



Anhang 4

Reifegradmodelle zur Beurteilung einer Just Culture

Inhalt

1. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF).....	2
2. Community Pharmacy Safety Culture Assessment.....	5
3. Frankfurt Patient Safety Matrix (FraTrix) für Hausarztpraxen	6
4. High Reliability Health Care Maturity Model.....	8
5. Kompetenzmodell für Gesundheitspersonal	9
Literatur	13

1. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

Der [MaPSaF](#) [1] ist ein qualitatives Bewertungsinstrument, das Gesundheitsorganisationen und Arbeitsteams dabei unterstützen soll, ihre Fortschritte bezüglich einer Patientensicherheitskultur einzuschätzen. Er verwendet kritische Dimensionen der Patientensicherheit und beschreibt für jede dieser Dimensionen fünf Stufen einer zunehmend ausgereiften organisatorischen Sicherheitskultur. Es gibt je ein Framework für den Akutbereich, den Rettungsdienst, die psychiatrische und die Primär-Versorgung. Die Erstfassung war für den Apothekenbereich entworfen worden [2]. Die Frameworks wurden von einem Forschungsteam der Manchester University anhand von Interviews und Fokusgruppen mit Gesundheitspersonal und Führungskräften entwickelt. Die Dimensionen für Sicherheit wurden anhand einer Literaturanalyse über Patientensicherheit und dem Feedback dazu von Fachexpertinnen/-experten und Interviewten erstellt [3]. Die Dimensionen wurden anschliessend im Hinblick auf ihre Vollständigkeit und Angemessenheit für die Primärversorgung bewertet und in Fokusgruppensitzungen verfeinert. Die Bewertung im Manchester Patient Safety Framework wird von den Mitarbeitenden in Workshops durchgeführt, die von einer Moderatorin bzw. einem Moderator aus der Gesundheitseinrichtung geleitet werden. Das MaPSaF-Toolkit beinhaltet:

- [MaPSaF](#) (Beispiel Akutbereich) [1]
- MaPSaF - [Moderationsleitfaden](#) [4]
- MaPSaF - [Bewertung](#) (Beispiel Akut)
- MaPSaF - [Power-Point-Präsentationsvorlage zur Sicherheitskultur](#)

Tabelle 1 zeigt exemplarisch die Dimensionen für den Akutbereich.

Tabelle 1 Dimensionen und ihre Beschreibung für den Akutbereich (in Anlehnung an [1])

Dimension	Beschreibung
Allgemeine Bereitschaft, sich für Qualität einzusetzen	Wie viel wird in die Entwicklung der Qualitätsagenda investiert? Worin wird der Hauptzweck von Strategien und Verfahren gesehen? Welche Versuche werden unternommen, um über die Organisation hinaus nach Zusammenarbeit und Innovation zu suchen?
Stellenwert von Patientensicherheit	Wie ernst wird die Frage der Patientensicherheit innerhalb der Organisation genommen? Wo liegt die Verantwortung für Fragen der Patientensicherheit?
Systemfehler und individuelle Verantwortlichkeit	Welche Art von Meldesystemen gibt es? Wie werden Meldungen über Ereignisse entgegengenommen? Wie werden Ereignisse betrachtet - als Gelegenheit zu tadeln oder zu verbessern?
Wahrnehmung von kritischen Ereignissen und ihren Ursachen	Wer untersucht unerwünschte Ereignisse und wie werden sie untersucht? Was ist das Ziel der Meldung des Ereignisses?
Untersuchung von kritischen Ereignissen	Wie werden etwaige Vorfälle bewertet? Woran erkennt man eine sichere Praxis? Wie werden die daraus resultierenden Daten genutzt?
Lernen nach einem kritischen Ereignis	Was geschieht nach einem Ereignis? Welche Mechanismen gibt es, um aus dem Ereignis zu lernen? Wie werden Änderungen eingeführt und bewertet?
Kommunikation	Welche Kommunikationssysteme gibt es? Was sind ihre Merkmale? Wie ist die Qualität der Aufzeichnungen zur Kommunikation über die Sicherheit?
Personalführung	Wie werden Sicherheitsfragen am Arbeitsplatz gehandhabt? Wie werden Personalprobleme gehandhabt? Wie sehen die Einstellungs- und Auswahlverfahren aus?
Aus- und Fortbildung	Wie, warum und wann werden Aus- und Weiterbildungsprogramme zur Patientensicherheit entwickelt? Was hält das Personal von ihnen?
Teamarbeit	Wie und warum werden Teams entwickelt? Wie werden die Teams geleitet? Wie viel Teamarbeit gibt es bei Fragen der Patientensicherheit?

Der MaPSaF basiert auf der Typologie der Organisationskommunikation von Westrum [5], die beschreibt, wie verschiedene Arten von Organisationen Informationen verarbeiten. Diese Typologie wurde von Hudson et al. [6] erweitert und beschreibt fünf Stufen einer zunehmend ausgereiften organisatorischen Sicherheitskultur (vgl. Abb. 1):

Pathologische Sicherheitskultur: Orientierung nur an gesetzlichen Sicherheitsanforderungen, Kombination aus Produktionsdruck und Kostendruck bei Personal, Wartung und Material.

Reaktive Sicherheitskultur: Verbesserungen erfolgen erst nach schweren Ereignissen, keine Weiterverfolgung der Wirksamkeit der gesetzten Massnahmen, Kosten und Produktionsfaktoren stehen gegenüber Sicherheit im Vordergrund.

