



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Eidgenössische Qualitätskommission EQK

SICHERHEITSKULTUR: KONZEPT UND MACHBARKEITSSTUDIE

Systematische Auswertung der Literatur zur
Sicherheitskultur: Massnahmen und Initiativen zur
Verbesserung der Sicherheitskultur in der Schweiz
und international

Prof. Dr. med. Guy Haller, Dr. PD Stéphane Cullati, Annette Koller, Neil Morandini
Hôpitaux Universitaires de Genève - Université de Genève

Prof. Michael Simon, Dr. Beatrice Gehri, Lina Heltsche
Universität Basel - Departement für öffentliche Gesundheit

Die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) ist eine ausserparlamentarische Behördenkommission des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI). Sie unterstützt den Bundesrat bei der Qualitätsentwicklung in der medizinischen Leistungserbringung im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Weitere Informationen sind unter www.eqk.admin.ch zu finden.

Impressum

Herausgeberin

Eidgenössische Qualitätskommission (EQK)

Zitierweise

Haller G, Simon M, Koller A, Morandini N, Heltsche L, Cullati S, Gehri B (2024) - Sicherheitskultur: Konzept und Machbarkeitsstudie - Systematische Auswertung der Literatur zur Sicherheitskultur: Massnahmen und Initiativen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in der Schweiz und international. Basel & Genf, Universität Basel & Universitätsspital Genf, 2024. Zenodo. doi: 10.5281/zenodo.13833587

Auskunft

Eidgenössische Qualitätskommission
Sekretariat
c/o Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
info@eqk.admin.ch
www.eqk.admin.ch

Copyright

Wiedergabe unter Angabe der Quelle gestattet.

Zusammenfassung

Dieser Bericht, der von der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) in Auftrag gegeben wurde, enthält einen neuen Rahmen für die Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitswesen und zwei Scoping Reviews. Die erste Übersichtsarbeit beschreibt den Status der Sicherheitskultur in der Schweiz in verschiedenen Settings, Kontexten und Zielgruppen. Die zweite Übersichtsarbeit untersucht Interventionen zur Verbesserung der Sicherheitskultur, nicht nur in der Schweiz, sondern weltweit, in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (Spitäler, psychiatrische Kliniken, Pflegeheime, ambulanter Sektor (z. B. häusliche Pflege, Hausarztpraxen)). Sie beschreibt deren Wirksamkeit und die Ergebnisse der Umsetzungsstrategien.

Rahmenkonzept für die Sicherheitskultur im schweizerischen Gesundheitswesen: Basierend auf den verschiedenen Definitionen, Konzepten und Rahmenwerken in der Literatur wurde ein Rahmen für die Sicherheitskultur in der Schweiz entwickelt, der die Makro-, Meso- und Mikroebene berücksichtigt. Auf der Mikroebene, die sich auf die Organisations- oder Einheitsebene bezieht (Abbildung 1), wurden neun Unterdimensionen als Schlüsselemente für die Etablierung oder Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur identifiziert: Führung, offene Kommunikation, positives Lernumfeld, Arbeitszufriedenheit, gerechte Kultur, Teamarbeit, angemessene Ressourcen und Schulung, Evidenz-basierte Verfahren und Leitlinien für die Verbesserung der Sicherheit sowie Patientenbeteiligung. Die Grenzen zwischen diesen Subdimensionen sind jedoch nicht immer klar, da sich einige von ihnen überschneiden und interagieren können. Auf der Mesoebene (kantonale oder regionale Ebene) und der Makroebene (nationale und internationale Ebene) wurden relevante Akteure und Prozesse identifiziert, welche die Entwicklung eines Umfelds, das die Sicherheitskultur entweder unterstützt oder behindert, potenziell beeinflussen können.

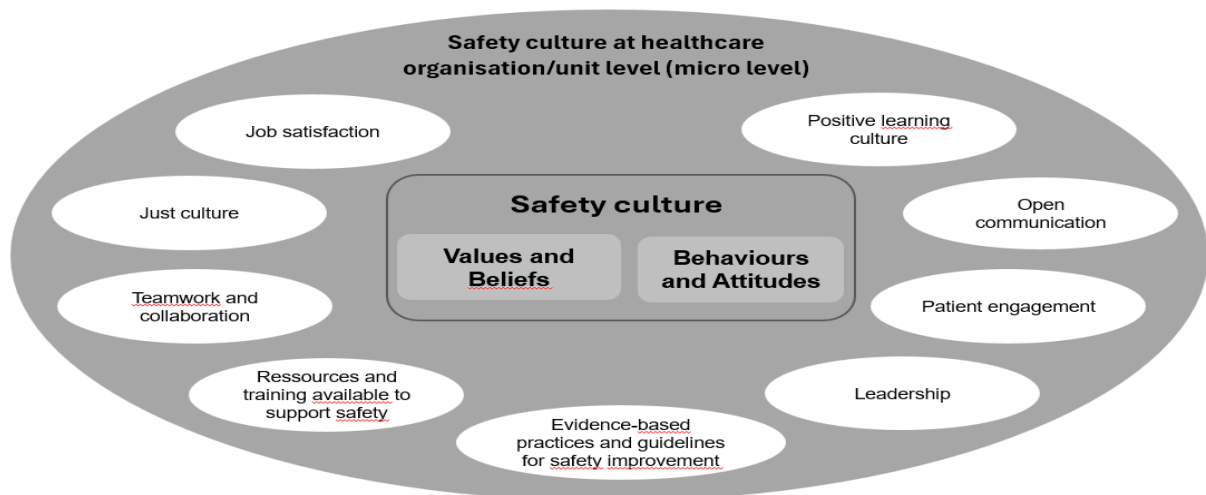


Abbildung 1 Rahmen für Sicherheitskultur auf Mikroebene

Stand der Sicherheitskultur in der Schweiz (Review 1): Insgesamt wurden 115 Studien und Berichte in die Studie eingeschlossen: 67 aus der publizierten Literatur und 48 aus der grauen Literatur. Die Ergebnisse werden nach Strukturebene und Subdimensionen gemäss unserem Framework präsentiert. Die Studien konzentrierten sich entweder auf eine oder mehrere Subdimensionen der Sicherheitskultur oder untersuchten deren Status in verschiedenen Institutionen, Umfeldern und Zielgruppen. Die Mehrheit der publizierten Studien (80%) wurde in der Deutschschweiz durchgeführt, wobei 30% auch

Teilnehmer aus der französisch- und italienischsprachigen Region miteinbezogen. Die meisten Umfragen wurden in Spitälern durchgeführt (16), gefolgt von Pflegeheimen (2), Rettungsdiensten (1), Hebammen (1), hausärztliche Praxis (1), Radiologie (1) und Chiropraktikern (1). Der Hospital Safety Culture Survey (HSPSC), Version 1, war das am häufigsten verwendete Bewertungsinstrument. Die Umfragen ergaben Unterschiede in der Wahrnehmung der Sicherheitskultur je nach Rolle der Mitarbeitenden (Führungskräfte oder nicht), Beruf, Region, Institution oder Abteilung innerhalb einer Institution. Die Gesamtergebnisse zeigen die wichtigsten Herausforderungen in den Bereichen Teamarbeit, Übergaben und Übergänge, Unterstützung durch das Management und Meldung von Zwischenfällen auf. Zwar werden seit 2006 Umfragen zur Sicherheitskultur in Schweizer Spitälern durchgeführt, doch Unimed Suisse organisierte 2023 die erste koordinierte Umfrage in den fünf Schweizer Universitätsspitalen. Die aggregierten Daten, die von der OECD veröffentlicht wurden, zeigten, dass die Sicherheitskommunikation höher bewertet wurde, während die Unterstützung des Managements im Vergleich zum internationalen Durchschnitt niedriger bewertet wurde.

Interventionen und Umsetzungsstrategien (Review 2): Insgesamt wurden 115 Studien aus 26 Ländern in Europa, Asien, Afrika, Amerika und Australien/Neuseeland einbezogen. Bis auf eine Studie konzentrierten sich alle auf die Mikroebene des Gesundheitssystems. Zur Verbesserung der Sicherheitskultur wurden verschiedene Interventionen eingesetzt, z. B. die Surgical Safety Checklist (SSC) der WHO, Crew Resource Management oder TeamSTEPPS (ein strukturiertes Schulungsprogramm zur Zusammenarbeit im Team), und vielseitige Interventionen, darunter auch sog. Huddles (regelmässige kurzdauernde Treffen des interdisziplinären Behandlungsteams zur Teamkoordination). Die Wirksamkeit der Interventionen war unterschiedlich. Dieselbe Massnahme führte in verschiedenen Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen, was darauf hindeutet, dass der Kontext eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Massnahme spielt. Studien, die sich in erster Linie auf klinische Ergebnisse konzentrierten, berichteten häufig über Verbesserungen, aber die Verbesserungen der Sicherheitskultur waren uneinheitlich. Teamarbeit und Kommunikation waren die am stärksten verbesserten Dimensionen.

Schlussfolgerungen: Sicherheitskultur ist ein vielschichtiges Konzept, das verschiedene interagierende und sich überschneidende Unterdimensionen umfasst. Im Schweizer Gesundheitswesen variieren das Niveau und die Wahrnehmung der Sicherheitskultur je nach Kontext, Umfeld, Beruf und Rolle des Personals erheblich. Umfragen deuten darauf hin, dass eine wirksame Verbesserung der Sicherheitskultur von einer starken Führung, der Unterstützung durch das Management, der Zusammenarbeit im Team, dem Engagement der Beteiligten auf allen Ebenen und einem unterstützenden rechtlichen Rahmen abhängt. Die Wirksamkeit von Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheitskultur ist jedoch uneinheitlich, und bisher wurde noch keine standardisierte Methode zur Verbesserung der Sicherheitskultur in Gesundheitseinrichtungen ermittelt. In Anbetracht der unterschiedlichen Wahrnehmungen von Sicherheitskultur und der unterschiedlichen Anwendbarkeit von Interventionen in verschiedenen Umfeldern und Kontexten ist es wichtig, dass Interventionsstrategien und Umsetzungsansätze flexibel und an das jeweilige Umfeld, in dem sie angewendet werden, anpassbar sind.

Résumé

Ce rapport, commandé par la Commission fédérale pour la qualité (CFQ), contient un nouveau cadre pour la culture de la sécurité dans le système de santé suisse ainsi que deux scoping reviews. La première revue décrit l'état de la culture de la sécurité en Suisse dans différents contextes et groupes cibles. La deuxième revue examine les interventions visant à améliorer la culture de la sécurité non seulement en Suisse, mais aussi dans le monde entier, dans différents contextes du secteur de la santé (hôpitaux, cliniques psychiatriques, maisons de soins, soins à domicile, cabinets de médecins généralistes). Il décrit leur efficacité et les résultats des stratégies de mise en œuvre.

Cadre de la culture de la sécurité pour le système de santé suisse: Sur la base des différentes définitions, concepts et cadres publiés dans la littérature, un cadre pour la culture de la sécurité en Suisse a été développé, couvrant les niveaux macro, méso et micro. Au niveau micro, c'est-à-dire au sein d'une organisation ou d'une unité (voir figure 1), neuf sous-dimensions ont été identifiées comme des éléments-clés pour l'établissement ou le maintien d'une culture de la sécurité, leadership, communication ouverte, environnement d'apprentissage positif, satisfaction au travail, culture juste, travail d'équipe, ressources et formation adéquates, pratiques fondées sur des données probantes et lignes directrices pour l'amélioration de la sécurité ainsi que participation des patients. Toutefois, les frontières entre ces sous-dimensions ne sont pas toujours distinctes, et certaines peuvent se chevaucher. Au niveau méso (niveau cantonal ou régional) et au niveau macro (niveau national et international), les acteurs et les processus pertinents pouvant influencer le développement d'un environnement qui favorise ou entrave la culture de la sécurité ont été identifiés.

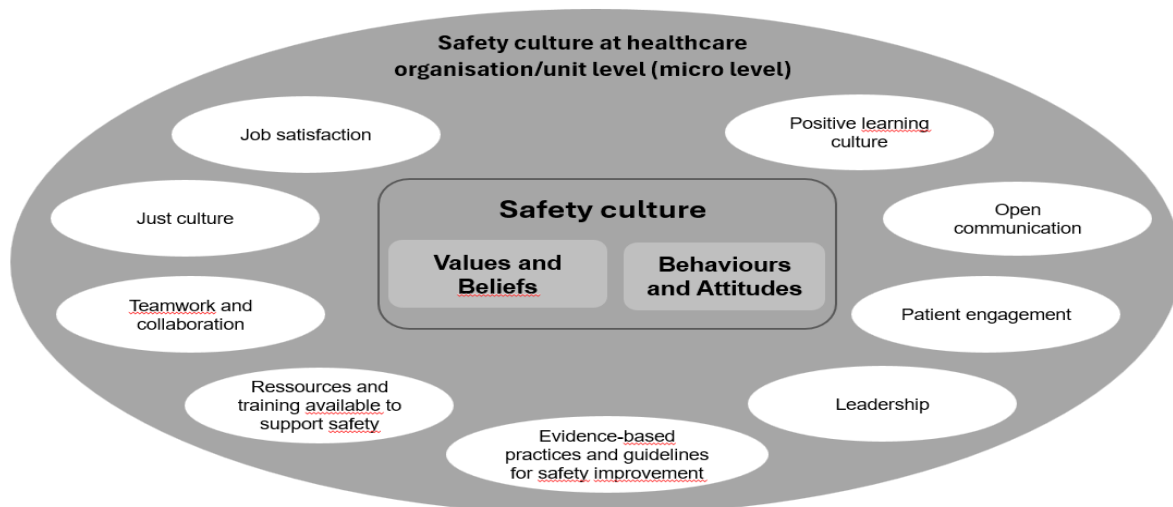


Figure 1 : Cadre de la culture de la sécurité au niveau micro

État de la culture de la sécurité en Suisse (revue 1): Au total, 115 articles ont été inclus dans l'étude : 67 provenaient de la littérature scientifique publiée et 48 de la littérature grise. Les résultats ont été résumés et classés par niveau structurel et sous-dimension selon notre cadre d'analyse. Les études se sont concentrées sur des sous-dimensions spécifiques de la culture de sécurité ou ont évalué son statut dans divers établissements, contextes et groupes cibles. Si la majorité des études publiées (80 %) ont été menées en Suisse alémanique, 30 % incluaient des participants des régions francophones et italophones. La plupart des enquêtes ont été menées dans des hôpitaux (16), suivis par les maisons de repos (2), les services d'ambulance (1), les sages-femmes (1), les soins primaires (1), la radiologie (1) et les chiropracteurs (1). Le questionnaire "enquête sur la culture de sécurité dans les hôpitaux"

(Hospital Safety Culture Survey, HSPSC), version 1, de l'Agence américaine pour la qualité des soins (Agency for Healthcare Research and Quality), a été l'instrument le plus utilisé pour mesurer la perception de la culture sécurité. Les enquêtes ont révélé que la perception de la culture de sécurité variait en fonction du rôle du personnel (cadre ou non), de la profession, de la région, de l'établissement et du service au sein d'un même établissement. Les résultats mettent en évidence des défis majeurs dans le travail d'équipe, les transferts et les transitions entre équipes, le soutien de la direction et les déclarations d'incidents, qui représentent des domaines clés d'amélioration. Alors que des enquêtes sur la perception de la culture de la sécurité sont menées dans les hôpitaux suisses depuis 2006, Unimedsuisse a organisé en 2023 la première enquête coordonnée dans les cinq hôpitaux universitaires suisses. Les résultats agrégés, publiés par l'OCDE, ont montré que la communication était mieux notée, tandis que le soutien managérial était moins bien noté que la moyenne internationale.

Interventions et stratégies de mise en œuvre (revue 2): Au total, 115 études provenant de 26 pays d'Europe, d'Asie, d'Afrique, des Amériques et d'Australie/Nouvelle-Zélande ont été incluses. Toutes les études, sauf une, concernaient le niveau micro des soins de santé. Différentes interventions ont été utilisées pour améliorer la culture de la sécurité, telles que la check-list de sécurité chirurgicale de l'OMS, le management des ressources de l'équipe (Crew Resource Management) ou TeamSTEPPS (des programmes structurés de formation au travail d'équipe), et des interventions à multiples facettes, y compris des réunions régulières de courte durée de l'équipe de traitement interdisciplinaire pour la concertation (huddles). La même intervention a produit des résultats différents selon les études, ce qui suggère que le contexte joue un rôle crucial dans la réussite de l'intervention. Les études qui se concentrent principalement sur les résultats cliniques font souvent état de progrès, mais les améliorations de la culture de la sécurité ne sont pas constantes. Le travail d'équipe et la communication sont les dimensions qui ont le plus progressées.

Conclusion: La culture de la sécurité est un concept à multiples facettes qui comprend plusieurs sous-dimensions interdépendantes et qui se chevauchent. Dans le secteur de la santé en Suisse, la perception de la culture de sécurité varie considérablement en fonction du contexte, de l'environnement, de la profession et du rôle du personnel. Les enquêtes indiquent qu'une amélioration efficace de la culture de sécurité repose sur un leadership fort, le soutien de la direction, le travail d'équipe, l'engagement des parties prenantes à tous les niveaux et un cadre réglementaire favorable. Toutefois, l'efficacité des interventions en matière de culture de sécurité n'est pas constante et aucune méthode normalisée d'amélioration de la culture de la sécurité au sein des organismes de soins de santé n'a été identifiée jusqu'à présent. Compte tenu de la diversité des perceptions de la culture de sécurité et de la variabilité de l'applicabilité des interventions selon les environnements et les contextes, il est essentiel que les stratégies d'intervention et les approches de mise en œuvre soient flexibles et adaptables à l'environnement spécifique dans lequel elles sont appliquées.

