-PC Zusammenarbeit:

Die finanzielle Unterstützung durch das EU FP 7 versetzt uns in die Lage, die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene auszuweiten und zu entwickeln. Die Aktivitäten im Rahmen der Linneaus Euro-PC Zusammenarbeit werden sich ausdrücklich mit folgenden Themen befassen:

- Entwicklung einer Taxonomie von unerwünschten Ereignissen und Fehlern und eines Instrumentes zur Erfassung von Sicherheitskultur und Führungsverhalten im Bereich der Primärversorgung. Somit können bereits auf nationaler Ebene genutzte Instrumente so entwickelt werden, dass mit ihnen Vergleichsanalysen auf europäischer Ebene durchgeführt werden können.

- Identifikation von best-practice klinischen Verfahren unter Berücksichtigung der Rolle, die die Entscheidungsfindung dabei spielt, sowie von Medikationsfehlern, da diese einen Großteil der unerwünschten Ereignissen und Fehlern in der Primärversorgung ausmachen.
- Einig werden über Methoden zur Messung von Sicherheitskultur im Kontext der Primärversorgung und die Festlegung von Indikatoren, die zur Erfassung von Verbesserungen der Sicherheitskultur genutzt werden können.
- Erweiterung der Kenntnisse über Techniken zur Qualitätsverbesserung, die im Bereich der Primärversorgung breite Anwendung finden (in denen Mitglieder der Kollaboration gründliche Erfahrungen haben), und deren Anwendung in Lernzirkeln zur Verbesserung der Patientensicherheit.
- Erweiterung eines existierenden Netzwerkes zu einem gesamteuropäischen Netzwerk. Ziel ist die Verbreitung von derzeitigem Wissen und Erfahrungen von Ländern, wo die Bedeutung von Patientensicherheit auf nationaler Ebene groß ist, auf Länder in denen Patientensicherheit keinen so hohen Stellenwert genießt. In Workshops und Seminaren soll das Wissen mit Fokus auf die Primärversorgung geteilt werden und die Zusammenarbeit in zukünftigen Interventionen durch groß angelegte klinische Studien angeregt werden.

Organisation

Die Zusammenarbeit wird in neun Arbeitsbereichen aufgeteilt, die jeweils von einem der Kooperationsländer funktionell geleitet werden.

1. Projektmanagement und Koordination (Manchester, UK)
2. Entwicklung einer Fehlertaxonomie für die Primärversorgung (Frankfurt, Deutschland)
3. Medikationsfehler in der Primärversorgung (Salzburg, Österreich)
4. Diagnostische Fehler in der Primärversorgung (London, UK)
5. Sicherheitskultur und Ergebnis (Manchester, UK)
6. Lernen für Patientensicherheit (Nijmegen, Niederlande)
7. Entwicklung von Interventionen in jungen Organisationen (Lodz, Polen)
8. Einbeziehung von Patienten (Kopenhagen, Dänemark)
9. Weitergabe von Informationen (Manchester, UK)

Kooperationsmitglieder

1. Prof. Aneez Esmail (Kordinatorin), Primärversorgung, Schule für bevölkerungsorientierte Medizin, University of Manchester, UK
2. Dr. Barbara Hoffmann, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe Universität, Frankfurt am Main, DEUTSCHLAND
3. Prof Andreas C. Soennichsen, Institut für Allgemeinmedizin, Familienmedizin und Präventive Medizin, Paracelsus Medizinische Universität, Salzburg, ÖSTERREICH
4. Prof Dianne Parker, Safety Culture Associates Ltd., UK
5. Dr Michel Wensing, Radboud Universität Nijmegen Medizinisches Zentrum, Nijmegen, NIEDERLANDE
6. Dr Maciek Godycki-Cwirko, Lodz Medizinische Universität, POLEN
7. Vinnie Andersen, Dänische Gesellschaft für Patientensicherheit, Hvidovre, Dänemark
8. Dr. Olga Kostopouou, Forschungsgruppe für Medizinische Entscheidungsfindung & Informatik, Forschungsabteilung für Gesundheit und Sozialfürsorge, Kings College London, UK