Kalkulatorische Sicherheitskultur: Verwendung von Managementsystemen zur Gewährleistung von sicherem Arbeiten, umfassende Berichte und Dokumentation, trotzdem wird Sicherheit als Zusatzaufgabe gesehen, Sicherheit und Profitabilität werden jongliert.

Proaktive Sicherheitskultur: Mitarbeitende und Management sind im Status ständiger Aufmerksamkeit betreffend dem Thema Sicherheit, bei Ereignissen fokussiert man auf das «Warum?», Sicherheit wird als Top-Priorität gesehen, positiver Konnex zwischen Sicherheit und Finanzergebnis.

Generative Sicherheitskultur: Sicherheit als integraler Bestandteil aller Aktivitäten; Sicherheit wird gelebt; das Management vertritt die Überzeugung, dass Sicherheit langfristig rentabel ist, somit sind Profitabilität und Sicherheit in Balance [7].

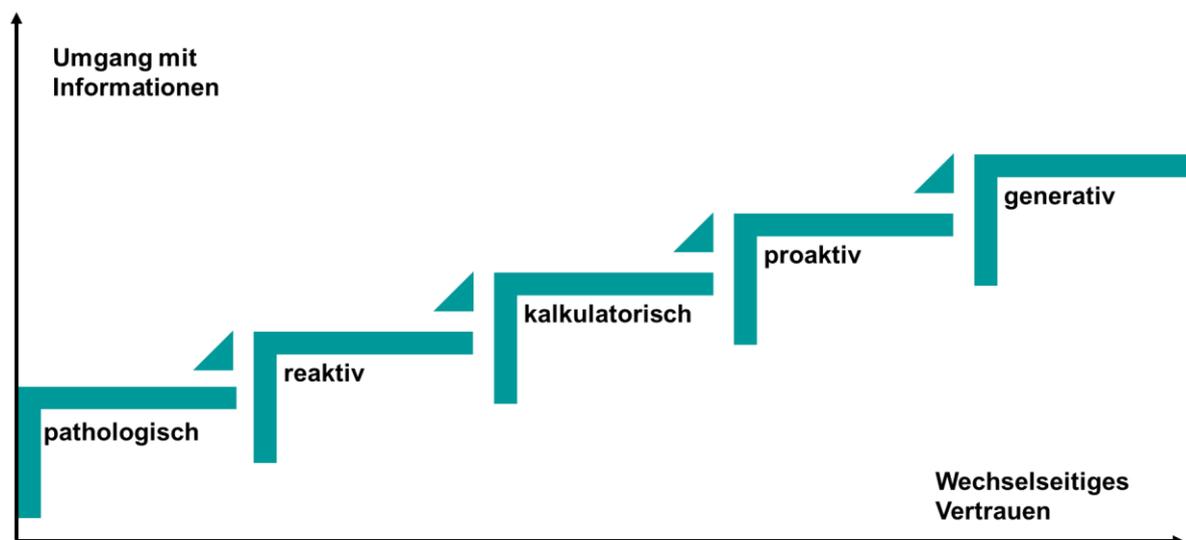


Abbildung 1 Safety Culture Model (eigene Darstellung, in Anlehnung an Hudson [6]).

Der Reifegrad jeder der zehn Dimensionen des MaPSaF lässt sich anhand dieser fünf Stufen beschreiben. Tabelle 2 zeigt dies exemplarisch für die Dimension 3 *Systemfehler und individuelle Verantwortlichkeit*.

Tabelle 2 Beispiel Dimension 3 aus dem MaPSaF: Systemfehler und individuelle Verantwortlichkeit (in Anlehnung an [1]).

pathologisch	reaktiv	kalkulatorisch	proaktiv	generativ
<p>Ereignisse werden als Pech betrachtet und liegen ausserhalb der Kontrolle der Organisation und sind auf Fehler des Personals oder dem Verhalten der Patienten und Patientinnen zurückzuführen. Es herrscht eine ausgeprägte Kultur der Schuldzuweisung, wobei Einzelpersonen Viktimisierung und Disziplinarmassnahmen ausgesetzt sind.</p>	<p>Die Organisation sieht sich selbst als Opfer der Umstände. Der Einzelne wird als Ursache angesehen und die Lösung ist Umschulung und Bestrafung. Wenn es zu Zwischenfällen kommt, gibt es keinen Versuch, die Betroffenen einzubeziehen, einschliesslich der Patientinnen, Patienten und Angehörigen.</p>	<p>Es wird anerkannt, dass Systeme zu Ereignissen beitragen und nicht nur Einzelpersonen. Die Organisation sagt, dass sie eine offene und faire Kultur hat, aber sie wird von den Mitarbeitenden nicht so wahrgenommen.</p> <p>Es gibt zwar Protokolle, die sicherstellen sollen, dass Mitarbeitende und Patientinnen, Patienten und Angehörigen nach einem Ereignis Unterstützung erhalten, aber sie sind nicht allgemein bekannt oder werden nicht genutzt.</p>	<p>Es wird akzeptiert, dass Ereignisse eine Kombination aus individuellen und Systemfehlern sind. Die Organisation hat eine offene, faire und kooperative Kultur.</p> <p>Nach einem Ereignis wird eine Systemanalyse durchgeführt, um Erkenntnisse über den relativen Beitrag von Systemfaktoren und des Einzelnen zu erhalten. Dies fliesst in Entscheidungen über die Suspendierung von Mitarbeitenden ein, so dass es einen einheitlichen und fairen Ansatz gibt. Die Organisation geht offen mit den Patientinnen, Patienten und Angehörigen um, wenn ein Ereignis auftritt, das zu schwerem Schaden oder zum Tod geführt hat, bespricht aber nicht alle Arten von Ereignissen.</p>	<p>Organisatorische und systembedingte Fehler werden festgestellt, und die Mitarbeitenden sind sich der persönlichen Verantwortung für Fehler und ihrer Befugnis, diese zu melden, voll bewusst. Integrierte Systeme ermöglichen es, Ereignisse, Beschwerden und Rechtsstreitigkeiten gemeinsam zu analysieren.</p> <p>Mitarbeitende, Patientinnen, Patienten und Familien werden ab dem Zeitpunkt des Ereignisses aktiv einbezogen und unterstützt. Die Organisation zeichnet sich durch ein hohes Mass an Offenheit und Vertrauen aus. Sie ist offen und ehrlich gegenüber Patientinnen, Patienten und Angehörigen in Bezug auf alle Arten von Ereignissen im Bereich der Patientensicherheit, unabhängig vom Ausmass des verursachten Schadens.</p>