Sintesi

Questo rapporto, commissionato dalla Commissione federale per la qualità (CFQ), comprende un nuovo framework per la cultura della sicurezza nel sistema sanitario svizzero e due ulteriori scoping reviews. Il primo dei due review descrive lo stato della cultura della sicurezza in Svizzera in diversi ambienti, contesti e gruppi target. Il secondo review esamina interventi volti a migliorare la cultura della sicurezza, non solo in Svizzera ma in tutto il mondo e in diversi contesti sanitari (ospedali, ospedali psichiatrici, case di cura, assistenza domiciliare, settore ambulatoriale). Nel secondo review vengono descritti l'efficacia e i risultati delle strategie di implementazione.

Framework per la cultura della sicurezza nel sistema sanitario svizzero: sulla base delle varie definizioni, dei concetti e dei framework pubblicati in letteratura, è stato sviluppato un framework per la cultura della sicurezza in Svizzera che affronta i livelli macro, meso e micro. A livello micro, il quale si riferisce al livello organizzativo o del reparto (Figura 1), sono state identificate nove sottodimensioni che costituiscono elementi chiave per stabilire o mantenere una cultura della sicurezza: leadership, comunicazione aperta, ambiente di apprendimento positivo, soddisfazione lavorativa, cultura giusta (*just culture*), lavoro di squadra, risorse e formazione adeguate, pratiche basate sull'evidenza e linee guida per il miglioramento della sicurezza così come coinvolgimento dei pazienti. Tuttavia, i confini tra queste sottodimensioni non sono sempre distinti, poiché alcune possono sovrapporsi e interagire tra loro. A livello meso (cantonale o regionale) e macro (nazionale e internazionale), sono stati identificati gli attori e i processi rilevanti che potenzialmente influenzano lo sviluppo di un ambiente che sostiene o ostacola la cultura della sicurezza.

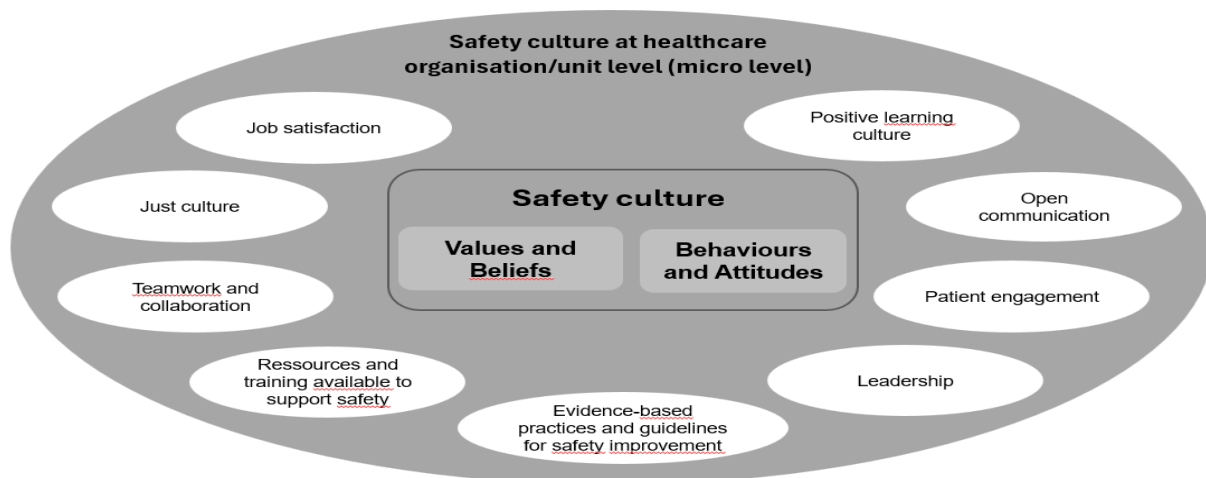


Figura 1: Cultura della sicurezza a livello micro

Stato della cultura della sicurezza in Svizzera (Review 1): Nel review sono stati inclusi un totale di 115 articoli: 67 dalla letteratura pubblicata in giornali scientifici e 48 dalla letteratura grigia. I risultati sono stati riassunti e classificati per livello strutturale e sottodimensioni secondo il nostro framework. Gli studi si sono concentrati su specifiche sottodimensioni della cultura della sicurezza o hanno valutato il suo stato in diverse istituzioni, ambienti e gruppi target. La maggior parte degli studi pubblicati (80%) è stata condotta nella Svizzera tedesca, mentre il 30% ha incluso anche partecipanti provenienti da regioni di lingua francese e italiana. La maggior parte delle indagini è stata condotta negli ospedali (16), seguiti da case di cura (2), servizi ambulatoriali (1), ostetricia (1), assistenza primaria (1), radiologia (1) e chiropratici (1). L'indagine sulla cultura della sicurezza in ospedale (Hospital Safety Culture Survey,

HSPSC), prima versione, è stato lo strumento di valutazione più utilizzato. I sondaggi hanno rivelato variazioni nelle percezioni della cultura della sicurezza in base ai ruoli del personale (manager o meno), alle professioni, alle regioni, alle istituzioni e ai reparti all'interno della stessa istituzione. Nel complesso, i risultati evidenziano sfide chiave nel lavoro di squadra, nei handoff e transizioni, nel supporto del management e nella segnalazione degli incidenti, che rimangono aree critiche da migliorare. Mentre le indagini sulla cultura della sicurezza negli ospedali svizzeri sono state condotte dal 2006, Unimedsuisse ha organizzato la prima indagine coordinata tra i cinque ospedali universitari svizzeri nel 2023. I dati aggregati, pubblicati dall'OCSE, hanno mostrato che la comunicazione è stata valutata più alta, mentre il supporto alla gestione è stato valutato più basso rispetto alla media internazionale. Nel complesso i risultati evidenziano le principali sfide nel lavoro di equipe, nei passaggi di consegne e nelle transizioni, nel supporto del management e nella segnalazione degli incidenti, che rappresentano aree chiave di miglioramento. Mentre le indagini sulla cultura della sicurezza negli ospedali svizzeri sono state condotte dal 2006, Unimedsuisse ha organizzato la prima indagine coordinata tra i cinque ospedali universitari Svizzeri nel 2023. I dati aggregati, pubblicati dall'OCSE, hanno mostrato che la comunicazione sulla sicurezza è stata valutata più alta, mentre il supporto alla gestione è stato valutato più basso rispetto alla media internazionale.

Interventi e strategie di implementazione (Review 2): Sono stati inclusi 115 studi provenienti da 26 Paesi di Europa, Asia, Africa, Americhe e Australia/Nuova Zelanda. Tutti gli studi, tranne uno, si sono concentrati sul livello micro del sistema sanitario. Per migliorare la cultura della sicurezza sono stati utilizzati diversi interventi, come la Surgical Safety Checklist (SSC) dell'OMS, la gestione delle risorse dell'equipaggio o TeamSTEPPS (programmi di educazione al lavoro di equipe strutturati) e gli interventi multidisciplinari, tra cui gli huddle (brevi riunioni periodiche dell'equipe terapeutica interdisciplinare per il coordinamento del team). Lo stesso intervento ha prodotto risultati diversi in studi diversi, suggerendo che il contesto gioca un ruolo cruciale nel successo dell'intervento. Gli studi che si sono concentrati principalmente sugli esiti clinici hanno spesso riportato miglioramenti, ma i miglioramenti nella cultura della sicurezza sono stati incoerenti. Il lavoro di squadra e la comunicazione sono state le dimensioni maggiormente migliorate.

Conclusioni: La cultura della sicurezza è un concetto sfaccettato che comprende varie sottodimensioni interrelate e sovrapposte. Nella sanità Svizzera, il livello e la percezione della cultura della sicurezza variano significativamente a seconda del contesto, dell'ambiente, della professione e del ruolo del personale. Gli studi indicano che un efficace miglioramento della cultura della sicurezza si basa su una forte leadership, sul sostegno del management, sul lavoro di squadra, sul coinvolgimento delle parti interessate a tutti i livelli e su un quadro normativo di supporto. Tuttavia, l'efficacia degli interventi sulla cultura della sicurezza è stata incoerente e finora non è stato identificato un metodo standardizzato per migliorare la cultura della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. Data la diversità delle percezioni della cultura della sicurezza e la variabilità dell'applicabilità dell'intervento nei vari ambienti e contesti, è essenziale che le strategie di intervento e gli approcci di implementazione siano flessibili e adattabili all'ambiente specifico in cui vengono applicate.

Inhaltsverzeichnis

1	Mandat	10
2	Einführung.....	10
2.1	Sicherheitskultur im Gesundheitswesen seit 2000	10
2.2	Definition der Sicherheitskultur - ein Rahmen für das Schweizer Gesundheitssystem	11
2.3	Unterscheidung zwischen Sicherheitskultur, Sicherheitsklima und Kultur der Patientensicherheit.....	14
2.4	Just Culture als Unterdimension der Sicherheitskultur.....	15
2.5	Interventionen zur Sicherheitskultur und Strategien zur Umsetzung.....	15
3	Methoden.....	16
4	Review 1: Sicherheitskultur in der Schweiz: ein Scoping Review	17
4.1	Forschungsfrage.....	17
4.2	Anzahl und Merkmale der ausgewählten Studien	17
4.3	Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitssystem auf der Makro-, Meso- und Mikroebene.....	18
4.4	Stand der Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitssystem und verwendete Messinstrumente	31
4.5	Zusammenfassung	33
5	Übersicht 2: Interventionen zur Sicherheitskultur und Umsetzungsstrategien in der Gesundheitsversorgung	35
5.1	Forschungsfrage.....	35
5.2	Auswahl der Studie.....	35
5.3	Merkmale der Studie	35
5.4	Arten von Interventionen zur Verbesserung der Sicherheitskultur oder ihrer Dimensionen.....	36
5.5	Messungen der Sicherheitskultur	37
5.6	Erleichterungen, Hemmnisse und Umsetzungsstrategien.....	38
5.7	Zusammenfassung	38
6	Schlussfolgerung	39
7	Nächste Schritte	40
8	Anhänge	41

1 Mandat

Der Bundesrat hat den Begriff "Kultur" als einen der strategischen Bereiche in seinen Rahmen zur Förderung der Qualität im Schweizer Gesundheitswesen aufgenommen. In diesem Rahmen hat die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) das Projekt "Sicherheitskultur: Konzept und Machbarkeitsstudie" in Auftrag gegeben.

Ziele der Analyse sind 1) die systematische Evaluation des Standes der Sicherheitskultur in der Schweiz in verschiedenen Settings, Kontexten und Zielgruppen, 2) die Identifikation bestehender wirksamer Ansätze und Instrumente zur Verbesserung der Sicherheitskultur / des Sicherheitsklimas in der Schweiz und im Ausland, 3) die Entwicklung eines Umsetzungskonzepts mit der Benennung von Strukturen, Settings, Verantwortlichkeiten, Evaluationsstrategien und möglichen Ergebnissen.

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wird das Umsetzungskonzept in einer Pilotstudie auf seine Machbarkeit, seinen Nutzen, seine Akzeptanz und seine Anwendbarkeit hin getestet. Die Auswahl geeigneter Messinstrumente und die möglichen Ergebnisse (Outcomes) werden ebenfalls analysiert.

Übergeordnetes Ziel des Projekts ist die Schaffung eines Rahmens für die Definition und Umsetzung von Initiativen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in der Schweiz auf nationaler Ebene. Die Machbarkeitsstudie wird jedoch erst nach Prüfung und Genehmigung des ersten Projektteils durch die EQK durchgeführt.

2 Einführung

2.1 Sicherheitskultur im Gesundheitswesen seit 2000

Der Bericht des Institute of Medicine (IOM) *"To Err Is Human"* war ein entscheidender Moment für die Gesundheitssysteme (1). Der Bericht forderte die Gesundheitsorganisationen nachdrücklich auf, eine Sicherheitskultur zu entwickeln und zu fördern und die Versorgungsprozesse und das Personal zu befähigen, dass die Zuverlässigkeit und Sicherheit der Patientenversorgung verbessert wird. Behandlungsfehler, die zu unbeabsichtigten Patientenschäden führen, machen in den OECD-Ländern etwa 15 % der Gesundheitsausgaben aus (2).

Ein Jahrzehnt nach *To Err Is Human* veröffentlichten Sammer et al. (2010) und Halligan & Zecevic (2011) umfassende Übersichten, die sich auf die Gruppierung der Dimensionen und Subkulturen der Sicherheitskultur konzentrierten (3,4). Im Jahr 2019 entwickelten Alshyyab et al. einen konzeptionellen Rahmen für die Erklärung der Sicherheitskultur in der Notaufnahme, in dem sie die relevanten Dimensionen und ihre Wechselbeziehungen darstellten. (5).

Seit 2019 hat sich der Schwerpunkt von Rahmenwerken zur Definition auf Rahmenwerke zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Sicherheitskulturen verlagert. (6-9). Das "Safer Culture

Framework" von Kilcullen et al. (2022) beschreibt die Faktoren, die die Voraussetzungen dafür schaffen, dass einzelne Beschäftigte die Sicherheitskultur ihrer Organisation übernehmen (9). Dieser evidenzbasierte und umfassende Rahmen schafft Klarheit und bietet eine neue theoretische Perspektive für die Entwicklung von Sicherheitskulturen.

Ausgehend von den verschiedenen Definitionen, Konzepten und Rahmen, die in der Literatur veröffentlicht wurden, und deren Anpassung an den Kontext des schweizerischen Gesundheitssystems, entwickeln wir in diesem ersten Kapitel einen eigenen Rahmen für die Sicherheitskultur in der Schweiz.

2.2 Definition der Sicherheitskultur - ein Rahmen für das Schweizer Gesundheitssystem

Die Sicherheitskultur einer Organisation ist das Produkt von individuellen und gruppenspezifischen Werten, Einstellungen, Wahrnehmungen, Kompetenzen und Verhaltensmustern, die das Engagement, den Stil und die Kompetenz des Gesundheits- und Sicherheitsmanagements einer Organisation bestimmen. Organisationen mit einer positiven Sicherheitskultur zeichnen sich durch eine auf gegenseitigem Vertrauen basierende Kommunikation, ein gemeinsames Verständnis der Bedeutung von Sicherheit und Vertrauen in die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen aus (10).

Diese Definition, die aus dem Bereich der Kerntechnik stammt (11) und von der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in den USA, der wichtigsten Bundesbehörde für die Finanzierung von Arbeiten zur Patientensicherheit, übernommen wurde (10), ist in der Forschung weitgehend anerkannt (4,12-17) (4,12-17), so auch im nationalen Bericht der Schweiz "Verbesserung der Qualität und Sicherheit der schweizerischen Gesundheitsversorgung" (18).

Diese Definition zeigt die Komplexität des Begriffs Sicherheitskultur, der mehrere Dimensionen umfasst. Basierend auf der Literatur haben wir die folgenden Unterdimensionen als wesentliche Elemente für die Etablierung und Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur in Schweizer Gesundheitseinrichtungen identifiziert. Diese sind in Abbildung 1 zusammengefasst:

- Führung: Die Sicherheitskultur erfordert das Engagement und die Unterstützung der obersten Leitung der Organisation und der Vorgesetzten, Manager oder klinischen Leiter auf Abteilungsebene (3,4,9,16,19-23),
- Offene Kommunikation: Mitarbeiter können Sicherheitsbedenken ohne Angst vor negativen Konsequenzen ansprechen (3,4,9,16,21,24),
- Positive Lernkultur: Fehler werden als Chance gesehen, das System zu verbessern und zukünftige Fehler zu vermeiden (4,9,16,20,21,24),
- Gerechte Kultur: fairer Umgang mit Fehlern, Zwischenfällen und Beinaheunfällen mit Schwerpunkt auf dem Lernen aus Fehlern und der Unterstützung der von Fehlern betroffenen Mitarbeitenden (3,4,7,9,16,20),
- Teamarbeit und Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit innerhalb von Teams und zwischen verschiedenen Ebenen, Abteilungen und Disziplinen wird gefördert, um Lösungen für Probleme der Patientensicherheit zu finden (3,4,7,9,16,20,23,24),
- Verfügbare Ressourcen und Schulungen zur Förderung der Sicherheit: Bereitstellung der notwendigen personellen Ressourcen und Ressourcen für Ausbildung und Unterstützung zur Bewältigung von Sicherheitsfragen (7,9,16,20,23,24),

- Evidenzbasierte Verfahren und Leitlinien für die Verbesserung der Sicherheit: Engagement für ein Sicherheitssystem, evidenzbasierte Versorgung und Leitlinien für die Verbesserung von Sicherheit und Zuverlässigkeit (3,16,20,24-26),
- Arbeitszufriedenheit: Arbeitszufriedenheit als Indikator für arbeitsbezogenes Wohlbefinden im Kontext der Sicherheitskultur (21,23,24,27-29),
- Engagement für Patienten: Engagement für eine patientenzentrierte Kultur) (3,20,21)

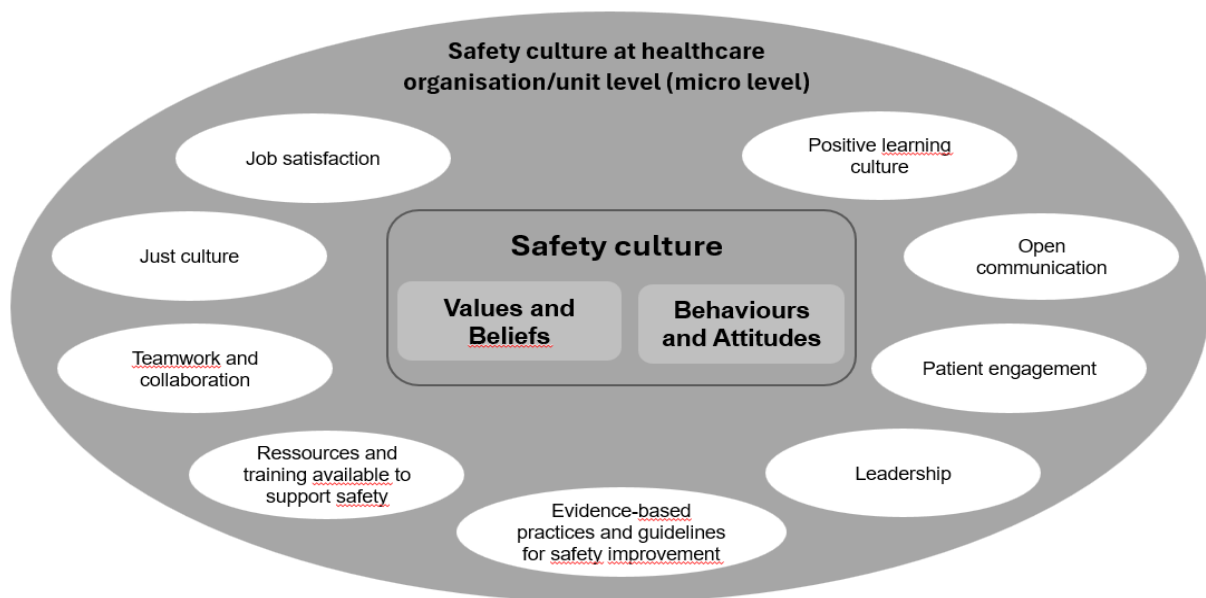


Abbildung 2: Sicherheitskultur und ihre Unterdimensionen auf Organisations-/Einheitsebene (Mikroebene)

Diese Unterdimensionen werden von externen und kontextuellen Faktoren wie Geografie, Politik, Recht sowie von epidemiologischen, soziokulturellen und sozioökonomischen Bedingungen beeinflusst (30). Diese externen und kontextuellen Faktoren sind in Abbildung 2 dargestellt und den drei Ebenen des Gesundheitssystems in der Schweiz zugeordnet: 1) die Mikroebene (bezieht sich auf die Gesundheitsorganisation oder -einheit), 2) die Mesoebene (bezieht sich auf die regionalen oder kantonalen Faktoren, die die Gesundheitsorganisation umgeben), die Makroebene (bezieht sich auf die nationale oder internationale Politik und andere damit verbundene Faktoren).

Auf der Makroebene spielen in der Schweiz nationale Akteure wie der Bund, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Stiftung für Patientensicherheit, Universitäten, Fachhochschulen und Berufsverbände eine zentrale Rolle bei der Gestaltung des Umfelds, in dem Sicherheitskultur in Gesundheitsorganisationen umgesetzt werden kann. Ebenso haben internationale Akteure wie die WHO oder die OECD-Einfluss.

Gesetzliche Grundlagen (z.B. das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)), Ausbildungslehrpläne, nationale Gesundheitsinitiativen wie die Forschungsprojekte von Patientensicherheit Schweiz sowie internationale Initiativen und Richtlinien zur Patientensicherheit tragen ebenfalls zur Gestaltung der Rahmenbedingungen bei. So können beispielsweise politische und gesetzliche Massnahmen ein günstiges Umfeld für die Entwicklung einer Sicherheitskultur schaffen (20,26,31).

Regionale Gesundheitsnetzwerke und Kooperationen wie die Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)¹, die ASPMAD² oder Qualitätszirkel, wie sie von der SGAIM initiiert werden (32,33) fördern den Informationsaustausch zu Sicherheitsfragen und bewährten Praktiken. Diese Netzwerke tragen zur Standardisierung von Verfahren und zur Schaffung eines Umfelds bei, das Patientensicherheit und die Etablierung einer Sicherheitskultur in Gesundheitseinrichtungen unterstützt.

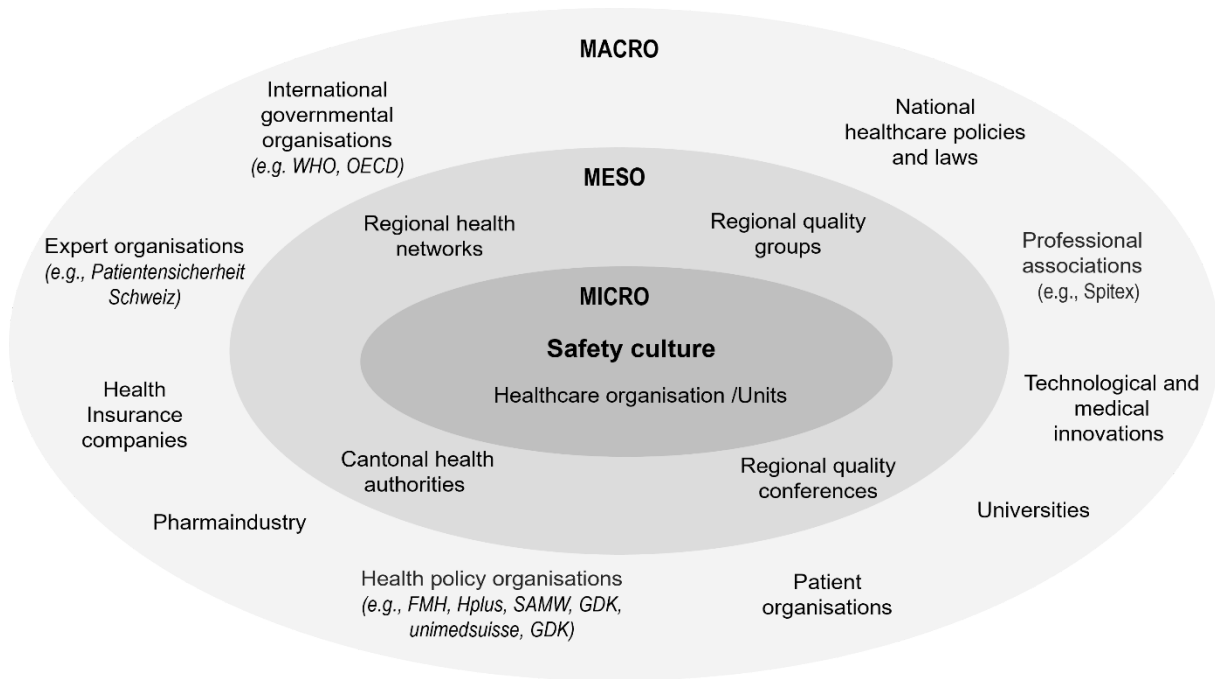


Abbildung 3: Der Rahmen der Sicherheitskultur für das Schweizer Gesundheitssystem. Es ist zu beachten, dass die Ebenen nicht immer klar unterscheidbar sind, dass die Liste der Akteure nicht erschöpfend ist und dass die Akteure nicht nach ihrem Einfluss oder ihrer Bedeutung geordnet sind.

Die Verbesserung der Sicherheitskultur ist ein kontinuierlicher Prozess. Eine Sicherheitskultur kann nicht durch eine einzige Massnahme geschaffen werden, sondern erfordert eine Vielzahl von Massnahmen. Nach Conen (2011) müssen Gesundheitsorganisationen drei Elemente berücksichtigen, um eine Sicherheitskultur zu fördern (34). Erstens eine explizite Wahrnehmung der Patientensicherheit als integraler Bestandteil der Organisationskultur, die wiederum die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Patientenversorgung beeinflusst. Dies bedeutet, dass die Führungskräfte der Organisation die Sicherheit in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen müssen. Zweitens ist es wichtig, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Prozess der Patientensicherheit einzubeziehen, insbesondere durch die Förderung von Teamarbeit, Kommunikation, standardisierten Prozessen und dem Lernen aus Fehlern. Drittens muss ein Umfeld ohne Schuldzuweisungen gefördert werden, in dem Zwischenfälle gemeldet werden und aus Fehlern gelernt wird.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sicherheitskultur auf der Mikroebene Teil der Organisationskultur ist. Sie bezieht sich auf die sicherheitsbezogenen Werte, Annahmen, Normen und Verhaltensweisen in Bezug auf die Patientensicherheit, die von allen Mitarbeitern geteilt werden.

¹ <https://fhv.ch/spqs/culture-de-la-securite-des-patients/>

² <https://www.cms-vaud.ch/aspmad/>

Die Sicherheitskultur umfasst alle Berufe (klinische und nichtklinische) und alle Hierarchieebenen innerhalb einer Organisation. Die Führungskräfte einer Organisation spielen eine entscheidende Rolle bei der Verankerung der Sicherheit als festen Bestandteil der Unternehmenskultur und bei der Einstufung der Sicherheit als zentralen Wert. Durch die Förderung einer positiven Sicherheitskultur auf Mikroebene kann eine Organisation ein Umfeld schaffen, in dem die Bedeutung von Sicherheit von allen anerkannt wird, in dem proaktiv Verantwortung für Sicherheit übernommen wird und in dem gegenseitiges Vertrauen und offene Kommunikation die Norm sind. Die Sicherheitskultur und ihre Dimensionen werden jedoch auch von Faktoren auf der Meso- und Makroebene des Gesundheitssystems beeinflusst. Diese können die Entwicklung einer starken Sicherheitskultur unterstützen oder behindern. So hat beispielsweise die weltweit verbreitete chirurgische Sicherheitscheckliste der WHO die Spitäler dazu ermutigt, sie in ihren chirurgischen Abteilungen einzuführen, um die Kommunikation zu fördern und die Verwendung standardisierter Sicherheitsprotokolle in den Operationssälen zu unterstützen.

2.3 Unterscheidung zwischen Sicherheitskultur, Sicherheitsklima und Kultur der Patientensicherheit

Das Konzept der Sicherheitskultur unterscheidet sich von den Konzepten des Sicherheitsklimas und der Patientensicherheitskultur in Bezug auf Fokus und Zielsetzung. Die Sicherheitskultur bezieht sich auf die Gesamtkultur innerhalb einer Organisation, während die Patientensicherheitskultur ein Teilbereich der Sicherheitskultur ist. Die Kultur ist eine höhere Abstraktionsebene, wobei das Klima als ein beobachtbares und messbares Oberflächenmerkmal der Kultur verstanden wird (35,36). Das Sicherheitsklima sollte daher als ein Mass verstanden werden, das die gemeinsame Wahrnehmung von Normen, Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf die Patientensicherheit in einem bestimmten Arbeitsumfeld bewertet (37). Es bezieht sich z. B. auf die gemeinsame Wahrnehmung von sicherheitsrelevanten Themen in der Arbeitsumgebung durch das Personal, wie z. B. das Fehlen von Wortmeldungen oder das Zurückhalten abweichender Meinungen. (38).

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen oben genannten Definitionen.



Abbildung 4: Beziehung zwischen Sicherheitskultur und Sicherheitsklima, Patientensicherheitskultur und Patientensicherheit

Derzeitige Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Hauptursache für die meisten Zwischenfälle und Fehler eher in unzureichenden Systemen und Prozessen als in individuellem Fehlverhalten zu suchen ist, und dass eine grosse Zahl von Zwischenfällen mit organisatorischen Faktoren wie schlechter Kommunikation, hoher Arbeitsbelastung, unzureichendem Fachwissen oder einem stressigen Arbeitsumfeld zusammenhängt (39). Um die Patientensicherheit zu verbessern, ist es entscheidend, ein offenes und fehlerfreundliches Umfeld zu schaffen, das eine ungehinderte Kommunikation, konstruktives Feedback, die Meldung von Fehlern und organisatorisches Lernen fördert. (40). Die Schaffung einer Sicherheitskultur ist auch eines der sieben Leitprinzipien für die Umsetzung des Globalen Aktionsplans für Patientensicherheit (26).

Die verschiedenen oben diskutierten Definitionen, die in den in Review 1 eingeschlossenen Schweizer Studien verwendet wurden, sind in Anhang 8.3 aufgeführt.

2.4 Just Culture als Unterdimension der Sicherheitskultur

Die Just Culture ist eine Unterdimension der Sicherheitskultur. Während die Sicherheitskultur darauf abzielt, ein Umfeld ohne Schuldzuweisungen zu schaffen, in dem Mitarbeitende Fehler oder (Beinahe-)Zwischenfälle melden können, ohne Rüge oder Bestrafung befürchten zu müssen (7), konzentriert sich die Just Culture darauf, aus Fehlern zu lernen sowie Systemprobleme, die Mitarbeitende zu unsicheren Verhaltensweisen verleiten, zu erkennen und zu beheben. Ziel ist ein fairer und nicht bestrafender Umgang mit menschlichem Versagen, sofern es sich nicht um rücksichtsloses oder unangemessenes Verhalten handelt (9,41).

Just Culture bezieht sich auf die Art und Weise, wie eine Organisation mit menschlichem Versagen umgeht. In einer Just Culture richtet sich die Reaktion auf einen Fehler oder (Beinahe-)Zwischenfall nach der Art des mit dem Fehler verbundenen Verhaltens und nicht nach der Schwere des Ereignisses.

Eine gut umgesetzte Just Culture im Gesundheitswesen trägt zu einem Umfeld bei, in dem Sicherheit Vorrang hat, Fehler konstruktiv angegangen werden und die Kommunikation transparent und fair bleibt. Durch die Abstimmung der Sicherheitspraktiken auf eine Just Culture können Organisationen nicht nur die Versorgungsqualität verbessern, sondern auch ein Klima des Vertrauens fördern, das die Gesundheitsfachpersonen dazu motiviert, Vorfälle zu melden, ohne ungerechte Konsequenzen befürchten zu müssen, wie eine von der Stiftung Patientensicherheit durchgeführte Studie über Just Culture im Schweizer Gesundheitswesen zeigt (42).

2.5 Interventionen zur Sicherheitskultur und Strategien zur Umsetzung

Für eine wirksame Umsetzung von Massnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur sind sowohl die ausgewählten Massnahmen selbst als auch die Umsetzungsstrategien entscheidend (43). Die Implementierungswissenschaft spielt eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung der systematischen Integration evidenzbasierter Interventionen in die Gesundheitspraxis und -politik, um die Kluft zwischen Wissen und Handeln zu überbrücken und die Hindernisse zu beseitigen, die einer erfolgreichen Implementierung solcher Interventionen im Wege stehen können (44).

Diese Strategien stellen sicher, dass die Massnahmen an den jeweiligen Kontext angepasst sind, und bieten Anhaltspunkte für die Akzeptanz und Nachhaltigkeit von Programmen (45,46). Letztendlich spielen wirksame Umsetzungsstrategien eine Schlüsselrolle für den Erfolg oder Misserfolg von

Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung. Obwohl es Übersichtsarbeiten gibt, die über Interventionen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung berichten (43,47,48) fehlt jedoch ein Überblick über die Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Sicherheitskultur. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, nicht nur besser zu verstehen, welche Interventionen, sondern auch welche Implementierungsstrategien wirksam sind, um die Sicherheitskultur in der Gesundheitsversorgung zu verbessern (48).

3 Methoden

Es wurden zwei Scoping Reviews durchgeführt: Die erste gibt einen umfassenden Überblick über die Sicherheitskultur in der Schweiz in verschiedenen Umfeldern, Kontexten und Zielgruppen (Review 1). Die zweite untersucht Interventionen und Umsetzungsstrategien zur Verbesserung der Sicherheitskultur in der Schweiz und weltweit. Dabei wird auch deren Wirksamkeit in verschiedenen Settings, Kontexten und Zielgruppen untersucht (Review 2).

Die Methodik des Joanna Briggs Institute (JBI) zur Durchführung von Scoping Reviews wurde angewandt. Die Schlüsselwörter "Sicherheitskultur", "Sicherheitsklima", "Patientensicherheitskultur" und "Schweiz" bzw. "Implementierung" und "Qualitätsverbesserung" leiteten die Suchstrategien der beiden Reviews.

Review 1 umfasst publizierte Artikel und unveröffentlichte Dokumente, einschliesslich empirischer Studien und Reviews, zum Thema Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitswesen seit 2000.

Review 2 umfasst Interventionsstudien seit dem Jahr 2000 (randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), quasi-experimentelle Studien und Kohortenstudien) sowie Studien mit gemischten Methoden, die nicht als Beobachtungsstudien konzipiert waren, aber entweder in einen Interventionsrahmen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in Gesundheitseinrichtungen als primäres oder sekundäres Ergebnis integriert oder darin eingebettet waren.

Für beide Übersichten wurden die Datenbanken PubMed, Embase, CINAHL, Google Scholar und Web of Science (Übersicht 2) nach relevanten Studien durchsucht. Darüber hinaus wurden Studien aus den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien identifiziert. Um die graue Literatur für Review 1 zu identifizieren, wurde direkt oder über das Expertennetzwerk Kontakt mit Berufsverbänden, kantonalen Behörden oder Spitälern aufgenommen. Zudem wurden deren Websites konsultiert und die Datenbanken der Schweizer Universitäten und Fachhochschulen nach Dissertationen zum Thema Sicherheitskultur durchsucht (siehe Anhang 8.4).

Die Abstracts und Volltexte wurden von zwei unabhängigen Gutachtern bewertet. Studien wurden aufgenommen, wenn sie ausdrücklich über Sicherheitskultur, Sicherheitsklima oder Patientensicherheit oder über eine oder mehrere Unterdimensionen der Sicherheitskultur, wie oben definiert, berichteten. Um bestehende Ansätze zur Verbesserung der Sicherheitskultur zu identifizieren, wurden sowohl die Intervention zur Stärkung der Sicherheitskultur als auch die zu ihrer Bewertung verwendeten Messinstrumente erfasst. Aus den ausgewählten Artikeln wurden auch die Umsetzungsstrategien sowie die Erleichterungen und Hindernisse ermittelt.