Der MaPSaF ist in unterschiedlichen Ländern adaptiert worden und wird erfolgreich eingesetzt. Ohrn et al. [8] stellten fest, dass sich in zwei Dritteln der 50 untersuchten Abteilungen aus der Allgemeinen Medizin und der Psychiatrie die Patientensicherheitskultur in den fünf Jahren des Patientensicherheitsdialogs verbessert hat, was darauf hindeutet, dass die Intervention eine Verbesserung der Patientensicherheitskultur unterstützt. Verbakel et al. [9] fanden in Arztpraxen, die entweder einen Fragebogen zur Sicherheitskultur ausfüllten oder an einem Workshop mit dem MaPSaF teilnahmen, dass es zu einem Anstieg der Meldung von Zwischenfällen kam, wobei der Effekt in den Praxen, die den Workshop erhielten, wesentlich grösser war. Diese Praxen waren auch aktiver bei der Analyse von Zwischenfällen und der Diskussion des Themas in Teamsitzungen. Die gestiegene Zahl der Meldungen wurde nicht als Verschlechterung der Patientensicherheit wahrgenommen, sondern im Gegenteil als Hinweis auf eine verbesserte Bereitschaft, Zwischenfälle zu melden. Nach einem Jahr Follow-up gab es allerdings weder grosse Verbesserungen noch Unterschiede zwischen den Gruppen. Ein wichtiger Vorteil des MaPSaF ist die Anregung der Teilnehmenden zur Selbstreflexion über die tägliche Arbeit in ihrem Team [10].

2. Community Pharmacy Safety Culture Assessment

Das [Community Pharmacy Safety Culture Assessment Tool](#) [11] wurde von der Pharmacy Voice Patient Safety Group entwickelt und baut auf dem MaPSaF auf. Es soll den Apothekenteams helfen, ihren Entwicklungsstand in Bezug auf die Patientensicherheit zu verstehen und zu erkennen, dass die Verbesserung der Patientensicherheitskultur ein Entwicklungsprozess ist, der in mehreren Phasen abläuft. Das Tool umfasst acht Aspekte, die jeweils bzgl. ihres Entwicklungsstands mit einem Stufenmodell von 1 'unaware' bis 5 'progressive' eingeschätzt werden sollen. Das Instrument ist nützlich, um Diskussionen innerhalb der Apotheken anzuregen, Unterschiede in der Wahrnehmung des Personals aufzuzeigen und dem Personal zu helfen, zu verstehen, wie eine Gemeinschaftsapotheke mit einer besser etablierten Sicherheitskultur aussehen könnte. Das Instrument eignet sich am besten als teambasierte Selbstreflexions- oder Schulungsübung und ist nicht für das Leistungsmanagement oder für Beurteilungsprozesse gedacht.

3. Frankfurt Patient Safety Matrix (FraTrix) für Hausarztpraxen

Mit FraTrix (Frankfurter Patientensicherheitsmatrix) [12] können Praxisteams in Hausarztpraxen die eigene Sicherheitskultur und den eigenen Umgang mit Patientensicherheit einschätzen und Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit bestimmen. Diese Matrix basiert auf einer Übersetzung des MaPSaF, die zusammen mit Teams aus Hausarztpraxen adaptiert wurde. Als erstes füllt jede Person den Fragebogen für sich aus. In einem moderierten Teamgespräch schätzt das Arbeitsteam den Kulturgrad der eigenen Organisation ein und entwickelt Massnahmen, um sich zu verbessern. In regelmässigen Abständen gibt es eine Neueinschätzung mit einer Überprüfung und Anpassung der Massnahmen. In Abbildung 2 sind die neun Dimensionen und die fünf Kulturgrade des FraTrix aufgeführt. Die fünf Kulturgrade von ablehnend, reaktiv, vorschriftsgemäss, initiativ bis hin zu zukunftsweisend sind in Tabelle 4 genauer beschrieben.