Weitere Einzelheiten, einschliesslich der Suchstrategien, sind in den veröffentlichten Protokollen für die beiden Scoping Reviews beschrieben (49,50).

4 Review 1: Sicherheitskultur in der Schweiz: ein Scoping Review

4.1 Forschungsfrage

Wie ist der aktuelle Stand der Sicherheitskultur in der Schweiz in den verschiedenen Settings, Kontexten und Zielgruppen?

4.2 Anzahl und Merkmale der ausgewählten Studien

Die Suchstrategie ergab insgesamt 884 Treffer. Nach einer ersten Auswahl und Identifizierung von Duplikaten wurden 287 Artikel durch Lesen der Titel und Abstracts gesichtet und die meisten als irrelevant ausgeschlossen (n = 214). Insgesamt wurden 73 Publikationen vollständig gesichtet, von denen weitere 7 Studien entfernt wurden, so dass insgesamt 67 Artikel zur Verfügung standen. Einige wenige Artikel wurden nach Einholung von Expertenmeinungen in die Recherche aufgenommen. Details zum Reviewprozess sind in Anhang 8.5 zu finden: Prisma Flussdiagramm Review 1.

Anhang 8.7 enthält detaillierte Informationen zu den verschiedenen Settings, Kontexten und Zielgruppen aller zwischen 2006 und 2023 veröffentlichten Artikel, die für diese Recherche ausgewählt wurden.

Die Mehrheit der Studien (80 %) wurde in der Deutschschweiz durchgeführt, wobei 30 % auch Teilnehmende aus der französisch- und italienischsprachigen Schweiz einbezogen. Die meisten Studien wurden in Spitälern durchgeführt, einige jedoch auch in Pflegeheimen, psychiatrischen Kliniken und im praxisambulantem Sektor. Unter den Studienteilnehmern war eine Vielzahl von Berufen vertreten, z. B. Pflegefachpersonen, Ärzteschaft oder Vorgesetzte. Quantitative Methoden, insbesondere Umfragen, waren die am häufigsten eingesetzten Messinstrumente. Qualitative Ansätze wie Interviews, Fokusgruppen und Beobachtungen wurden seltener verwendet.

Im Rahmen der Analyse wurde auch die graue Literatur berücksichtigt, wobei insgesamt 48 Berichte identifiziert wurden (siehe Anhang 8.7 und Tabelle 1). In den Review eingeschlossen wurden im Internet verfügbare Berichte über Aktivitäten oder Studien im Bereich der Sicherheitskultur in der Schweiz, sowie offizielle Berichte von nationalen Organisationen/Behörden, Universitäten, die durch direkten Kontakt mit Experten und in Google Scholar gefunden wurden. Die Berichte der grauen Literatur wurden in die folgenden fünf Hauptkategorien eingeteilt: nationale (technische) Berichte (4), Positionspapiere (3), Fachzeitschriften, Magazine, Blogs (4), Instrumente und Leitlinien (zur Verbesserung der Patientensicherheit/Sicherheitskultur) (5), Aus- und Weiterbildung im Bereich Sicherheitskultur (6), Vorträge und Präsentationen (4), Broschüren, Handbücher und Websites von Berufsverbänden (4) und Forschung (17).

Kategorien	Makro	Meso	Mikro	Insgesamt
Nationale (technische) Berichte	4			4
Positionspapiere	3			3
Fachzeitschrift (Verband), Magazin, Blog	4			4
Werkzeuge, Leitlinien	5			5
Bildung und Ausbildung	6			6
Vorlesungen, Präsentationen	4			4
Broschüren, Handbücher und Websites von Berufsverbänden	5			5
Forschung	6	2	9	17
Insgesamt	37	2	9	48

Tabelle 1: Anzahl der ermittelten Berichte der grauen Literatur nach Art und Niveau

4.3 Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitssystem auf der Makro-, Meso- und Mikroebene

Im vorliegenden Kapitel wird die unveröffentlichte (graue) und veröffentlichte Literatur nach Strukturebene, Kategorie und Unterdimension dargestellt, entsprechend dem Modell in Kapitel 2.2. Für eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Studien und Berichte wird auf die Anhänge 8.7 – 8.9 verwiesen.

4.3.1 Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitssystem auf der Makroebene

Nationale (technische) Berichte

Der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebene und auf der Website des BAG veröffentlichte Nationale Qualitätsbericht enthält ein Kapitel sowie einen Kurzbericht zur Sicherheitskultur (18). Der Bericht hebt hervor, dass verschiedene Institutionen unterschiedliche Methoden zur Verbesserung der Sicherheitskultur einsetzen, wie beispielsweise „Sicherheitsdialoge“ und „Executive Walk-Rounds“. Zudem wird betont, dass Erfahrungen aus dem Ausland, wo Netzwerke die Sicherheitskultur in verschiedenen Organisationen analysieren, als Leitfaden für grössere regionale und nationale Initiativen in der Schweiz dienen könnten.

Diese Perspektive deckt sich mit der von Gambashidze et al. (2019), die feststellen, dass Gesundheitsorganisationen die Förderung einer stärkeren Sicherheitskultur zunehmend vorantreiben (51).

Der Kurzbericht von Manser et al. (2019), Teil des Nationalen Qualitätsberichts, zeigt die Herausforderungen und Hindernisse bei der Bewertung und Verbesserung der Sicherheitskultur auf Projekt-, Organisations- und politischer Ebene auf. Er hebt die Bedeutung des Engagements von Führungskräften und der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsorganisationen hervor. Im Bericht wird festgestellt, dass es viele vielversprechende Initiativen einzelner Gesundheitsorganisationen gibt, die als Grundlage für nationale Programme in diesem Bereich dienen könnten. Es wurde jedoch auch

erwähnt, dass es derzeit keine Übersicht oder Koordination der verschiedenen Initiativen gibt, was ein organisationsübergreifendes Lernen und lokale Verbesserungen behindert.

Mit den erweiterten Anforderungen aus der KVG-Revision wurde die Stiftung Patientensicherheit vom BAG beauftragt, relevante Handlungsfelder und potenziell wirksame Massnahmen der Patientensicherheit für nationale Qualitätsverbesserungsprojekte zu identifizieren (52). Im entsprechenden Fachbericht ist festgehalten, dass es für eine nachhaltige Veränderung des Gesundheitssystems entscheidend ist, in die Entwicklung einer besseren Sicherheitskultur und in das Lernen aus Fehlern im ganzen System zu investieren, d.h. auch Programme zu implementieren, die auf Metakompetenzen abzielen.

Im Jahr 2024 hat die Stiftung Patientensicherheit Schweiz im Auftrag der Eidgenössischen Qualitätskommission eine Machbarkeitsstudie zur Just Culture durchgeführt und darauf basierend einen Aktionsplan entwickelt (41). Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Entwicklung einer Sicherheitskultur von zentraler Bedeutung für die Aufrechterhaltung nachhaltiger Bemühungen zur Verbesserung der Patientensicherheit ist. Zudem zeigt sie auf, dass politische und legislative Massnahmen ein günstiges Umfeld für eine gedeihliche Sicherheitskultur schaffen können. Seppey et al. (2020) unterstreichen zudem die Bedeutung von Patientensicherheit Schweiz bei der Anpassung des Pilotprojekts "Progress! Safe Surgery" zur Umsetzung der Checkliste der Weltgesundheitsorganisation in Schweizer Spitälern (53).

Instrumente und Leitlinien für die Verbesserung der Patientensicherheit (Sicherheitskultur)

Die Instrumente, Leitlinien und Empfehlungen auf Makroebene sind meist das Ergebnis nationaler Forschungsprojekte. So entwickelte die Schweizerische Stiftung für Patientensicherheit Leitlinien zur Stärkung des Instruments der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) in der Schweiz als Mittel zur Verbesserung der Patientensicherheit (26). Zudem hat sie die Leitlinie "Wenn Schweigen gefährlich ist – Speak Up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung" (54) veröffentlicht, als Teil des Projekts "Addressing speak-up safety concerns".

Die Peer Review Alliance CH fördert die interprofessionelle (Peer-) Review. Die Allianz veröffentlichte ein Factsheet mit den Erkenntnissen aus ihrem Pilotprojekt in der Psychiatrie und eine Empfehlung für den Einsatz in der Akutversorgung und Psychiatrie in der Schweiz. Sie weist ausdrücklich darauf hin, dass diese Empfehlungen einen entscheidenden Beitrag zur Etablierung einer offenen Fehler- und Sicherheitskultur unter den Fachpersonen leisten können (55,56). Neben dieser Arbeit bietet auch der Schweizerische Spitalverband (H+) die Interprofessional Reviews als Lösung zur Verbesserung der Sicherheitskultur an (57).

Positionspapiere

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat die Position der Kantone zur Qualität in einem Positionspapier festgehalten (58). Die GDK empfiehlt, die Themen Teamarbeit und Kommunikation als zentrale Säulen der Patientensicherheit zu fördern und betont, dass Qualitätsentwicklungsmassnahmen alle Bereiche der Versorgung umfassen und langfristig zu anerkannten Standards der Qualitäts- und Sicherheitskultur führen sollen. Als Massnahmen zur Etablierung einer Sicherheitskultur werden Melde- und Lernsysteme (Critical Incident Reporting System, CIRS) und Peer-Review-Verfahren genannt.

Das Positionspapier von H+, FMH und The Swiss Nurse Leaders (2020) fordert die notwendigen gesetzlichen Grundlagen und den Schutz der Vertraulichkeit, damit Fehler und Verbesserungen ohne strafrechtliche Konsequenzen dokumentiert werden können, was auch eine Grundlage für die Förderung und Stärkung einer Lern- und Sicherheitskultur ist (59).

Die Schweizer Haus- und Kinderärzte (mfe) beziehen Stellung zum Thema Qualität in der Praxis. Sie sprechen jedoch von Qualitätskultur und nicht explizit von Sicherheitskultur (60).

Fachzeitschrift (Verband), Magazin, Blog

Regener (2024) hat im "star of life", der Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Rettungssanität, den Artikel "Just Culture: zentrales Element einer Patienten-Sicherheitskultur" veröffentlicht. Darin erläutert er den Begriff Just Culture und weist darauf hin, dass konkrete Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit nur dann wirksam sein können, wenn der kulturelle Rahmen für die Sicherheit stimmt (61).

Zum Welttag der Patientensicherheit am 17. September 2023 wurde ein Interview mit Prof. Schwendimann veröffentlicht mit der Kernaussage, dass Patientensicherheit und eine gelebte Sicherheitskultur dazu beitragen, unerwünschte Ereignisse während der Behandlung zu vermeiden (62).

Im Jahr 2024 erschienen in der Schweizerischen Ärztezeitung zwei Artikel zum Thema Berichts- und Lernsysteme, in denen betont wurde, dass CIRS untrennbar mit einem systemorientierten Verständnis von Patientensicherheit verbunden sein muss und dass die Sicherheitskultur eine der Voraussetzungen für Patientensicherheit ist (63,64).

Guillod (2013) erörtert in seinem Beitrag, wie das Gesetz dazu beitragen kann, die Zahl vermeidbarer Zwischenfälle zu verringern, insbesondere durch die Förderung einer Sicherheitskultur unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe (65). Dabei diskutiert er die Notwendigkeit oder den Nutzen der Verabschiedung sogenannter «disclosure and apology laws», der Einführung obligatorischer, aber streng vertraulicher Meldesysteme für kritische Zwischenfälle in Spitälern, der Anpassung des schuldorientierten Haftungssystems und des strafrechtlichen Vorgehens.

Präsentationen und Beiträge zu Konferenzen

- Sicherheitsklima und chirurgische Wundinfektionen in Schweizer Spitälern am SwissNoso Symposium (66),
- Wie können wir die Sicherheitskultur verbessern?" bei den Krankenkassentagen zum Thema (67),
- Der lange Weg zu einer offenen Sicherheitskultur - Stolpersteine und Erfolgsfaktoren im klinischen Sicherheitsmanagement" (Paula H; 2018) auf der Jahrestagung 2018 des Risk Management Network (68),
- Wie kann der Medizin der Übergang von einer Fehlerkultur zu einer Sicherheitskultur gelingen?" am St.Galler Gesundheitsforum 2021 (69).

Ausbildung und Fortbildung

Das Thema Sicherheitskultur wurde in folgenden Aus- und Weiterbildungsprogrammen explizit behandelt:

- Modul "Patientensicherheit in der ambulanten Praxis (70);
- Kurse zum Thema Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen im Rahmen des Weiterbildungsprogramms Public Health 2023, das Komponenten sowie die Messung und Förderung einer Qualitäts-/Sicherheitskultur umfasst (71);
- Kurse zur Patientensicherheit, die 2022 vom Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) ins Leben gerufen wurden und sich an Personen richten, die in unmittelbarer Nähe von Patienten arbeiten (Pflegefachpersonen, Ärzteschaft, Physio- und Ergotherapeuten sowie andere Mitarbeiter, einschliesslich Sozialberater), sowie an das Management, um die Bedeutung der Führung für die Sicherheitskultur hervorzuheben (72),
- ein Modul über Sicherheitskultur in einem organisatorischen Kontext, jedoch nicht explizit in Organisationen des Gesundheitswesens, im Rahmen des Master of Science in Angewandter Psychologie (73),
- im 2015 erschienenen Buch Patient Safety Management (Edition 1, Kapitel 6.12, de Gruyter Verlag) wurde das Modul "Training zur Patientensicherheit - Fachkräfte frühzeitig für eine Sicherheitskultur sensibilisieren" vorgestellt und die damit gemachten Erfahrungen diskutiert (74).
- Michaud PA, Jucker-Kupper P und Mitglieder der Profil-Arbeitsgruppe definierten 2017 neun vertrauenswürdige berufliche Tätigkeiten (Entrustable Professional Activities, EPAs), darunter "Beitrag zu einer Kultur der Sicherheit und Verbesserung (75).
- CME Zertifizierte Fortbildung C. Eisold A. R. Heller Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland Risikomanagement in Anästhesie und Intensivmedizin (76)

Broschüren, Handbücher und Websites von Berufsverbänden

In ihrer Strategie 2023-2027 bekennt sich die Patientensicherheit Schweiz ausdrücklich zu einer konstruktiven und konsequenten Sicherheitskultur im Gesundheitswesen (77).

Spitex Schweiz erwähnt den Begriff Sicherheitskultur in ihrem Qualitätshandbuch Spitex Schweiz Handbuch für die Betriebsführung nicht, wohl aber Qualitätskultur und Elemente wie CIRS, Klientenzentrierung, Evidenzbasierung und Klientensicherheit (78).

Der Schweizerische Hebammenverband informiert seine Mitglieder auf seiner Website über CIRS und dessen Ziel, eine Kultur, in der Fehler offen angesprochen werden (Just Culture) und dass nur in einer Organisation mit einer etablierten Sicherheitskultur Fehler oder Zwischenfälle zu einer Verbesserung des Systems führen (79).

Das Kantonsspital Baden (KSB) ist in Berlin für sein Speak Up"-Konzept mit dem Deutschen Patientensicherheitspreis 2022" ausgezeichnet worden (80).

Forschung / Erhebungen auf Makroebene

Auf der Makroebene wurden insgesamt vier Umfragen identifiziert. Im Jahr 2023 führten die fünf Schweizer Universitätsspitäler gemeinsam eine umfassende Querschnittsbefragung der Mitarbeitenden zur Patientensicherheitskultur durch. Diese wurde von der Schweizerischen Universitätsmedizin (Unimed Suisse) koordiniert (81). Die aggregierten Ergebnisse wurden der OECD zur Aufnahme in die vergleichende Bewertung der Patientensicherheitskultur in den OECD-Ländern zur Verfügung gestellt (82).

In einer nationalen Studie wurden insgesamt 3223 Spitex-Mitarbeitende, 1509 Klienten und 1165 Angehörige aus insgesamt 88 Spitex-Organisationen zu Themen wie Sicherheitsklima, Teamkultur und Umgang mit Fehlern befragt (83).

Im Herbst 2021 lancierte die ETH Zürich in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Institut für Notfallmedizin (SIRMED) eine landesweite Umfrage zum Klima der Patientensicherheit in Schweizer Notfalldiensten (84).

Im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützten, mehrjährigen Forschungsprojekts "An Integrated Perspective on the Role of Nursing in Knowledge Translation" hat das Institut für Management Accounting and Control der Universität Bern einen Jahresbericht zur Spitalpflege in der Schweiz erstellt (85). Der Bericht erhebt Daten zu Team- und Arbeitskultur, Kommunikation, Arbeitsbelastung, Stress, Zufriedenheit und Wissensmanagement.

Im Rahmen des Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) wurden schweizweit zwei Umfragen zum Sicherheitsklima in Pflegeheimen durchgeführt (86,87).

Die Ergebnisse dieser Erhebungen werden in Kapitel 4.4 ausführlich dargestellt.

4.3.2 Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitssystem auf der Mesoebene

Auf der Mesoebene wurden zwei Umfragen durchgeführt. Dabei handelte es sich um eine Umfrage der Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) (88) sowie eine Umfrage der Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile du nord vaudois (ASPMAD) (89). Die ASPMAD-Studie wurde im Rahmen des SATURN-Projekts durchgeführt, bei dem die Universität Basel zusammen mit der AVASAD eine Übersichtsstudie durchführte, um Instrumente/Methoden zu identifizieren, die in der häuslichen Pflege verwendet werden, um die Sicherheitskultur in häuslichen Pflegeorganisationen zu bewerten (90).

Die konsolidierten Ergebnisse der beiden Umfragen werden in Kapitel 4.4 vorgestellt.