Hoffmann et al. [13] untersuchten die Effekte des FraTrix auf die Praxis, d. h. ihr Fehlermanagement und ihre Sicherheitskultur ein Jahr nach dem Einsatz des FraTrix. Als Outcomeparameter dienten Patientensicherheitsindikatoren (Notfalltraining, Notfallmedikamente, Ereignisbesprechung, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement, Allergiehinweis, Medikamentenplan, Dauermedikamente, Wiederholungsrezepte, Marcumartherapie, Laborbefunde, Grippeimpfung), Sicherheitsklimafaktoren (FraSik) (Teamarbeitsklima, Fehlermanagement, Sicherheit der klinischen Prozesse, Wahrnehmung der Ursachen, Arbeitszufriedenheit, Sicherheit der Praxisstrukturen, Aufnahmebereitschaft für Anregungen, Mitarbeitendenwahrnehmung der Leitung, Qualität und Sicherheit) und Fehlerberichte. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe gefunden, was die Patientensicherheitsindikatoren betraf. Die Einschätzung des Sicherheitsklimas war im Vergleich zu Spitälern von Beginn an viel höher und veränderte sich in dem einen Jahr in den beiden Gruppen nicht signifikant. In den Interventionspraxen wurde eine bessere Berichterstattung über Zwischenfälle im Bereich der Patientensicherheit beobachtet, was sich in mehr Berichten und Berichten von höherer Qualität als in den Kontrollpraxen zeigte. Die gemeldeten Ereignisse bezogen sich hauptsächlich auf Administration, Kommunikation, Untersuchungen und Medikation.

Tabelle 3 Dimensionen und Kulturgrade der Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (eigene Darstellung, in Anlehnung an [12]).

Dimensionen	Kulturgrade				
	Ablehnend	Reaktiv	Vorschriftsgemäss	Initiativ	Zukunftsweisend
Allgemeine Bereitschaft, sich für Qualität einzusetzen					
Stellenwert von Patientensicherheit					
Wahrnehmung von kritischen Ereignissen und ihren Ursachen					
Untersuchung von kritischen Ereignissen					
Lernen nach einem kritischen Ereignis					
Personalführung					
Kommunikation					
Aus-, Fort- und Weiterbildung					
Teamarbeit					

Tabelle 4 Kulturgrade der Frankfurter Patientensicherheitsmatrix (eigene Darstellung, in Anlehnung an [12])

Ablehnend	<p>Kritische Ereignisse passieren und man glaubt nicht, dass man sie verhindern kann.</p> <p>Es ist schwierig im Arbeitsteam über kritische Ereignisse zu sprechen. Kritische Ereignisse werden nur dann besprochen, wenn sie schwerwiegend sind. Sie werden nicht dokumentiert. Es ist wichtig, für das kritische Ereignis einen Schuldigen zu finden. Kleinere Fehler werden unter den Tisch gekehrt.</p>
Reaktiv	<p>Das Arbeitsteam nimmt kritische Ereignisse wahr und es wird auf sie reagiert.</p> <p>Widrige Umstände werden als Ursache für kritische Ereignisse wahrgenommen. Nach einem kritischen Ereignis wird mit den Beteiligten des Praxisteams darüber gesprochen. Andere im Team erfahren nicht unbedingt davon. Jede Person im Team achtet darauf, keine Fehler zu machen, damit es keinen Grund zur Kritik gibt. Anregungen von Patientinnen und Patienten werden z.T. als ungerecht empfunden und finden wenig Beachtung.</p>
Vorschriftsgemäss	<p>Grundsätzliche möchte man einen fairen und offenen Umgang mit Fehlern, aber von den Mitarbeitenden wird dies anders wahrgenommen.</p> <p>In der Praxis soll über kritische Ereignisse gesprochen und diese auch dokumentiert werden. Einzelne Personen haben Bedenken und machen die Dinge lieber mit sich selbst aus. Wenn Patientinnen und Patienten kritische Ereignisse bemerken, wird mit ihnen darüber gesprochen.</p>
Initiativ	<p>Das Melden und Besprechen von kritischen Ereignissen wird gefördert. Sie werden als Chance zu lernen gesehen.</p> <p>Das Klima ist offen und es fällt niemandem allzu schwer, über Fehler oder kritische Ereignisse zu sprechen. Man will sich als Team weiterentwickeln und Abläufe optimieren und geht deshalb mit kritischen Ereignissen verantwortlich und konstruktiv um. Man spricht über sie und hält sie schriftlich fest. Patientinnen und Patienten werden aktiv zu bestimmten Abläufen in der Praxis befragt, wie z.B. zu Wartezeiten, Medikamentenverträglichkeit etc.</p>
Zukunftsweisend	<p>Das Arbeitsteam ist wachsam und erkennt kritische Situationen bereits im Ansatz.</p> <p>Es ist selbstverständlich, dass alle kritische Ereignisse melden und diese dokumentieren. Nach einem kritischen Ereignis werden alle Teammitglieder, Patientinnen/Patienten und Angehörige informiert und in die Untersuchung einbezogen. Man respektiert und achtet sich auch in kritischen Situationen und die Patientinnen/Patienten wissen, dass alles getan wird, um Schaden von ihnen abzuhalten. Patientinnen/Patienten werden regelmässig zu ihrer Zufriedenheit, zu Arbeitsabläufen und zu eventuellen Verbesserungsvorschlägen befragt.</p>

4. High Reliability Health Care Maturity Model

Das High Reliability Health Care Maturity (HRHCM) Modell [14] ist ein Modell für Gesundheitsinstitutionen, um High Reliability mit Null Patientenschädigung zu erreichen. Es beinhaltet drei Hauptdomänen, die eine High Reliability Organisation (HRO) unterstützen: Leadership, Sicherheitskultur und Robust Process Improvement®. Zusätzlich beschreibt das Modell 14 Komponenten: Verwaltungsrat, CEO/Management, Ärzteschaft, Qualitätsstrategie, Messbare Ziele und Ergebnisse, Information Technology, Vertrauen, Verantwortlichkeit, Identifikation von unsicheren Bedingungen, Stärkung des Systems, Assessment, Methode, Training und Verbreitung.

Die Domänen und ihre 14 Komponenten beschreiben ein Rahmenwerk, um den Reifegrad einer Organisation aufzuzeigen (Vgl. Tab. 35). Der Reifegrad wird durch die Art und den Umfang der Praktiken bestimmt, die ein Spital anwendet, um sich dem Ziel einer hohen Zuverlässigkeit anzunähern. Das HRHCM-Modell hat ein erhebliches Mass an Augenscheinvalidität, die auf den Erfahrungen der Entwickler und Entwicklerinnen in diesem Bereich, der Fundierung des Modells in der Literatur, den Gesprächen mit anderen Expertinnen und Experten in der Wissenschaft, der hohen Zuverlässigkeit und der inhaltlichen Entwicklung und Pilotierung einer Modell-Checkliste in sieben Spitälern beruhen [15].

Tabelle 5 Beispiele für die Komponenten und Beschreibungen der Reifegradstadien des High Reliability Health Care Maturity Modells (in Anlehnung an [15])

Organisations - Domäne	Komponenten	Reifegradstadium anhand deskriptiver Items			
		Beginning Stage	Developing Stage	Advancing Stage	Approaching Stage
Leadership	Verwaltungsrat (VR)	Der Fokus liegt auf der Compliance mit Regulationen.	VR hört nur die Berichte des Qualitätsausschusses.	VR entwickelt und verbessert den Qualitätsplan und erfährt von Ereignissen.	Commitment zu Zero-Harm in der ganzen Organisation.
Safety Culture	Verantwortlichkeit	Die Betonung liegt auf der Schuld, die Disziplinierung von Personen ist nicht gerecht.	Die Bedeutung von gerechten Disziplinarverfahren ist anerkannt und wird in einigen Abteilungen angewendet.	Führungspersonen priorisieren die Schaffung einer Sicherheitskultur; gerechte, klare Disziplinarverfahren werden umgesetzt.	Alle Mitarbeitenden übernehmen die Verantwortung für die Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur.
Robust Process Improvement® (RPI) [16]	Methoden	Kein formeller Ansatz für Qualitätsmanagement vorhanden.	Erforschung des RPI-Tools beginnt.	Verpflichtung zur Übernahme des ganzen RPI-Tools.	Die Einführung des RPI-Tools wird umgesetzt.

Es wurde eine Studie in sechs Spitälern durchgeführt, um die Validität des HRHCM-Modells zu untersuchen und zu bewerten, ob das Modell den Reifegrad der Krankenhäuser für jede Komponente des Modells differenzieren kann [15]. Dafür wurden Interviews durchgeführt. Alle drei Domänen waren in den sechs untersuchten Spitälern vorhanden. Allerdings waren nicht alle Komponenten dieser Domänen in allen Spitälern zu finden. Die Reifegrade zwischen den einzelnen Komponenten unterschieden sich innerhalb von Spitälern teilweise stark. Es tauchten ausserdem zwei Domänen auf, die im Rahmenwerk fehlen: Teamwork (Domäne Safety Culture) und Systemorientierte Tools für Lernen und Entwicklung (Domäne Robust Process Improvement - RPI).

5. Kompetenzmodell für Gesundheitspersonal

Die Clinical Excellence Commission von New South Wales hat ein [Kompetenzmodell für Gesundheitspersonal](#) [17] erarbeitet, in dem es speziell um die Kompetenzen zur Förderung von Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen geht. Die folgenden sechs Kompetenzen werden als sehr wichtig für die Sicherheit und Qualität in Gesundheitsinstitutionen angesehen: (1) zu hoher Zuverlässigkeit beitragen, (2) klinische Vorfälle und Risiken handhaben; (3) Faktoren des Individuums, die die Leistung bei der Arbeit beeinflussen, handhaben; (4) eine Sicherheitskultur pflegen; (5) Verbesserungsmethoden nutzen und (6) Systemdenken nutzen. Es werden Kompetenzen für die Positionen Expertinnen/Experten, Management, Vorstandsvorsitzende, mittleres Management und Führungskräfte an vorderster Front und die Mitarbeitenden beschrieben. Die Definitionen und Verhaltensindikatoren der Fähigkeiten werden nach Ebenen/Reifegraden beschrieben. Bei den Verhaltensindikatoren handelt es sich um eine Reihe von Aussagen, die das Wissen, die Fähigkeiten und die damit verbundenen Kenntnisse veranschaulichen, die Mitarbeitende idealerweise haben sollten. Die Verhaltensindikatoren sind unterteilt in Level-Deskriptoren: Die fünf Deskriptoren reichen von *grundlegend* bis *sehr fortgeschritten* und spiegeln eine progressive Zunahme der Komplexität und Kompetenz wider, aber nicht unbedingt der Hierarchie. Zudem wird in diesem Kompetenzmodell beschrieben, welches Können auf welchem Level in welcher Rolle vorhanden sein sollte (vgl. Tab. 6). Die Beschreibung der Kompetenzen auf unterschiedlichen Stufen ist hilfreich für das Erzielen von Rollenklarheit. Sie kann eingesetzt werden bei der Personal- und Nachfolgeplanung, bei der Rekrutierung und der Einführung von neuen Mitarbeitenden.