4.3.3 Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitssystem auf der Mikroebene

Wie bereits dargelegt, ist die Sicherheitskultur ein vielschichtiges und komplexes Konzept. Die Sicherheitskultur setzt sich aus verschiedenen Dimensionen zusammen, von denen jede eine entscheidende Rolle bei der Fehlervermeidung und der Förderung eines proaktiveren Ansatzes bei Zwischenfällen spielt. Die für die Etablierung und Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur in Gesundheitsorganisationen relevanten Unterdimensionen sind in Kapitel 2.2 und Abbildung 1 abgebildet. Entsprechend werden im Folgenden die in dieser Review identifizierten und der Mikroebene zugeordneten Studien nach diesen Subdimensionen präsentiert.

Unterstützung und Engagement durch die Führung

Eine hohe Priorisierung der Sicherheit durch das Management eines Spitals wirkt sich nicht nur positiv auf das allgemeine Sicherheitsklima aus, sondern stärkt auch das Vertrauen des Pflegepersonals und anderer Beschäftigter in die Führungskräfte sowie in die organisatorischen Strukturen (91). Das Gefühl des Vertrauens ist von entscheidender Bedeutung, da es die Einhaltung von Sicherheitsprotokollen fördert und dazu ermutigt, Sicherheitsbedenken ohne Angst vor Vergeltungsmassnahmen zu melden. Starke Kommunikation, Vertrauen und Offenheit - unterstützt durch eine engagierte Führung - sind für die Förderung einer erfolgreichen Berichterstattung und des kontinuierlichen Lernens unerlässlich (92).

Die Bedeutung von Leadership für die Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur wird durch verschiedene Studien bestätigt. So heben Schwendimann et al. (2016) hervor, dass Führungskräfte, die Sicherheit aktiv fördern und ihr Priorität einräumen, eher sicherstellen, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen die festgelegten Sicherheitsregeln und -Richtlinien befolgen (93). Diese Art der unterstützenden Führung wurde direkt mit einer höheren Arbeitszufriedenheit in Verbindung gebracht, was wiederum zu einer besseren Patientenversorgung und einer geringeren Fluktuation des Personals beiträgt. Wenn sich die Führungskräfte für die Sicherheit engagieren und die notwendigen Ressourcen bereitstellen, und adäquate Unterstützung bieten, bestärkt dies das Gesundheitspersonal ihre Aufgaben wirksam und sicher zu erfüllen. Auf organisatorischer Ebene hat die Unterstützung durch das Management einen positiven Einfluss auf die Meldebereitschaft (94).

Der Einfluss der Führung auf die Sicherheitskultur ist jedoch nicht in allen Bereichen des Gesundheitswesens gleich. Zúñiga et al. (2013, 2015) führten Studien in Pflegeheimen durch und stellten fest, dass die Führung keinen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene Qualität der Pflege in diesen Umgebungen hatte (95). Dies deutet darauf hin, dass andere Faktoren wie Teamarbeit und Zusammenarbeit eine wichtigere Rolle bei der Gestaltung der Sicherheitskultur in Langzeitpflegeeinrichtungen spielen könnten. Die Forscher stellen die Hypothese auf, dass die Dynamik der Pflege in diesen Einrichtungen eher von den kollektiven Bemühungen des Personals abhängt als vom Einfluss der Leitung von oben nach unten.

Dennoch hat die Führung bei der Förderung einer offenen Kommunikation in den meisten Kontexten des Gesundheitswesens eine herausragende Bedeutung. Schwappach (2016) betont, dass es für Spitäler von entscheidender Bedeutung ist, eine Kultur zu fördern, in der sich die Mitarbeitenden sicher fühlen, Sicherheitsbedenken anzusprechen (96). Führungsverhalten, das Offenheit, Inklusivität und Transparenz fördert, ist ein wesentlicher Faktor für ein positives Sicherheitsklima. Es schafft ein Umfeld, in dem sich die Beschäftigten wertgeschätzt und gehört fühlen. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Förderung des Meldeverhaltens, das wiederum massgeblich zur Vermeidung potenzieller Sicherheitsvorfälle und zur Verbesserung der Patientenergebnisse beiträgt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Führung zwar nicht der einzige, aber ein entscheidender Faktor ist, der die Sicherheitskultur in jeder Gesundheitseinrichtung beeinflusst. Ihre Rolle bei der Gestaltung von Verhaltensweisen, der Förderung von Sicherheitsprotokollen und der Kommunikation ist unbestreitbar. Führungskräfte tragen nicht nur Verantwortung für die Sicherheit auf Systemebene, sondern auch für die Schaffung einer Arbeitsumgebung, in der Mitarbeiter unterstützt werden und sich zutrauen, zur Sicherheitskultur beizutragen. Die Effektivität von Führungskräften bei der Verbesserung der Sicherheit hängt von ihrer Fähigkeit ab, ein Gleichgewicht zwischen Autorität und Zusammenarbeit zu finden, um sicherzustellen, dass Sicherheit in der gesamten Organisation als gemeinsame Verantwortung betrachtet wird.

Offene Kommunikation

Eine Studie ergab, dass 73 % der Führungskräfte und 60 % der Nachwuchskräfte angaben, noch nie Informationen zurückgehalten zu haben, die das Risiko für die Patienten hätten verringern können (96). In einer anderen Studie wurden systematische Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen festgestellt: In einer anderen Studie wurden systematische Unterschiede zwischen den Berufsgruppen festgestellt: Pflegefachpersonen berichteten seltener von Fehlern, ebenso Mitarbeiter auf niedrigeren Hierarchieebenen (97). Der Hauptgrund dafür war die Angst vor Konsequenzen und die mangelnde Aufmerksamkeit des Managements in Präzedenzfällen. Dies unterstreicht die entscheidende Rolle einer offenen Kommunikation für die Patientensicherheit, da der Austausch wichtiger Informationen oft vermeidbare Schäden verhindern kann. Eine andere Studie in Rehabilitationszentren ergab, dass 81 % der Befragten in den vier Wochen vor der Befragung konkrete Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit hatten, 83 % diese äusserten, während 41 % in einem oder mehreren Fällen schwiegen (98). Die erwarteten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen wurden bestätigt, aber überraschenderweise fanden wir keinen Einfluss der Hierarchieebene auf das Meldeverhalten und die Wahrnehmung des Meldeklimas. Die Faktoren, die das Gesundheitspersonal am häufigsten davon abhielten, das Wort zu ergreifen, waren Unwirksamkeit (38 %), die Anwesenheit von Patienten (26 %) und die Unvorhersehbarkeit der Reaktion des Akteurs (25 %).

Im Mittelpunkt einer offenen Kommunikation steht das Konzept des "Speaking up", das ein Schlüsselement einer robusten Sicherheitskultur ist. Der Begriff "Speaking up" bezieht sich auf eine selbstbewusste Kommunikation im klinischen Setting, in denen sofortiges Handeln erforderlich ist, wobei Bedenken, Meinungen oder Informationen beharrlich geäußert werden, bis eine Lösung gefunden ist. (99). Diese Art der proaktiven Kommunikation ist von entscheidender Bedeutung, um zu verhindern, dass Fehler zu den Patienten gelangen, da sie sicherstellt, dass potenzielle Probleme umgehend und wirksam angegangen werden. Die Fähigkeit, sich zu Wort zu melden, kann den Unterschied ausmachen zwischen einem geringfügigen Fehler, der korrigiert wird, und einem schwerwiegenden Fehler, der zu einer Schädigung des Patienten führt. Trotz der Anerkennung der Bedeutung des Sprechens gibt es immer noch eine Reihe von Hindernissen, die das Gesundheitspersonal davon abhalten, dieses Verhalten in vollem Umfang zu zeigen. Schwappach und Gehring (2014) stellten in Interviews fest, dass Angehörige der Gesundheitsberufe, insbesondere Ärzteschaft und Pflegefachpersonen, häufig vor einem Dilemma stehen (99). Einerseits fühlen sie sich ethisch stark verpflichtet, Fehler zu vermeiden und die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten. Andererseits kann diese Verpflichtung in Konflikt mit den erwarteten negativen Folgen der Meldung von Fehlern geraten, wie z. B. die Beeinträchtigung beruflicher Beziehungen oder die Blamage eines Kollegen. Dieser konkurrierende Druck führt häufig zum Schweigen, selbst wenn das Ansprechen von Bedenken potenziell Schaden abwenden könnte. Die Dynamik, mit der Probleme angesprochen werden, hängt auch von den Beziehungen zwischen den Beschäftigten im Gesundheitswesen ab. Schwappach und Gehring (2014) fanden heraus, dass es in einem vertrauten Umfeld, in dem die Gesundheitsfachkräfte ihre Kollegen gut kennen, leichter ist, sich zu äussern. (99). Vertrautheit fördert das Vertrauen und verringert die wahrgenommenen Risiken und sozialen Kosten, die mit der Äusserung von Bedenken verbunden sind. Sind die Teammitglieder hingegen weniger vertraut miteinander, steigt das Risiko, sich zu äussern, und die Beschäftigten im Gesundheitswesen zögern möglicherweise, ihre Bedenken zu äussern, aus Angst, Spannungen zu verursachen oder das Arbeitsumfeld zu schädigen. Einer anderen Studie zufolge gaben 13-25 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen an, dass sie sich zurückhalten (100). Ein ermutigendes Umfeld ist mit einer höheren Häufigkeit der Äusserung und einer geringeren Häufigkeit der Zurückhaltung verbunden. (38).

Offene Kommunikation und die Fähigkeit, sich Gehör zu verschaffen, sind also wesentliche Bestandteile einer starken Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. Sie ermöglichen die frühzeitige Erkennung von Sicherheitsbedrohungen und fördern ein kooperatives Umfeld, in dem Fehler vermieden werden können, bevor sie den Patienten erreichen. Damit eine offene Kommunikation wirklich gedeihen kann, müssen jedoch die Hindernisse beseitigt werden, die Angehörige der Gesundheitsberufe davon abhalten, ihre Meinung zu äussern, insbesondere in Bereichen, in denen die Beziehungen zwischen den Teammitgliedern nicht so eng sind. Durch die Förderung einer Kultur der Offenheit, Transparenz und Zusammenarbeit können Gesundheitseinrichtungen die Sicherheit und das Wohlergehen sowohl ihrer Mitarbeiter als auch ihrer Patienten besser gewährleisten. Es wurde ein Fragebogen entwickelt, um verschiedene Aspekte des Auftretens von Problemen beim Gesundheitspersonal zu bewerten.(101).

Just culture (Gerechte Kultur)

Eine gerechte Kultur fördert ein Umfeld, in dem die Mitarbeiter Fehler offen zugeben können, wodurch ein kontinuierliches Lernen und Systemverbesserungen gefördert werden, anstatt eine Kultur der Schuldzuweisung zu fördern (102).

Ein Paradebeispiel für die positiven Auswirkungen einer Just-Kultur ist eine an der Universität Bern durchgeführte Studie. In der Notaufnahme des Spitals erhielt das Konzept der "straffreien Reaktion auf Fehler" ein überwältigend positives Feedback: 78,7 % der Befragten stimmten zu, dass es eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Sicherheitskultur spielt (103). Dieser hohe Prozentsatz unterstreicht die Bedeutung eines straffreien Ansatzes für die Vertrauensbildung zwischen Personal und Management. Wenn die Beschäftigten des Gesundheitswesens glauben, dass die Meldung von Fehlern zu konstruktiven Lösungen und nicht zu Bestrafungsmassnahmen führt, sind sie eher bereit, ihre Meinung zu sagen und zu einem sichereren klinischen Umfeld beizutragen.

Darüber hinaus sind Organisationen, die ein System zur Meldung von Fehlern ohne Schuldzuweisung fördern, besser in der Lage, ihre Sicherheitskultur insgesamt zu verbessern. Die Ermutigung zur Fehlermeldung ohne Angst vor Vergeltung ermöglicht es den Gesundheitssystemen, systemische Schwachstellen zu erkennen und zu beheben, die andernfalls verborgen bleiben würden. Dieser proaktive Ansatz trägt dazu bei, zukünftige Vorfälle zu verhindern, indem aus vergangenen Fehlern gelernt wird. Ricklin et al. (2019) heben hervor, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen diesen Ansatz - das Melden von Fehlern ohne Schuldzuweisung - als den wichtigsten Faktor für die Pflege einer positiven Sicherheitskultur ansehen (103). Er führt nicht nur zu einer offeneren Kommunikation, sondern stellt auch sicher, dass der Schwerpunkt auf der Verbesserung von Prozessen und der Vermeidung künftiger Schäden liegt, anstatt Schuldzuweisungen vorzunehmen.

In einer gerechten Kultur liegt der Schwerpunkt auf Lernen und Verbesserung und nicht auf Bestrafung (102). Dies ist besonders wichtig in stressigen Umgebungen wie Notaufnahmen, wo Entscheidungen schnell und unter Druck getroffen werden. Durch die Schaffung einer Atmosphäre, in der das Personal Fehler zugeben kann, ohne Vergeltungsmassnahmen befürchten zu müssen, können Organisationen diese Momente als Lernmöglichkeiten nutzen, um Protokolle zu verfeinern, die Teamarbeit zu verbessern und letztendlich die Patientensicherheit zu erhöhen.

Eine gerechte Kultur spielt eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung einer positiven Sicherheitskultur im Gesundheitswesen. Indem sie Fehler als Chance zur Verbesserung betrachten, anstatt Schuldzuweisungen vorzunehmen, können Gesundheitsorganisationen ein transparenteres, verantwortungsvolleres und kooperativeres Umfeld schaffen. Dies wiederum führt zu einer sichereren

Patientenversorgung, da sich das Personal ermächtigt fühlt, Fehler zu melden, Erkenntnisse auszutauschen und zur kontinuierlichen Verbesserung des Systems beizutragen. Die straffreie Reaktion auf Fehler ist nicht nur ein Schlüsselfaktor für den Abbau von Ängsten und die Förderung einer offenen Kommunikation, sondern sorgt auch dafür, dass sich die Gesundheitssysteme weiterhin auf das Lernen und die Verbesserung der Sicherheit für Mitarbeiter und Patienten konzentrieren.

Positive Lernkultur

Auer et al. (2014) stellten fest, dass organisatorisches Lernen ein wichtiger Indikator für die Reife der Sicherheitskultur ist und das Engagement einer Organisation widerspiegelt, ihre Prozesse als Reaktion auf Fehler und Beinaheunfälle weiterzuentwickeln und zu verfeinern (91).

Zur weiteren Untermauerung dieses Konzepts wurde in einer Studie von Gambashidze et al. (2021) gezeigt, dass die Gesamtwahrnehmung der Patientensicherheit durch Faktoren wie die Personalausstattung und eine Kultur des organisatorischen Lernens positiv beeinflusst wird (51). Die Studie ergab, dass Dimensionen wie "Organisatorisches Lernen - kontinuierliche Verbesserung" und "Personalausstattung" einen signifikant positiven Einfluss auf die Wahrnehmung der Patientensicherheit durch das Gesundheitspersonal haben. Dies deutet darauf hin, dass Organisationen, die in Personalentwicklung und Lernmechanismen investieren, eher ein Umfeld fördern, in dem Sicherheit Priorität hat und Fehler als Chance für systemweite Verbesserungen gesehen werden.

Durch die Einbindung des organisatorischen Lernens in die tägliche Praxis können Gesundheitseinrichtungen eine Kultur der Verantwortlichkeit und der gemeinschaftlichen Problemlösung schaffen, in der die Mitarbeitenden ermutigt werden, über Fehler nachzudenken, ihre Ursachen zu ermitteln und Änderungen umzusetzen, die die Patientenversorgung verbessern. Die Auswirkungen einer solchen lernorientierten Kultur sind weitreichend und fördern nicht nur bessere Sicherheitsergebnisse, sondern auch ein grösseres Engagement der Mitarbeiter und eine höhere Arbeitszufriedenheit, da sich die Fachkräfte im Gesundheitswesen in ihren Bemühungen um eine sichere und qualitativ hochwertige Pflege unterstützt fühlen.

Teamwork und Zusammenarbeit

Teamarbeit und Zusammenarbeit sind wesentliche Säulen des Gesundheitswesens und spielen eine entscheidende Rolle bei der Behandlung von Fragen der Patientensicherheit. Die Förderung der Zusammenarbeit innerhalb von Teams und über Disziplinen und Hierarchien hinweg ist entscheidend für die Förderung einer sicherheitsorientierten Kultur. Zúñiga et al. (2015) betonten, dass ein höheres Mass an Teamarbeit wesentlich zu einer besseren Versorgungsqualität und Sicherheit beiträgt (95). So kann sich das Fehlen einer starken Teamarbeit nachteilig auswirken: etwa 7 % der Pflegefachpersonen bewerten die Qualität der Pflege an ihrem Arbeitsplatz als eher oder sehr niedrig, was die negativen Auswirkungen einer schlechten Zusammenarbeit unterstreicht.

Eine schwache Sicherheitskultur, die durch ineffiziente Teamarbeit, dysfunktionale Beziehungen zwischen den Abteilungen und höhere kognitive Anforderungen an das Gesundheitspersonal noch verstärkt wird, steht in engem Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten von Zwischenfällen (103). Die im Rahmen der Studie befragten Mitarbeitenden äusserten sich besorgt über Faktoren wie „abteilungsübergreifende Teamarbeit“ und „Übergaben und Übergänge“, die schlecht bewertet wurden. Wenn Sicherheitsprotokolle nicht effektiv befolgt werden und die Kommunikation zwischen den

Abteilungen stockt, erhöht sich das Risiko von Fehlern und Patientenschäden erheblich. Darüber hinaus kann die kognitive Belastung des Gesundheitspersonals aufgrund der hohen Arbeitsbelastung die Entscheidungsfindung beeinträchtigen, was die Wahrscheinlichkeit von Fehlern weiter erhöht und sich negativ auf die Ergebnisse für die Patienten auswirkt.