Tabelle 6 Welches Fähigkeitsniveau ist erforderlich? (in Anlehnung an [17]).

Fähigkeiten Stakeholder	Zu High Reliability beitragen	Klinische Ereignisse und Risiken bewältigen	Individuelle leistungsbeeinflussende Faktoren bewältigen	Eine Sicherheitskultur aufrecht erhalten	Verbesserungsmethoden einsetzen	Systemdenken einsetzen
Fachperson Qualitätsverbesserung	HA	A	A	A	HA	HA
Fachperson Patientensicherheit	A	HA	A	A	A	A
Fachperson Verbraucherbeteiligung	A	A	A	A	A	A
Fachperson Safety Culture und Organisational Learning	HA	HA	A	HA	A	HA
Strategische und operative Führung Sicherheit und Qualität	HA	HA	HA	HA	HA	HA
Geschäftsleitung	HA	A	HA	HA	A	HA
Vorstand	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt
Mittleres Management und Führungskräfte an vorderster Front	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt	Mind. geschickt
Mitarbeitende	Basic bis mittleres Niveau	Basic bis mittleres Niveau	Basic bis mittleres Niveau	Basic bis mittleres Niveau	Basic bis mittleres Niveau	Basic bis mittleres Niveau

HA = highly advanced; A = advanced

Die Kompetenzbeschreibung könnte auch zur Kontrolle verwendet werden, ob die entsprechenden Fähigkeiten in den jeweiligen Bereichen vorhanden sind und eingesetzt werden. Tabelle 7 zeigt anhand des Beispiels *Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur* die erforderlichen Kompetenzen auf.

Tabelle 7 Beispiel Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur (in Anlehnung an [17]).

Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur: Unterstützung des Personals, der Patientinnen, Patienten und Angehörigen, damit sie sich sicher fühlen, zu melden, wenn ein Ereignis eingetreten ist.				
Foundational	Intermediate	Adept	Adept Advanced	Highly Advanced
<ul style="list-style-type: none"> – Indem Fragen gestellt, Ideen und Bedenken mitgeteilt und Vorfälle gemeldet werden, trägt man zu einer Sicherheitskultur bei. – <i>Es wird aktiv aus Fehlern gelernt, anstatt Personen eine Schuld zuzuweisen.</i> – <i>Patientinnen/Patienten, Angehörigen oder anderen Mitarbeitenden wird nach einem Ereignis authentische Unterstützung angeboten.</i> – Es wird versucht, zu verstehen, was für Patientinnen/Patienten und Angehörige am wichtigsten ist und was zu Beschwerden führt. – Die physischen und psychischen Bedürfnisse von Mitarbeitenden, die in Ereignisse verwickelt sind, werden anerkannt. – <i>Innerhalb von 24 Stunden nach einem Ereignis wird ein entsprechendes Offenlegungsverfahren, einschliesslich einer Entschuldigung, eingeleitet.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Ein Vorbild für psychologische Sicherheit in der eigenen Abteilung oder dem eigenen Dienst sein, indem bei Sicherheitsbedenken das Wort ergriffen wird.</i> – <i>Weniger erfahrene Teammitglieder werden bei der Unterstützung von Patientinnen/Patienten, Angehörigen oder anderen Mitarbeitenden nach einem Ereignis unterstützt.</i> – Beteiligung an der offenen Diskussion nach Ereignissen. – Unterstützung weniger erfahrener Teammitglieder, mit Patientinnen/Patienten, und Angehörigen zu besprechen, was ihnen am wichtigsten ist und was zu Beschwerden führt. – <i>Mitarbeitenden, die von Ereignissen betroffen sind, Unterstützung für ihr physisches und/oder psychologisches Wohlbefinden anbieten.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Anerkennung/Belohnung von Mitarbeitenden, die das Thema Sicherheit ansprechen und andere dabei unterstützen, das Gleiche zu tun. – <i>Überprüfungen von Ereignissen auf ruhige, logische und reflektierende Weise, damit sich andere psychologisch sicher fühlen, um ihren Beitrag zu leisten.</i> – <i>Sicherstellen, dass Patientinnen/Patienten, Angehörige oder andere Mitarbeitende nach einem Ereignis angemessene Unterstützung erhalten.</i> – <i>Sicherstellen, dass die Mitarbeitenden den Prozess der Offenlegung verstehen und sich daran beteiligen.</i> – Formulierung der Erwartung, dass das Verständnis für Patientenbedürfnisse und -beschwerden eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und zuverlässige Dienstleistung ist. – <i>Offene Diskussionen darüber führen, wie man sich gegenseitig unterstützen kann, wenn man in ein Ereignis involviert ist, und wo man Unterstützung für das physische und psychologische Wohlbefinden findet.</i> – <i>Nachfassen bei Mitarbeitenden, die in Ereignisse involviert waren, bezüglich des laufenden Unterstützungsbedarfs.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – Anerkennung und Belohnung von Einheiten und Diensten für die Anwendung von Lernpraktiken, das Ansprechen von Sicherheitsbedenken und das Melden und Überprüfen von Ereignissen. – <i>Anleitung geben, wie man bei der Überprüfung von Ereignissen ein Umfeld schafft, das Lernen, Offenheit, Transparenz und Verantwortlichkeit fördert, damit sich andere psychologisch sicher fühlen, einen Beitrag zu leisten.</i> – <i>Sicherstellen, dass bei der Überprüfung von Ereignissen keine Schuldzuweisungen an das Personal erfolgen, ohne dass ein Nachweis für fahrlässiges Verhalten vorliegt.</i> – <i>Systeme, Prozesse und Ressourcen entwickeln und implementieren, die eine Sicherheitskultur unterstützen und Patientinnen/Patienten, Angehörige und Gesundheitspersonal, die in Ereignisse involviert waren, unterstützen.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung, um sicherzustellen, dass Ressourcen und Verfahren zur Förderung einer Kultur der psychologischen Sicherheit und des Lernens vorhanden sind.</i> – <i>Schutz des Prozesses zur Ereignisüberprüfung vor Schuldzuweisungen durch Einflussnahme auf die Geschäftsleitung, um Ressourcen für die Entwicklung eines Umfelds bereitzustellen, das Lernen, Offenheit, Transparenz und Verantwortlichkeit fördert.</i> – <i>Sicherstellen, dass organisatorische Ressourcen und Prozesse für das psychische und physische Wohlbefinden des Personals unmittelbar und fortlaufend nach einem Ereignis zur Verfügung stehen.</i> – <i>Bereitstellung eines Vorgehens zur Wiederherstellung des Vertrauens zwischen der Gesundheitsorganisation und den Patientinnen/Patienten, Angehörigen und dem Gesundheitspersonal, die in Ereignisse involviert waren.</i>