Die Bedeutung einer effektiven Kommunikation und Teamarbeit kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, da Kommunikationsmängel häufig als Hauptursache für vermeidbare unerwünschte Ereignisse angeführt werden (104). Studien zeigen, dass effiziente Teamarbeit die Häufigkeit kritischer Zwischenfälle beim Pflegepersonal verringert, was die wesentliche Rolle der Zusammenarbeit bei der Verringerung von Fehlern und der Verbesserung der Patientenversorgung insgesamt unterstreicht (105). Der Aufbau einer Kultur der offenen Kommunikation, der gegenseitigen Unterstützung und der gemeinsamen Problemlösung auf allen Ebenen des Gesundheitswesens ist von entscheidender Bedeutung, um sowohl die Sicherheit der Patienten als auch das Wohlbefinden des Personals zu gewährleisten.

Verfügbare Ressourcen und Schulungen zur Förderung der Sicherheit

Regelmässige Schulungsprogramme sind von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, das Gesundheitspersonal mit dem Wissen und den Fähigkeiten auszustatten, die für die Einhaltung von Sicherheitsstandards erforderlich sind. Eine befragte Hebamme wies beispielsweise auf die Notwendigkeit zusätzlicher Schulungen in Bereichen wie Fehleranalyse, Methoden zur Bearbeitung von Zwischenfällen und Risikomanagement hin und betonte, dass eine solche Ausbildung der Schlüssel zur Verbesserung der Sicherheitsergebnisse in ihrem Bereich sei (104). Diese spezialisierten Schulungen helfen den Angehörigen der Gesundheitsberufe, ein tieferes Verständnis dafür zu entwickeln, wie man Fehler analysiert und aus ihnen lernt, was die Wahrscheinlichkeit wiederholter Fehler verringert und einen proaktiven Ansatz für die Patientensicherheit fördert.

Das Simulationstraining wurde ebenfalls als wertvolle Ressource anerkannt, da es eine risikofreie Umgebung bietet, in der Mitarbeiter des Gesundheitswesens ihre Fähigkeiten üben und verfeinern können, ohne Angst haben zu müssen, Fehler zu machen, die die Patientenversorgung beeinträchtigen könnten (104). Durch die Nachbildung realistischer klinischer Szenarien ermöglicht das Simulationstraining den Fachkräften, ihre Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung und Teamarbeit zu verbessern, was in Situationen mit hohem Druck von entscheidender Bedeutung ist. Die Möglichkeit, komplexe Verfahren und Sicherheitsprotokolle in einer kontrollierten Umgebung zu üben, führt zu grösserem Selbstvertrauen und grösserer Einsatzbereitschaft in der Praxis und trägt damit wesentlich zu besseren Patientenergebnissen bei.

Die Forschung zeigt, dass neben einer angemessenen Unterstützung auch die Ressourcen wichtig sind. So wurde beispielsweise in einer Studie von Zúñiga et al. (2015) festgestellt, dass die Sicherheit in Pflegeheimen gefährdet ist, wenn die Personalressourcen rationiert werden (95). Eine unzureichende Personalausstattung erhöht nicht nur die Arbeitsbelastung des verbleibenden Personals, sondern führt auch zu höheren Fehlerquoten, da die Beschäftigten im Gesundheitswesen konkurrierende Anforderungen unter einen Hut bringen müssen. In ähnlicher Weise haben Untersuchungen von Ausserhofer (2013) ergeben, dass Personalmangel der wichtigste Prädiktor für medizinische Fehler und Unzufriedenheit der Patienten ist, was die entscheidende Notwendigkeit einer angemessenen Personalausstattung zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unterstreicht (106).

Ausserdem werden Arbeitsüberlastung und Müdigkeit häufig als Hauptursachen für medizinische Fehler genannt. Die von Mankaka et al. (2014) befragten weiblichen Gesundheitsfachpersonen gaben an, dass diese Faktoren in Verbindung mit unzureichender organisatorischer Unterstützung ihre Fähigkeit, sichere und effektive Pflege zu leisten, direkt beeinträchtigen. (107). Müdigkeit beeinträchtigt nicht nur die kognitiven Funktionen, sondern auch das klinische Urteilsvermögen, wodurch die Mitarbeitenden anfälliger für Fehler werden. Dies unterstreicht die Bedeutung einer angemessenen Personalausstattung, von Pausen und Ressourcen für das Wohlbefinden, um sicherzustellen, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen körperlich und geistig in der Lage sind, ihre Aufgaben sicher zu erfüllen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine robuste Sicherheitskultur in hohem Masse von der Verfügbarkeit von Ressourcen und Schulungen abhängt, die das Gesundheitspersonal in die Lage versetzen, Risiken zu bewältigen und die Patientensicherheit zu gewährleisten. Die organisatorische Unterstützung durch regelmässige Schulungen, Simulationsübungen und eine angemessene Personalausstattung spielt eine entscheidende Rolle bei der Eindämmung von Fehlern und der Gewährleistung, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen für die Bewältigung von Sicherheitsherausforderungen gerüstet sind. Ohne diese wichtigen Ressourcen kann die Patientensicherheit ernsthaft beeinträchtigt werden, was zu höheren Fehlerquoten, Unzufriedenheit und potenziell schädlichen Ergebnissen führt.

Evidenzbasierte Praktiken und Leitlinien

Verschiedene Studien untersuchten die Einhaltung der chirurgischen Sicherheitscheckliste (SSC) (53,108), Interventionen zur Verbesserung der Compliance (109-111), die Wahrnehmung ihres Nutzens (112), ihre Auswirkung auf das Sicherheitsklima (113) oder die Vor- und Nachteile der Einführung und Umsetzung chirurgischer Sicherheitschecklisten (114).

Eine Studie untersuchte die systemischen Auswirkungen von standardisierten, systemischen, interprofessionellen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) in einem Kinderspital (115). M&M-Konferenzen zielen darauf ab, die Patientensicherheit zu verbessern, indem klinische Fälle mit ungünstigen Ergebnissen analysiert werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Konferenzen, wenn sie standardisiert sind, die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern, was zu systemischen Verbesserungen der Sicherheit und Zuverlässigkeit der Versorgung führt.

Eine Studie untersuchte den Einfluss von Walk Rounds auf die Teamarbeit (116), einer Intervention zur Verbesserung der Kommunikation und der Zusammenarbeit im Team, bei der die Führungskräfte klinische Bereiche aufsuchen, mit dem Personal interagieren und Fragen der Patientensicherheit erörtern, und eine den Einfluss von TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) auf die Sicherheitskultur (117). TeamSTEPPS ist ein evidenzbasiertes Programm zur Verbesserung der Teamarbeit und Kommunikation im Gesundheitswesen. Staines et al. (2020) wiesen nach, dass die Implementierung von TeamSTEPPS zu signifikanten Verbesserungen der Sicherheitskultur führte, mit positiven Veränderungen in der Einstellung des Personals zu Kommunikation, Teamarbeit und Führung (117).

Die Transparenz der Meldesysteme und -prozesse für die Nutzer, einschliesslich der Kenntnis der Arten von Ereignissen, die gemeldet werden müssen, wurde als wichtigster Faktor für die Bereitschaft zur Meldung ermittelt. (94). Auf individueller Ebene war die wahrgenommene Wirksamkeit der Meldung eine relevante Voraussetzung. Auf organisatorischer Ebene wurde festgestellt, dass die Unterstützung durch

das Management die Meldebereitschaft positiv beeinflusst. Für Pflegefachpersonen und Ärzteschaft wurden unterschiedliche Antezedenzen als relevant identifiziert.

Die Umsetzung eines 22-monatigen mehrstufigen Programms zum Speaking up Verhalten in einer universitären Anästhesieabteilung führte zu einer allgemeinen Verbesserung der Einstellungen und des Sicherheitsklimas, wobei die Werte für selbstbewusste Kommunikation und Speaking up die Benchmarks übertrafen (118). Diese Ergebnisse stützen die derzeitige Meinung, dass multimodale Programme und kontinuierliche Bemühungen erforderlich sind, dass aber das Speaking up Verhalten in der Praxis tatsächlich verbessert werden kann (118). Eine andere Studie zeigte, dass das Sicherheitsklima offenbar zu einer Verringerung der medizinischen Fehler bei typischen Routineverfahren in der Intensivpflege beiträgt (119).

Die Ergebnisse dieser Studien zeigen einen einheitlichen Trend: strukturierte, standardisierte Ansätze für Kommunikation und Teamarbeit wirken sich direkt und positiv auf die Patientensicherheit und die Organisationskultur aus.

Zufriedenheit am Arbeitsplatz

Zahlreiche Studien haben diese Subdimension in verschiedenen Settings des Gesundheitswesens untersucht. Eine Studie (120) untersuchte die Prävalenz illegitimer Aufgaben in einem Spital und deren Auswirkungen auf die Patientensicherheitskultur. Es wurde festgestellt, dass die häufige Durchführung illegitimer, unnötiger oder unangemessener Aufgaben mit einer höheren Arbeitsunzufriedenheit und einer niedrigeren Bewertung der Patientensicherheit einherging. Die Studie ergab, dass die häufige Ausübung illegitimer, unnötiger oder unangemessener Aufgaben mit einer höheren Arbeitsunzufriedenheit und niedrigeren Bewertungen der Patientensicherheit verbunden war, und legt nahe, dass illegitime Aufgaben eine besondere Rolle bei der Beeinträchtigung der Patientensicherheitskultur spielen. Eine andere Studie (121) untersuchte den Einfluss von Unfreundlichkeit unter der Ärzteschaft in der Notaufnahme und zeigte zwei signifikante Ergebnisse: erstens eine starke Korrelation zwischen interner Unfreundlichkeit und psychologischer Sicherheit, einem Schlüsselfaktor für Innovation und Lernen in Teams; zweitens eine signifikante Korrelation zwischen externer Unfreundlichkeit und persönlicher Irritation oder vermindertem Wohlbefinden, was sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit und das Engagement auswirkt.

Eine Studie untersuchte die Qualität der Gesundheitsversorgung in einer psychiatrischen Klinik, indem sie die Klinikstrukturen, wie z. B. die Personalausstattung und das Arbeitsumfeld der Pflegefachpersonen, die Prozesse, wie z. B. die Rationierung der Pflege, Arbeitszufriedenheit und die Work-Life-Balance, untersuchte (122).

Darüber hinaus wurden positive Faktoren des Arbeitsumfelds wie eine unterstützende Führung, eine starke Teamarbeit, ein positives Sicherheitsklima und eine angemessene Personalausstattung signifikant mit einer höheren Arbeitszufriedenheit in Verbindung gebracht (93). Andere Studien haben ebenfalls auf die entscheidende Rolle der Arbeitsbedingungen hingewiesen wie z.B. Rationierung (95,123,124), Stress (95,125) psychologische Sicherheit (126) oder Herausforderungen wie der Umgang mit Aggressionen von Patientenbesuchern (127,128).

Engagement der Patienten

Die Einbindung der Patienten in die Sicherheit ist ein wichtiger Aspekt der Sicherheitskultur, wobei die Patienten eine aktive Rolle spielen, indem sie Fragen stellen, Auffälligkeiten melden und sich an Versorgungsentscheidungen beteiligen, um Fehler zu reduzieren und die Ergebnisse zu verbessern.

Mehrere Studien haben sich mit der Beteiligung der Patienten an der Sicherheit befasst. Eine Studie untersuchte die Einstellung von Chemotherapiepatienten zur Fehlervermeidung und kam zu dem Ergebnis, dass die Patienten, obwohl sie Fehler erlebt hatten, nur mässig um die Sicherheit besorgt waren (129). Sie betrachteten die Beteiligung als wesentlich und beschrieben sie als einen Lernprozess, bei dem proaktive Kommunikation und das Stellen von Fragen zu den wichtigsten Strategien gehören. Die Patienten sahen in der Beteiligung keine Beeinträchtigung des Vertrauens in ihre Leistungserbringer, und die Unterweisung durch das Pflegepersonal war für die Unterstützung ihrer Beteiligung entscheidend.

Eine weitere Studie (130) untersuchte die Einstellung zu einer Beratung zur Patientensicherheit. Die meisten Patienten (95%) und Mitarbeitenden (78 %) befürworteten, dass die Spitäler die Patienten über die Vermeidung von Fehlern aufklären. Beide Gruppen bewerteten den Hinweis positiv, wobei das Engagement der Patienten mit Faktoren wie Verhaltenskontrolle und früherem Sicherheitsverhalten zusammenhing. Die Unterstützung durch die Mitarbeitenden wurde durch ihre Überzeugung von der Wirksamkeit des Hinweises und die wahrgenommene Wachsamkeit der Patienten beeinflusst. Obwohl viele Patienten über Medikamente sprachen oder das Personal auf mögliche Fehler aufmerksam machten, blieb die Gesamtwirkung der Beratung auf die Verbesserung der Sicherheit unklar.

Eine dritte Studie (131) untersuchte die Erfahrungen von Patienten in Schweizer Spitälern und stellte fest, dass 11,7% der gemeldeten Ereignisse als schwerwiegend eingestuft wurden. Während die meisten Patienten die Kommunikation über Ereignisse als ehrlich und offen bewerteten, gab nur eine Minderheit an, Vorfälle mit dem Personal besprochen zu haben. Die Besorgnis über die Sicherheit war relativ gering: 3,2 % der Patienten machten sich grosse Sorgen über medizinische Fehler. Faktoren wie die Dauer des Aufenthalts, der Gesundheitszustand und die demografischen Daten beeinflussten die Meldung von Ereignissen. Diese Ergebnisse entsprachen den Erwartungen und lieferten wertvolle Erkenntnisse für Risikomanagementstrategien.

Andere

Darüber hinaus gab es eine Studie über die Ursachen und die Vermeidbarkeit unbeabsichtigt zurückgehaltener Fremdkörper nach Operationen, aus der hervorging, dass der Produktivitätsdruck und die starke Ökonomisierung der Operationssäle als nachteilig für die Sicherheitskultur empfunden wurden (132), eine Studie im Bereich Benchmarking (122), eine Studie aus dem Bereich des klinischen Risikomanagements (133), zwei zur Wahrnehmung der Sicherheit (131,134), zwei zum Thema Sicherheitsklima und chirurgischen Infektionen (135,136), ein Protokoll für eine Übersichtsarbeit zur Untersuchung der Beziehungen zwischen Merkmalen von Pflegeheimen (137), eine Übersichtsarbeit über das Programm "Sichere Chirurgie in der Schweiz", das von der Stiftung für Patientensicherheit (138).

4.4 Stand der Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitssystem und verwendete Messinstrumente

Insgesamt wurden 24 Studien zum Stand der Sicherheitskultur identifiziert, davon 10 in Fachzeitschriften mit Peer-Review (51,102-105,139-144) und 14 in der grauen Literatur (81-89,145-149). Die Studien sind in Anhang 8.10 aufgeführt.

Die meisten Umfragen wurden in Spitälern durchgeführt (15), je zwei in Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege und je eine bei Ambulanzdiensten (1), den Hebammen (1), der Hausärzteschaft (1), in der Radiologie (ambulante bildgebende Diagnostik) (1) und bei Chiropraktikern (1).

Der Fragebogen "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSPSC) wurde in 11 der 24 Umfragen verwendet, meist in (Universitäts-)Spitälern, und einmal in der häuslichen Pflege (89). Der Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) wurde in vier Umfragen verwendet (83,86,87,141). Die Safety Organising Scale (SOS), der Safety Climate Survey, der SafeQuest und der PaSKI wurden jeweils einmal verwendet.

Acht veröffentlichte Artikel waren methodischer Natur, wie z. B. die Entwicklung, die Gültigkeit von Instrumenten und die psychometrische Bewertung von Fragebögen (36,101,106,140,144,150–152).

Die aggregierten Daten der erstmals gleichzeitig an fünf Universitätsspitalern in der Schweiz durchgeführten Mitarbeitervollbefragung zur Sicherheitskultur wurden im OECD-Arbeitspapier zur vergleichenden Bewertung der Patientensicherheit in den OECD-Ländern veröffentlicht (82). Der durchschnittliche Prozentsatz positiver Antworten war in den folgenden Bereichen gleich hoch oder höher als in den anderen Ländern: Unterstützung der Patientensicherheit durch Vorgesetzte, Manager oder klinische Leiter: 66% (HSPSC v1 Durchschnitt 65%); Kommunikation über Fehler 54% (HSPSC v1 Durchschnitt 54%), Offenheit in der Kommunikation 59% (HSPSC v1 Durchschnitt 54%) und niedriger für folgende Bereiche: Teamarbeit: 48% (HSPSC v1 Durchschnitt 58%), Organisatorisches Lernen - Kontinuierliche Verbesserung: 53% (HSPSC v1 Durchschnitt 62%), Unterstützung der Spitalleitung für die Patientensicherheit 37% (HSPSC v1 Durchschnitt 52%).

Weitere aggregierte Daten liegen aus einer Umfrage vor, die 2019 in 10 Spitälern des Kantons Waadt durchgeführt wurde (88), die folgende Ergebnisse zeigt: Häufigkeit der Meldung von Zwischenfällen: 62,9%; Allgemeine Wahrnehmung der Sicherheit: 48,5%; Vorgesetzter als Sicherheitsbeauftragter: 67,7%; Organisatorisches Lernen: 54,2%; Teamarbeit in der Abteilung: 69,8%; Offenheit für interne Kommunikation, Diskussion: 59,7%; Feedback und interne Kommunikation von Fehlern: 54,7%; Nicht strafende Reaktion auf Fehler: 39,5%; Personalausstattung: 38,1%; Unterstützung des Managements für die Patientensicherheit: 38,8%; Zusammenarbeit zwischen Einheiten/Abteilungen: 52,7%; Überweisungen und Übergaben: 36,5%.

Daten zur Sicherheitskultur sind für das Universitätsspital Genf für die Jahre 2013, 2016, 2018, 2020 und 2023 verfügbar (145-148,153). Das durchschnittliche Niveau der Sicherheitskultur lag 2013 bei 47,4 %, 2016 bei 51,7 % und seither zwischen 48,7 % und 49,5 %. Kein Aspekt der Sicherheitskultur gilt als "entwickelt", d. h. mit einer positiven Antwortquote von 80 % oder mehr. Was die Meldung von Zwischenfällen betrifft, so lag der Anteil der Kliniker, die angaben, in den letzten 12 Monaten einen Zwischenfall gemeldet zu haben, bei 56,7 %. Bei den Nicht-Klinikern lag der Anteil bei 34,4 % (29,2 % im Jahr 2020). Zwischen den Abteilungen gibt es relativ grosse Unterschiede. Beim medizinischen und pflegerischen Personal nehmen die Dimensionen "Lernende Organisation" und "Meldung von Zwischenfällen" zwischen 2013 und 2023 ab, während die Dimensionen "Nicht bestrafende Reaktion

auf Fehler", "Wahrgenommene Unterstützung durch das Management", "Abteilungsübergreifende Teamarbeit" und "Erwartungen und Massnahmen des Vorgesetzten" zunehmen.

Die erste spitalweite Umfrage zum Patientensicherheitsklima im deutschsprachigen Raum wurde 2006 am Universitätsspital Zürich durchgeführt (154). Aus dieser Umfrage ergaben sich zwei wichtige Erkenntnisse: a) Die Umfrage bietet eine solide Grundlage und schärft das Bewusstsein für die verschiedenen Dimensionen der Sicherheitskultur und der Patientensicherheit, und b) für eine nachhaltige und wirksame Nutzung der gesammelten Daten ist es von wesentlicher Bedeutung, die Ergebnisse in die Strategie der Organisation und ihren Rahmen für das Qualitäts- und Risikomanagement zu integrieren und die Geschäftsleitung zusammen mit einem Netzwerk von Qualitätsmanagern aktiv einzubinden, die in jeder Phase des Projekts als Multiplikatoren in den Kliniken, Instituten und Abteilungen fungieren. Darüber hinaus ist die Planung der erforderlichen Ressourcen entscheidend für den Erfolg dieser Bemühungen.

Eine Umfrage zur Sicherheitskultur in der hausärztlichen Praxis (35,142,143) ergab, dass MPAs seltener als Ärzte und Ärztinnen der Meinung sind, dass in ihrer Praxis regelmässige Schulungen zu den häufigsten Notfallsituationen stattfinden. MPAs bewerteten die Praxissituation auch negativer in Bezug auf die Frage, ob Fehler im Praxisteam besprochen werden und ob Patienten beim Praxisbesuch nach ihrer aktuellen Medikation und Nebenwirkungen gefragt werden. In der Dimension des Sicherheitsklimas "Teambezogene Aktivitäten und Strategien zur Fehlervermeidung" wurden Unterschiede nach Berufsgruppe und Praxistyp festgestellt. Die regelmässige Teilnahme an Qualitätszirkeln und Teambesprechungen für alle Praxismitarbeiter (mindestens monatlich) wurden jedoch als Faktoren mit dem grössten Einfluss auf das Sicherheitsklima angegeben. In Bezug auf die Risiken zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass die Telefontriage ein relevanter Bereich der Patientensicherheit in der hausärztlichen Praxis ist, der bisher nicht im Mittelpunkt stand, was zu einem neuen Projekt und einem Triage-Leitfaden für die Telefontriage in der hausärztlichen Praxis geführt hat. Diese Studie lieferte jedoch keine quantitativen Daten über das Niveau der Sicherheitskultur.

Im Bereich der häuslichen Pflege wurden zwei Umfragen durchgeführt: Die SPOTnat-Studie (Spitex Koordination und Qualität - Nationaler Bericht) mit 88 Institutionen und 5897 Mitarbeitenden, Klienten und Angehörigen (83) und eine Umfrage im Kanton Waadt (ASPMAD) (89) im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen Basel und Waadt (90).

In der SPOTnat-Studie erreichte die Skala des Sicherheitsklimas einen Median von 4,3 [IQB 3,7-4,7] und einen Mittelwert von 4,1 (SD 0,7), wobei 20 % (n=18) der Organisationen einen Mittelwert unter 4 auf der Skala erreichten. In der APSMAD-Umfrage wurden die folgenden vorrangigen Bereiche ermittelt: Zusammenarbeit und Informationstransfer zwischen Teams, Personalausstattung und Arbeitsorganisation, Just Culture-Schulungen für Manager, Unterstützung für Zweitopfer und Meldung von Zwischenfällen an Kunden, Verbesserung und Standardisierung von Verfahren zur Meldung und Verwaltung von Zwischenfällen.

Das Swiss Nursing HOMES Human Resource Project (SHURP) hat 2013 und 2018 zwei nationale Umfragen in Pflegeheimen durchgeführt (Zuniga et al. 2013, 2018). In der Umfrage von 2018 gaben rund zwei Drittel der Befragten an, dass auf der Station angemessen mit Fehlern umgegangen wird, dass sie ein angemessenes Feedback zu ihrer Arbeit erhalten, dass es einfach ist, Fehler zu korrigieren, und dass es der Umgang miteinander leicht macht, aus den Fehlern der anderen zu lernen. Bei der Frage, ob sie wussten, wie sie Fragen zur Sicherheit der Bewohner auf der Station stellen konnten, gab es einen Unterschied zwischen dem Pflege- und Betreuungspersonal und dem sonstigen Personal (88,1 % bzw. 77,3 %). Die gegenseitige Unterstützung (83,2 %) und das Stellen von Fragen, wenn etwas

nicht verstanden wurde (84,7 %), wurden positiv bewertet. Etwas kritischer wurde die Frage beurteilt, ob Vorschläge und Ideen willkommen sind. Drei Viertel der Befragten stimmten dem zu (75,4%). Die Frage, ob Meinungsverschiedenheiten gut gelöst werden und ob die verschiedenen Fachleute als gut koordiniertes Team zusammenarbeiten, erhielt ebenfalls rund 70 % Zustimmung. Was die Führung betrifft, so gaben die Befragten ihren Vorgesetzten im Allgemeinen gute Noten. Sie fühlten sich unterstützt, nahmen ihre Vorgesetzten als kompetent wahr, und Fehler wurden von Managern und Vorgesetzten eher zum Lernen als zum Kritisieren genutzt. Auffallend ist, dass nur etwa 72 % des Pflegepersonals Lob und Anerkennung für gute Arbeit erhielten, verglichen mit 80,8 % des übrigen Personals. Insgesamt wurden die Personalressourcen schlechter bewertet als die anderen Aspekte der Qualität des Arbeitsumfelds. Auch bei der Bewertung des Pflege- und Betreuungspersonals gibt es deutliche Unterschiede im Vergleich zum übrigen Personal. Bei den meisten der gemessenen Dimensionen gab es jedoch grosse Unterschiede zwischen den Unternehmen.

Es wurde berichtet, dass Merkmale der Teilnehmer wie Führungsfunktion, Beruf oder Arbeitsplatz erhebliche Auswirkungen auf die Wahrnehmung der (Patienten-) Sicherheitskultur haben (51,139,142,143). Gambashidze et al. (2021) stellten fest, dass Mitarbeitende mit Führungsaufgaben eine positivere Wahrnehmung von 10 der 11 PSC-Dimensionen hatten (alle Dimensionen ausser Übergaben und Übergänge im Spital), während die Wahrnehmung von Pflegefachpersonen positiver war als die der Ärzteschaft für die Dimensionen Übergaben und Übergänge und Offenheit der Kommunikation und weniger positiv für die Gesamtwahrnehmung der Patientensicherheit, die Teamarbeit zwischen den Abteilungen in einem Spital, die Unterstützung der Spitalleitung für die Patientensicherheit und die Personalausstattung (51). Andere Studien haben gezeigt, dass das Sicherheitsklima von der Ärzteschaft positiver bewertet wurde als von Pflegefachpersonen, von Managern positiver als von Nicht-Managern, von OP-Personal positiver als von Stationspersonal, von Pflegefachpersonal positiver als vom Betreuungspersonal, und dass die Bewertungen je nach der Zeit, die das Gesundheitspersonal mit der direkten Patientenversorgung verbrachte, unterschiedlich ausfielen (102,103,139,142,143,149). Ausserhofer et al. (2012) zeigten, dass Pflegefachpersonen auf medizinischen Stationen über eine höhere Patientensicherheitskultur berichten als Pflegefachpersonen auf chirurgischen Stationen, und dass Pflegefachpersonen aus dem französischen und italienischen Sprachraum über eine geringere Patientensicherheitskultur berichten als Pflegefachpersonen aus dem deutschen Sprachraum (102).

Darüber hinaus zeigen verschiedene einrichtungsübergreifende/abteilungsübergreifende Erhebungen erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Spitälern oder Abteilungen (83,144,153).

4.5 Zusammenfassung

Die in dieser Studie identifizierte Literatur bietet einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der Sicherheitskultur in der Schweiz auf allen drei Strukturebenen. Die graue Literatur ist mehrheitlich der Makroebene zuzuordnen. Sie gibt Auskunft über Aktivitäten und Stellungnahmen auf dieser Ebene. Das Positionspapier der GDK nimmt Stellung zum Thema Qualität im Allgemeinen, aber auch zum Thema Sicherheitskultur und zu den Initiativen oder Massnahmen, die aus ihrer Sicht einen wichtigen Beitrag zur Etablierung einer Sicherheitskultur leisten, wie z.B. CIRS oder Peer Reviews. Darüber hinaus wurde in der grauen Literatur ein breites Spektrum an Informationen zum Thema Sicherheitskultur gefunden wie Aus- und Weiterbildungsprogramme, Umfragen in Gesundheitseinrichtungen, zur Implementierung von Checklisten und Systemen zur Meldung von

Zwischenfällen. Die verschiedenen Forschungsprojekte von Patientensicherheit Schweiz im Bereich Sicherheitskultur haben wesentlich zur Förderung und Schaffung der notwendigen Instrumente und Gefässe beigetragen. Die Abkehr von einer technischen Operationalisierung von Patientensicherheit hin zu einem systemischen Verständnis zeigt sich in der Erkenntnis, dass die Instrumente und Interventionen zur Verbesserung der Patientensicherheit zur Etablierung einer Sicherheitskultur beitragen und umgekehrt eine gelebte Sicherheitskultur auch eine Voraussetzung für die Wirksamkeit solcher Interventionen ist (41-43).

Verschiedene Berichte befassen sich mit der notwendigen Rechtsgrundlage und dem Schutz der Vertraulichkeit, damit Fehler und Verbesserungen ohne strafrechtliche Konsequenzen dokumentiert werden können (58,59,63,65,134).

Nur zwei Berichte wurden der Mesoebene zugeordnet. In beiden Fällen handelt es sich um Umfragen zur Sicherheitskultur, die von Institutionen im Kanton Waadt durchgeführt wurden, welche die Spitäler respektive die häusliche Pflege auf regionaler Ebene vernetzen, nämlich die Fédération des hôpitaux vaudois und die Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile (ASPMAD) (51,102-105,139-144).

Die meisten Studien wurden auf der Mikroebene durchgeführt. Sie konzentrierten sich entweder auf eine oder mehrere Subdimensionen der Sicherheitskultur, oder es handelte sich um Erhebungen zum Stand der Sicherheitskultur in einer oder mehreren Einrichtungen, in verschiedenen Abteilungen einer Einrichtung, in verschiedenen Fachbereichen und bei verschiedenen Zielgruppen.

Die Ergebnisse der 24 Umfragen zur Sicherheitskultur, die seit 2000 in der Schweiz durchgeführt wurden, zeigen ein gemischtes Bild in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Die meisten Erhebungen wurden in Spitälern durchgeführt (15), je zwei in Pflegeheimen und der häuslichen Pflege und die übrigen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (Chiropraktiker, hausärztliche Praxis, Radiologie, Hebammen). Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass insbesondere in den Bereichen Teamarbeit, Unterstützung durch das Management und Meldung von Zwischenfällen noch erhebliche Herausforderungen bestehen. Die Wahrnehmung der Sicherheitskultur war je nach Rolle, Beruf und Einrichtung sehr unterschiedlich. Die Unterstützung durch die Spitalleitung wurde durchwegs schlechter bewertet (37%) als andere Dimensionen der Sicherheitskultur. Die im Kanton Waadt durchgeführten Umfragen ergaben niedrigere Werte für die Meldung von Zwischenfällen (39,5 %), die Personalausstattung (38,1 %) und die Unterstützung der Sicherheit durch das Management (38,8 %).

Die Gesamtwahrnehmung der Sicherheit im Universitätsspital Genf lag zwischen 2013 und 2023 zwischen 47,4 % und 51,7 %, was dem durchschnittlichen Niveau der Sicherheitskultur entspricht: In der SPOTnat-Studie über Einrichtungen der häuslichen Pflege wurde das Sicherheitsklima im Median mit 4,3 von 5 Punkten bewertet, wobei der Mittelwert der Einrichtungen zwischen 3,6 und 4,6 lag. Ungefähr 20 % der Organisationen erreichten weniger als 4 Punkte.

In den Erhebungen des Swiss Nursing Homes Human Resource Project (SHURP) (2013, 2018) bewerteten rund zwei Drittel der Befragten den Umgang ihrer Abteilung mit Fehlern, Feedback und einfacher Korrektur positiv. Dabei wurden Unterschiede zwischen Pflegefachpersonen und anderem Personal festgestellt.

Insgesamt ist die Sicherheitskultur im Schweizer Gesundheitswesen sehr unterschiedlich, wobei die Spitäler im Allgemeinen über eine mässige Sicherheitskultur berichten, die häusliche Pflege positive, aber uneinheitliche Ergebnisse zeigt und die Pflegeheime eine unterstützende Kultur widerspiegeln, jedoch mit Unterschieden bei den Ressourcen und dem Feedback.

5 Übersicht 2: Interventionen zur Sicherheitskultur und Umsetzungsstrategien in der Gesundheitsversorgung

5.1 Forschungsfrage

Welche Massnahmen wurden zur Verbesserung der Sicherheitskultur in grösseren Gesundheitseinrichtungen (Spitäler, psychiatrische Kliniken, Pflegeheime, häusliche Pflege/Primärversorgung) durchgeführt und wie wirksam sind sie?

Welche Strategien werden für die Umsetzung komplexer Interventionen zur Verbesserung der Sicherheitskultur in wichtigen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. Spitäler, psychiatrische Kliniken, Pflegeheime, häusliche Pflege/Primärversorgung) und in verschiedenen Kontexten und Zielgruppen beschrieben?

5.2 Auswahl der Studie

Mit der Suchstrategie wurden insgesamt 5170 Datensätze ermittelt. Nach dem Entfernen von Duplikaten (n = 1518) und auf der Grundlage eines Screenings von Titeln und Abstracts (n = 3652) wurden die Volltexte überprüft (n = 190). Insgesamt wurden n = 115 Studien in diese Analyse einbezogen. Wir schlossen randomisierte kontrollierte Studien, quasi-experimentelle Studien und Studien mit gemischten Methoden ein. Zusätzlich zu einer randomisierten kontrollierten Studie (155) wurden Barrieren und Erleichterungen in einer separaten qualitativen Studie beschrieben (156), welche ebenfalls eingeschlossen wurde. Wir schlossen Studien ein, die Sicherheitskultur oder Sicherheitsklima als primäres oder sekundäres Ergebnis beschrieben. Das Prisma-Flussdiagramm ist in Anhang 8.6 dargestellt.

5.3 Merkmale der Studie

Die einbezogenen Studien wurden zwischen 2005 und 2024 in 26 Ländern in Europa, Asien, Afrika, Nord- und Südamerika sowie Australien/Neuseeland durchgeführt.

Zehn Studien waren randomisierte kontrollierte Studien (155,157-165), eine Studie war eine nicht-randomisierte kontrollierte «stepped wedge» Studie (166), zwei hatten ein Hybrid-2-Design (167,168), 14 waren Studien mit gemischten Methoden (169-182) und 85 waren Quasi-Experimente (29, 111, 117, 118, 183–263). In den Studien mit Prä-Post-Design reichte die Zeitspanne zwischen Durchführung und Follow-up von 3 Tagen (230) bis 8 Jahre (216).

Nur eine Studie (29) befasste sich mit der Makroebene und beschrieb ein nationales Akkreditierungsprogramm für Organisationen des Gesundheitswesens.

Weitere Einzelheiten, einschliesslich der Absicht und der Ergebnisse der Sicherheitskultur der einzelnen Studien sind in Anhang 8.11 beschrieben.

5.4 Arten von Interventionen zur Verbesserung der Sicherheitskultur oder ihrer Dimensionen

Die Mehrheit der Studien verwendete Toolkits der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (264). Das Programm Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety (TeamSTEPPS®) wurde in verschiedenen Einrichtungen wie Spitälern (185, 254), in der ambulanten Pflege (172), in psychiatrischen Kliniken (182) und in der Primärversorgung (239) implementiert. Dieses Programm verfolgt das Ziel, die Dimensionen der Sicherheitskultur, insbesondere Kommunikation und Teamarbeit, durch evidenzbasierte Massnahmen zur Förderung der Patientensicherheit zu stärken. Es bietet eigene Fragebögen zur Bewertung dieser Dimensionen, darunter den TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) und den TeamSTEPPS Teamwork and Safety Climate Questionnaire (T-SCQ). Die Wirksamkeit ist in den 18 einbezogenen Studien unterschiedlich ausgeprägt. (117, 162, 172, 173, 176, 182, 183, 185, 190, 200, 206, 206, 214, 226, 229, 236, 239, 254, 261, 265) (siehe Anhang 8.11).