Kursive Aspekte stehen im Zusammenhang mit einer Just Culture.

Weiter werden Ideen beschrieben, wie die sechs Kompetenzen auf den fünf unterschiedlichen Stufen gefördert werden können. Exemplarisch werden in Tabelle 8 Massnahmen zur Entwicklung von Kompetenzen zur Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur aufgezeigt.

Tabelle 8 Auszug aus der Capability Development Activity Matrix, Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur (in Anlehnung an [17]).

Level	Aufrechterhaltung einer Sicherheitskultur
Foundational	<ul style="list-style-type: none"> – Sich darin üben, Fragen zu stellen, Ideen und Bedenken mit anderen zu teilen und Ereignisse zu melden und andere dabei zu unterstützen, dasselbe zu tun. – Sich an Diskussionen mit Peers und Vorgesetzten beteiligen, um aus Fehlern zu lernen, anstatt Schuldzuweisungen vorzunehmen. – Sich von Vorgesetzten Feedback darüber einholen, wie man selbst zu schwierigen Gesprächen über klinische Ereignisse beigetragen hat. – Sich Feedback zu den eigenen Fähigkeiten einholen, Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden nach einem Ereignis authentische Unterstützung zu bieten. – Sich darin üben, herauszufinden, was für Patientinnen/Patienten, Angehörige und Mitarbeitende am wichtigsten ist, um zu verstehen, was Beschwerden auslöst. – Um Rückmeldung bitten, ob die Bedürfnisse von Mitarbeitenden, die in Ereignisse involviert waren, anerkannt und sie nach Möglichkeit unterstützt wurden. – Die Offenlegung von Ereignissen durch die Ärzteschaft üben und ermitteln, wo möglich, wo Unterstützung für Patientinnen/Patienten, Angehörige und Mitarbeitende nötig ist.
Intermediate	<ul style="list-style-type: none"> – Sich Feedback zu den eigenen Fähigkeiten einholen, ein Vorbild für psychologische Sicherheit in der eigenen Abteilung/dem eigenen Dienst zu sein und wie gut andere dabei unterstützt werden, dasselbe zu tun. – Sich darin üben, weniger erfahrenen Teammitgliedern dabei zu helfen, Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden nach einem Ereignis Unterstützung zu bieten, und deren Feedback zur Unterstützung einholen. – Sich Feedback einholen zur eigenen Umsetzung der Offenlegung nach Ereignissen und reflektieren, wie eine rechtzeitige Bestätigung sowie eine transparente und wahrheitsgemässe Kommunikation gewährleistet wurden. – Sich Feedback zur Teilnahme an schwierigen Gesprächen über Ereignissen und zu den möglichen Auswirkungen auf die organisatorischen Patientensicherheitsrisiken einholen. – Um Rückmeldung bitten, wie von eigener Seite verstanden wurde, was für Patientinnen/Patienten, Angehörige und Mitarbeitende am wichtigsten ist und was zu Beschwerden führt. – Sich darin üben, sich in Mitarbeitende einzufühlen, die in Ereignisse involviert sind, selbst reflektieren, was man brauchen würde, wenn man selbst in dieser Situation wäre, und um Feedback bitten, wie externe Unterstützung gefunden wurde.
Adept	<ul style="list-style-type: none"> – Sich in der Leitung von Besprechungen nach Ereignissen und Beinahe-Ereignissen in einer ruhigen, logischen und reflektierenden Art und Weise üben, so dass sich andere psychologisch sicher fühlen, um einen Beitrag zu leisten. – Sich Feedback zu den eigenen Fähigkeiten einholen, sicherzustellen, dass klinische Überprüfungen in einem Umfeld stattfinden, das Lernen, Offenheit, Transparenz und Rechenschaftspflicht statt Schuldzuweisungen fördert. – Sich Feedback zu den eigenen Fähigkeiten einholen, sicherzustellen, dass Patientinnen/Patienten und Angehörige nach einem Ereignis angemessene Unterstützung erhalten. Sich in der Unterstützung üben und sicherstellen, dass andere Ereignisse den Betroffenen gegenüber offenlegen. – Sich bei Bedarf Coaching-Unterstützung von lokalen Patientensicherheitsfachpersonen holen. – Sich Feedback zu den eigenen Fähigkeiten einholen, schwierige Gespräche mit Mitarbeitenden über Ereignisse zu führen und wie sich dies auf die organisatorischen Patientensicherheitsrisiken auswirken könnte.