Acht Studien verwendeten ein einzelnes Instrument oder eine Methode aus dem TeamSTEPPS-Programm mit unterschiedlicher Wirksamkeit; vier verwendeten SBAR (169, 196, 257, 266), drei verwendeten Huddles (186, 230, 231) und eines verwendete Simulationstraining (220).

Das Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) wurde ebenfalls von der AHRQ entwickelt (267). Es stehen verschiedene Toolkits zur Verfügung, darunter auch solche, die einrichtungsspezifisch sind oder sich auf Patientenresultate oder unerwünschte Ereignisse konzentrieren. Die Interventionen zeigten in den meisten der neun Studien mit dieser Intervention Wirksamkeit (194, 197, 210, 225, 234, 244, 245, 256). Crew Resource Management wurde in neun Studien eingesetzt, und zwar in verschiedenen Bereichen, z. B. in der Notaufnahme (211), auf der Intensivstation (175) und auf der Chirurgie (174). Ursprünglich wurde es in der Luftfahrt entwickelt und konzentriert sich auf Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen wie Kommunikation, Situationsbewusstsein, Problemlösung, Entscheidungsfindung und Teamarbeit, die für die Sicherheitskultur in Gesundheitseinrichtungen von zentraler Bedeutung sind. Seine Wirksamkeit variiert in den einbezogenen Studien (175, 180, 211, 218, 228, 243, 247, 249, 265, 268).

Die Umsetzung der Sicherheits-Checkliste für die Chirurgie (SSC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde in sieben Studien beschrieben. Diese Intervention ist einrichtungsspezifisch für chirurgische Abteilungen und Spitäler, wobei sich die primären Ergebnisse auf die Verbesserung der Patientenergebnisse oder die Verringerung unerwünschter Ereignisse konzentrieren, die eine Wirksamkeit zeigen (167, 215, 217, 240, 255). Es wurden auch Checklisten mit anderen Schwerpunkten verwendet: Endoskopie (205), Hygiene (170), Anästhesiepflege (233), Postoperative Nachbesprechung (235) und Entwöhnung (238).

In fünf Studien wurden verschiedene Arten von internen Audits durchgeführt, in vier Studien wurden WalkRounds mit guter Wirksamkeit für die Kommunikation und die allgemeine Sicherheitskultur durchgeführt (206, 208, 213, 219) und eine Studie führte einen Dialog zur Patientensicherheit ein (241).

Andere Multikomponenten- oder Qualitätsverbesserungsprogramme hatten nur eine teilweise Wirkung. Es ist nicht eine bestimmte Komponente, die besonders wirksam ist, sondern vielmehr die Kombination der verwendeten Instrumente und Methoden (157, 158, 160, 165, 168, 171, 177, 179, 187–189, 195, 198, 202, 204, 207, 223, 227, 242, 246, 250–252, 259, 262, 263).

Darüber hinaus wurde die Schulung multiprofessioneller Teams als Intervention zur Verbesserung einer Dimension der Sicherheitskultur beschrieben, wobei die Wirksamkeit unterschiedlich war (156,156,159,181,191,248,260).

In acht Studien wurden Programme zur Verbesserung der Sicherheitskultur durch Überwachung und Reflexion unerwünschter Ereignisse eingeführt (161,163,166,192,199,201,222,237).

In drei Studien wurden die Interventionen auf nationaler Ebene durchgeführt. Die Intervention wurde in Organisationen des Gesundheitswesens durchgeführt und kann daher der Mikroebene zugerechnet werden (118,221,258).

In einer Studie wurde ein nationales Akkreditierungsprogramm für Gesundheitseinrichtungen als Intervention auf der Mesoebene eingesetzt, das die Ergebnisse der Sicherheitskultur verbesserte (29).

5.5 Messungen der Sicherheitskultur

Das am häufigsten verwendete Instrument zur Messung der Sicherheitskultur war der Hospital Survey on Patient Safety Culture (n=35) (29, 124, 160,164, 166,180,181, 186,189, 191,192,196, 200, 201, 203, 206, 207, 209, 211, 212, 218, 221, 223,230–232, 239,242, 256, 257,259,263, 266, 268, 271), zwei Studien verwendeten die Version für Pflegeheime (Nursing Home Survey on Patient safety culture) (163,189) und eine für Apotheken (224). In einer Studie wurde eine angepasste Version des Hospital Survey on Patient Safety Culture verwendet (240).

Der Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) wurde in 34 Studien verwendet (118, 157,162, 166, 171, 180, 192, 194,208, 210, 211, 217, 219, 223, 230, 242–246, 253, 259, 260,262,268) und die angepasste Version für Operationssäle wurde in drei Studien angewandt (220,233,235) und eine Studie verwendete eine eigens angepasste Version (205). In acht Studien wurde als Instrument der Teamwork and Safety Climate Questionnaire verwendet (111, 174, 199, 231, 238, 249, 256, 257). Eine Studie kombinierte den Safety Climate Survey mit dem Authentic Leadership Questionnaire (203), eine verwendete den Patient Safety Culture Survey (250) und eine den Supervisor Leadership Questionnaire (164).

In fünf Studien wurden der TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) und der TeamSTEPPS Teamwork and Safety Climate Questionnaire (T-SCQ) verwendet (172,185,190,200,236). In sieben Studien wurden die TeamSTEPPS-Fragebögen mit dem Hospital Survey on Patient Safety Culture kombiniert (173,182,183,214,229,239,265). Zwei Studien verwendeten das Manchester Patient Safety Assessment Framework (170,241) und den Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (160,177). In zwei Studien wurde ein selbst entwickelter Fragebogen verwendet (209,221). In sechs Studien wurde die Spitalumfrage zur Patientensicherheitskultur mit einem anderen Fragebogen kombiniert (167,169,178,197,247,248).

Zwei Studien verwendeten die Safety Organizing Scale (158,165). Die folgenden Messinstrumente wurden in jeweils einer Studie verwendet: Organisational patient safety climate and capability (188), die PSC-12 four-factor scale (193), der Offshore Safety Questionnaire (222) der Children Hospital Safety Climate Questionnaire (168), der Safety, communication, operational reliability, and engagement survey (232), der MOREOB Culture Assessment Survey (179) und der Safe Surgery Practice Survey (255).

5.6 Erleichterungen, Hemmnisse und Umsetzungsstrategien

Das am häufigsten gemessene Ergebnis der Implementierung war die Einhaltung der Checkliste, und diese Studien berichteten im Allgemeinen über eine hohe Einhaltung der Checkliste (111,157,168,174,178,205,225,240,247). Darüber hinaus wurde in vier Studien die Interventionstreue gemessen, die etwas weniger stark ausgeprägt war als die Adhärenz (166,167,216,231). Eine Studie bewertete die Durchführbarkeit und die Durchdringung bei der Einführung der chirurgischen Sicherheitscheckliste und berichtete hohe Werte für beide (167). In einer Studie wurden Implementierungsfaktoren erfasst, insbesondere solche, die den Implementierungsprozess unterstützten. Die Faktoren Zusammenarbeit, multiprofessionelles Training und ein Umfeld mit frühen Anwendern zeigten eine signifikante Korrelation mit Verbesserungen der Sicherheitskultur (188).

Eine Studie beschreibt Umsetzungsstrategien (176). Dazu gehörten die Abstimmung der Ziele, die organisatorische Unterstützung, die Einbindung von Führungskräften, die Vorbereitung von Auszubildenden, die Verwaltung von Ressourcen, die Erleichterung der Anwendung von Teamarbeit und die Messung der Wirksamkeit, obwohl diese nicht bewertet wurden.

In Studien mit qualitativen Anteilen wurden Erleichterungen und Hindernisse festgestellt. Die Führung wurde als wichtiger Faktor hervorgehoben, zum Beispiel durch die Sensibilisierung für die Intervention (156,171,179), ebenso wie die allgemeine organisatorische Unterstützung (174). Der Einsatz von Champions wurde begrüßt (172,179), ebenso wie die Intervention selbst (173), die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs im Rahmen von Schulungsveranstaltungen (156) und das Feiern von kleinen Erfolgen (172). Flache Hierarchien, die die Zusammenarbeit fördern, wurden ebenfalls als förderlich beschrieben (170). Allerdings wurden Hierarchien auch als Hindernisse bezeichnet (180). Die Intervention selbst wurde häufig als Barriere beschrieben, zum Beispiel aufgrund ihrer Komplexität (172,179) oder Skepsis gegenüber ihrer potenziellen Nützlichkeit (171). Auch der Umsetzungsprozess wurde als Hindernis angesehen, beispielsweise wenn die Schulung als zu zeitaufwändig empfunden wurde (174) oder wenn es zu Spannungen zwischen dem klinischen und dem Implementierungsteam kam (171). Eine hohe Personalfuktuation während der Intervention wurde ebenfalls als Hindernis für eine nachhaltige Umsetzung genannt (172).

Weitere Einzelheiten zu den Hindernissen und Erleichterungen sowie zu den Umsetzungsstrategien und Ergebnissen finden sich in Anhang 8.12.

5.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Literaturanalyse trotz gemischter Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit der meisten Interventionen die entscheidende Rolle des Kontextes einer Intervention und ihrer Umsetzung sowie die entscheidende Rolle des Managements gezeigt hat. Die untersuchten Studien beschreiben die Interventionen und ihre Wirksamkeit in Bezug auf die Sicherheitskultur. Die Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit waren sehr unterschiedlich; in einigen Studien war die gleiche Intervention wirksam, in anderen nicht. Dies deutet darauf hin, dass neben der Intervention selbst, der Messung der Ergebnisse und den methodischen Herausforderungen auch der Kontext eine entscheidende Rolle für den Erfolg spielt.

Um die Sicherheitskultur in verschiedenen Bereichen zu verbessern, sollte die gewählte Massnahme auf den spezifischen Kontext und seine Anforderungen abgestimmt sein. Die Durchführung einer Kontextanalyse ist daher der Schlüssel zu einer erfolgreichen Umsetzung und langfristigen Wirksamkeit.

Auf der Grundlage einer Kontextanalyse können dann massgeschneiderte Umsetzungsstrategien geplant und umgesetzt werden. Die Evaluierung dieser Umsetzungsstrategien ist ebenfalls wichtig, um zu verstehen, welche Strategien erfolgreich waren.

Die Unterstützung durch das Management ist von Vorteil, da sie das Engagement für die Massnahme innerhalb der Organisation zeigt. Bei der Verwendung von Toolkits fördert die Einbeziehung des beteiligten Teams nicht nur eine gemeinsame Teamerfahrung, sondern auch ein stärkeres Gefühl der Befähigung. Die Studie von Thomas & Galla (2013) nutzte eine Pilotphase in einem einzelnen Spital vor einer breiteren Einführung nicht nur als Lernmöglichkeit, sondern auch, um Begeisterung zu wecken und damit die Umsetzung zu unterstützen.

In Studien, in denen die klinischen Ergebnisse im Vordergrund standen und die Sicherheitskultur oder das Klima zweitrangig waren, verbesserten sich die klinischen Ergebnisse tendenziell. Die Sicherheitskultur verbesserte sich zwar nicht in allen, aber doch in einigen Studien. Teamarbeit und Kommunikation waren häufig die Dimensionen der Sicherheitskultur, die sich am stärksten verbesserten, obwohl dies oft die einzigen Faktoren waren, die gemessen wurden.

Auch wenn in den Studien häufig die Intervention und bis zu einem gewissen Grad auch der Ansatz zu ihrer Umsetzung beschrieben wurde, wurde die Wirksamkeit der Umsetzung weitgehend ausgelassen.

6 Schlussfolgerung

Die Review 1 bietet einen umfassenden Überblick über den Stand der Forschung, die Aktivitäten, die Meinungen auf den drei Strukturebenen und den aktuellen Stand der Sicherheitskultur in der Schweiz, wobei es je nach Umfeld, Beruf und Arbeitsplatz deutliche Unterschiede gibt. Wie unsere Studie gezeigt hat, ist Sicherheitskultur ein vielschichtiges Konzept, das eine Reihe von Unterdimensionen umfasst, die in Wechselwirkung zueinanderstehen, voneinander abhängig sind und sich überschneiden. Es ist daher wichtig, sie in ihrer ganzen Komplexität zu untersuchen. Immer mehr Organisationen richten ihre Aufmerksamkeit auf die Bewertung ihrer Organisationskultur und die Entwicklung hin zu einer sichereren Kultur. Diese Bewegung wird auch von internationalen Regierungsorganisationen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen beeinflusst und vorangetrieben.

Die Studien und Berichte konzentrierten sich entweder auf eine oder mehrere Dimensionen der Sicherheitskultur, oder es handelte sich um Erhebungen zur Sicherheitskultur in einer oder mehreren Einrichtungen, in verschiedenen Abteilungen einer Einrichtung, in verschiedenen Fachbereichen und in verschiedenen Zielgruppen. Die meisten Studien und Umfragen wurden in Spitälern durchgeführt, aber auch in Pflegeheimen, psychiatrischen Kliniken und Arztpraxen, wobei eine Vielzahl von Berufen einbezogen wurde. Der HSPSC war das am häufigsten verwendete Instrument zur Bewertung des Status der Sicherheitskultur. Die Daten aus Universitätskliniken zeigten gemischte Ergebnisse in den Dimensionen der Sicherheitskultur, wobei die Kommunikation höher und die Unterstützung durch das Management niedriger bewertet wurde als im internationalen Durchschnitt. Erhebungen in der häuslichen Pflege, in Pflegeheimen und in anderen Sektoren ergaben ähnliche Herausforderungen, insbesondere beim organisatorischen Lernen und bei der Teamarbeit. Zwischen den einzelnen Berufsgruppen, Abteilungen und Regionen wurden unterschiedliche Wahrnehmungen festgestellt, was die Bedeutung von Führung und massgeschneiderten Massnahmen zur Sicherheitskultur unterstreicht.

Unsere Analyse hat jedoch gezeigt, dass es erhebliche Wissenslücken hinsichtlich der Beziehungen zwischen der Mikro-, Meso- und Makroebene gibt, abgesehen von den Berichten, die betonen, dass eine nachhaltige Berichterstattung auch die notwendigen rechtlichen Grundlagen erfordert. Weitere Studien sollten sich auf die Beziehungen zwischen diesen Ebenen konzentrieren und die Dynamik innerhalb des Systems hervorheben.

Darüber hinaus ist der Gesundheitssektor einem ständigen Wandel unterworfen. So werden beispielsweise chirurgische Eingriffe durch innovative Techniken und Technologien immer komplexer. Darüber hinaus sind Spitäler ständigen Veränderungen im Management oder in den organisatorischen Abläufen unterworfen: Es ist daher unerlässlich, die Sicherheitskultur als etwas zu betrachten, das nicht unveränderlich ist, sondern ständig überdacht werden muss.

In Review 2 wurde festgestellt, dass es mehrere settingunabhängige Interventionsprogramme mit modifizierbaren Toolkits gibt. Diese Programme scheinen besonders geeignet zu sein, nicht nur an bestimmte Settings, sondern auch an Kontexte angepasst zu werden. Um diese Anpassungen vornehmen zu können, ist Expertenwissen über das jeweilige Setting unabdingbar.

Die Führungsebene spielt eine zentrale Rolle. Unterstützt sie die Umsetzung der Intervention, kann sie als Erleichterung wirken, fehlt diese Unterstützung, kann sie als Hindernis wirken. Ein weiterer wichtiger Faktor für die Umsetzung und Nachhaltigkeit ist die Einbeziehung der Zielgruppe in die Entwicklung oder Anpassung der Massnahme.

7 Nächste Schritte

Die Ergebnisse der Literaturrecherchen bilden die Grundlage für den nächsten Schritt. Es wird ein Umsetzungskonzept/Protokoll entwickelt, das den Umsetzungskontext mit allen relevanten Akteuren, einschliesslich Patienten und Versicherern, untersucht. Bei der Auswahl der Akteure werden die verschiedenen Sprachregionen, Professionen, Settings und Strukturebenen berücksichtigt. In Fokusgruppen werden die Erfahrungen der Akteure mit Hindernissen bei der Umsetzung von Massnahmen zur Sicherheitskultur und Informationen darüber, was aus ihrer Sicht notwendig ist, um diese Hindernisse besser zu überwinden, analysiert. Darüber hinaus werden verschiedene mögliche Implementierungsstrategien, ein logisches Modell und ein Implementierungs- und Evaluationsprotokoll nach dem Co-Design-Prinzip entwickelt.

8 Anhänge

- 8.1 References
- 8.2 Abbreviations
- 8.3 Definitions of (patient) safety culture / climate in the Swiss studies (Review 1)
- 8.4 Contact list for grey literature search
- 8.5 Prisma flow chart of Review 1
- 8.6 Prisma flow chart of Review 2
- 8.7 Characteristics of published literature in various settings and target groups (Review 1)
- 8.8 Characteristics of unpublished (grey) in the various settings and target groups (Review 1)
- 8.9 Published literature (results, subdimensions) at the macro, meso and micro levels (Review 1)
- 8.10 State of safety culture in the Swiss healthcare system (Review 1)
- 8.11 Characteristics, interventions and results of included studies (Review 2)
- 8.12 Results on barriers, facilitators, implementation strategies and implementation outcomes (Review 2)