	<ul style="list-style-type: none"> – Sich Feedback zu den eigenen Fähigkeiten einholen, das Team dazu zu bringen, zu verstehen, was für Patientinnen/Patienten, Angehörige und Mitarbeitende am wichtigsten ist und was Beschwerden auslöst. – Um Feedback bitten zur eigenen Fähigkeit, andere darin zu schulen, wie sie Mitarbeitende, die in Ereignisse involviert sind, unterstützen können und wie sie nach Möglichkeit Unterstützung erhalten. – Um Feedback bitten zur eigenen Fähigkeit, sich bei Mitarbeitenden, die in Ereignisse involviert waren, zu erkundigen, ob sie weiterhin Unterstützung benötigen.
Advanced	<ul style="list-style-type: none"> – Hospitation in anderen Bereichen/Branchen, um die Sicherheit und Qualität zu unterstützen und sich von Personen aus diesen Bereichen beraten zu lassen. – Fachpersonen aus anderen Bereichen/Branchen zur Hospitation/zum Audit einladen, um die Sicherheit und Qualität zu unterstützen.
Highly advanced	<ul style="list-style-type: none"> – Kontakt zu Kantons- oder Bundesstellen aufnehmen, um etwas über die landesweite Führung im Bereich Sicherheit und Qualität zu lernen. – Einem Mitglied der Geschäftsleitung als Mentorin bzw. Mentor zur Seite stehen, um zu erfahren, wie man die Sicherheits- und Qualitätsagenda einer Organisation vorantreibt. – Eine höhere Ausbildung darin erreichen oder in den Bereichen Sicherheitsmanagement, menschliche Faktoren, Gesundheitsmanagement, Verbraucherengagement oder Organisationspsychologie forschen, um Fachwissen in den Bereichen Sicherheitsmanagement im Gesundheitswesen, menschliche Faktoren, Design- und Analysemethoden, wertvolle verbraucherorientierte Verbesserungen, psychologisch sichere Kulturen, organisatorisches Lernen, Veränderungsmanagement, menschliches Verhalten am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen usw. zu erwerben.

Literatur

- 1 Parker D. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) - Acute. <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20171030124256/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59796>. 2006.
- 2 Ashcroft DM, Morecroft C, Parker D, *et al.* Safety culture assessment in community pharmacy: Development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:417–21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014332>
- 3 Kirk S, Parker D, Claridge T, *et al.* Patient safety culture in primary care: Developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:313–20.
- 4 Parker D. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) Facilitator guidance. https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20171030124256mp_/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySite-Web/getresource.axd?AssetID=60005undtype=fullundservicetype=Attachment. 2006.
- 5 Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care*. 2004;13. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009522>
- 6 Hudson P, Parker D, van der Graaf D. The Hearts and Minds Program: Understanding HSE Culture. 2002.
- 7 Preiss R. *Methoden der Risikoanalyse in der Technik - Systematische Analyse komplexer Systeme*. Wien 2009.
- 8 Ohrn A, Rutberg H, Nilsen P. Patient Safety Dialogue: Evaluation of an intervention aimed at achieving an improved Patient Safety Culture. *J Patient Saf*. 2011;7:185–92.
- 9 Verbakel NJ, De Bont AA, Verheij TJM, *et al.* Improving patient safety culture in general practice: An interview study. *British Journal of General Practice*. 2015;65:e822–8.
- 10 Wallis K, Mbchb KW, Dovey S. Assessing Patient Safety Culture in New Zealand Primary Care. *Journal of Primary Health Care*. 2011;35.
- 11 Pharmacy Voice Patient Safety Group. Community Pharmacy Safety Culture Assessment Tool Practical tool building on the MaPSaF. <https://pharmacysafety.files.wordpress.com/2018/03/safety-culture-tool-v1-1.pdf>. 2018.
- 12 Müller V, Hoffmann B, Albay Z, *et al.* Die Frankfurter Patientensicherheitsmatrix - Ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Sicherheitskultur in Hausarztpraxen. *Z Allgemeinmed*. 2011;87:499–508.
- 13 Hoffmann B, Müller V, Rochon J, *et al.* Effects of a team-based assessment and intervention on patient safety culture in general practice: An open randomised controlled trial. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:35–46.
- 14 Chassin MR, Loeb JM. High-reliability health care: Getting there from here. *Milbank Quarterly*. 2013;91:459–90.
- 15 Sullivan JL, Rivard PE, Shin MH, *et al.* Applying the high reliability health care maturity model to assess hospital performance: A VA case study. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2016;42:389–99.
- 16 Joint Commission International. What is Robust Process Improvement? <https://www.jointcommissioninternational.org/what-we-offer/high-reliability/high-reliability-training/robust-process-improvement/>.
- 17 Excellence Commission C. Healthcare Safety and Quality Capabilities: An Occupation-Specific Set for Healthcare Workers in NSW Health. 2021.