



Die Analyse unerwünschter Ereignisse als Beitrag zur Sicherheitskultur im Kontext der Praxisentwicklung

Susanne Hoffmann¹, Irena Anna Frei²

¹ Institut für Patientensicherheit, Universitätsklinikum Bonn

² Abteilung Praxisentwicklung Pflege, Ressort Pflege/MTT, Universitätsspital Basel

Zusammenfassung:

Hintergrund: Die Analyse unerwünschter Ereignisse ist eine wirksame Patientensicherheitsmassnahme.

Ziel: Wir zeigen, wie Pflegeexpertinnen zur Analyse unerwünschter Ereignisse mit dem „Learning from Defects-Tool“ (LFD-Tool) befähigt wurden.

Methode: Für die Implementierung des Tools wählten wir eine umfassende Strategie, die sowohl am Sicherheitswissen der Pflegeexpertinnen als auch an ihrer Einstellung zum Thema „Patientensicherheit“ ansetzte. Dabei wurde die Kultur der Praxisentwicklung berücksichtigt. Die Implementierungsstrategie und das LFD-Tool werden beschrieben.

Ergebnisse: Pflegeexpertinnen berichten durch die Anwendung des LFD-Tools einen Kompetenzaufbau zum Thema „Patientensicherheit“. Die Anwendung des Tools unterstützte die gemeinsame Reflexion von unerwünschten Ereignissen in den Pflegeteams.

Schlussfolgerungen: Die Analyse unerwünschter Ereignisse fördert das gemeinsame, arbeitsplatznahe Lernen. Pflegenden können durch die Nutzung des LFD-Tools einen wichtigen Beitrag zur aktiven Gestaltung der Sicherheitskultur in einem Spital leisten.

Schlüsselwörter: Patientensicherheit, Sicherheitskultur, Fehleranalyse

Analysis of adverse events as a contribution to safety culture in the context of practice development

Abstract:

Background: Analysing adverse events is an effective patient safety measure.

Aim: We show, how clinical nurse specialists have been enabled to analyse adverse events with the „Learning from Defects-Tool“ (LFD-Tool).

Method: Our multi-component implementation strategy addressed both, the safety knowledge of clinical nurse specialists and their attitude towards patient safety. The culture of practice development was taken into account.

Results: Clinical nurse specialists relate competency building on patient safety due to the application of the LFD-tool. Applying the tool, fosters the reflection of adverse events in care teams.

Conclusion: Applying the „Learning from Defects-Tool“ promotes work-based learning. Analysing adverse events with the „Learning from Defects-Tool“ contributes to the safety culture in a hospital.

Keywords: patient safety, safety culture, safety management

Das Thema „Patientensicherheit“ gewinnt seit Jahren auf internationaler und nationaler Ebene an Bedeutung. Patientensicherheit umfasst alle Massnahmen im Behandlungsprozess, die zur „Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ergebnissen oder Schädigungen“ beitragen (Vincent, 2012; 13). Thomeczek et al. (2004) beschreiben unerwünschte Ereignisse als Vorkommnisse bzw. Ereignisse während eines Spitalaufenthalts, die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig zu einem Schaden für den Patienten führen können.

Der Umgang von Mitarbeitenden mit Fragen zur Patientensicherheit wird als Sicherheitskultur bezeichnet. Diese ist ein Teilaspekt der Organisationskultur (Feng, Bobay & Weiss, 2008). Die Kultur einer Organisation beeinflusst das tägliche Handeln von Mitarbeitenden. Gleichzeitig gestalten und beeinflussen Mitarbeitende diese Kultur

und vermitteln deren Attribute. Die Sicherheitskultur einer Organisation umfasst daher sowohl sicherheitsrelevante Ziele, Interessen, Normen und Werte innerhalb der Organisation als auch sicherheitsrelevantes Verhalten bzw. Praktiken der Mitarbeitenden (Feng et al., 2008; Pfaff, Hammer, Ernstmann, Kowalski & Ommen, 2009). Eine positive Sicherheitskultur zeigt sich im aktiven Bestreben aller Mitarbeitenden, das Auftreten unerwünschter Ereignisse zu minimieren und aus unerwünschten Ereignissen gemeinsam zu lernen (Manley, Sanders, Cardiff & Webster, 2011; 12).

Die Sicherheitskultur in einem Spital kann gezielt beeinflusst und verändert werden (Hudson, Sexton, Thomas & Berenholtz, 2009; Weaver et al., 2013), indem den Mitarbeitenden sicherheitsförderliche Verhaltensweisen und -praktiken so bewusst gemacht werden, dass

Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

Die Analyse unerwünschter Ereignisse ist eine wirksame Patientensicherheitsmassnahme.

Was ist neu?

Pflegeexpertinnen wurden zur Analyse von unerwünschten Ereignissen befähigt.

Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für Pflegefachpersonen?

Die Analyse von unerwünschten Ereignissen trägt zur Verbesserung der Sicherheitskultur bei und fördert das gemeinsame, arbeitsplatznahe Lernen in den Pflgeteams.

sie diese im Alltag anwenden (siehe Abbildung 1). Dazu ist es zunächst notwendig, Sicherheitswissen, z.B. Wissen über Risiken und Fehlerentstehung, zu vermitteln. Gleichzeitig muss die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für eine sicherheitsbewusste Haltung und Einstellung erfolgen. Nur so kann ein Problembewusstsein bzw. eine Veränderungsnotwendigkeit bezogen auf das eigene Handeln entwickelt werden (Rall, van Gessel & Ständer, 2011). Interventionen zur Verbesserung der Sicherheitskultur zielen daher idealerweise neben der Wissensvermittlung auch immer auf die Einstellungs- und Verhaltensebene ab (Feng et al., 2008; Wakefield & Jorm, 2009).

Während die Evidenz unterschiedlicher Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit bereits gut aufbereitet wurde (vgl. Agency for Healthcare Research and Quality, 2013), sind in der meist englischsprachigen Fachliteratur nur vage Hinweise auf die Varianten und Möglichkeiten zum Vorgehen für deren Implementierung enthalten. Wir zeigen in unserem Beitrag daher, wie wir eine anerkannte Methode zur Aufarbeitung unerwünschter Ereignisse unter Berücksichtigung der lokalen Sicherheits- und Organisationskultur implementierten. Als Instrument für die Aufarbeitung von unerwünschten Ereignissen wurde das „Learning from Defects-Tool“ (LFD-Tool) gewählt (Pronovost et al., 2006). Wir stellen das LFD-Tool im Folgenden kurz vor



Abbildung 1. Grundidee der Ansatzmöglichkeiten bei der Sicherheitskulturentwicklung (eigene Darstellung).

und zeigen, wie Pflegeexpertinnen und -experten¹ in seiner Anwendung befähigt wurden, um gezielt einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheitskultur und der Patientensicherheit zu leisten.

Kontext

Die Implementierung des LFD-Tools war Teil eines pflegegeleiteten Programms zur Verbesserung der Patientensicherheit und wurde in den Kontext der Praxisentwicklung eingebettet.

Praxisentwicklung

Praxisentwicklung ist ein Ansatz zur systematischen und kontinuierlichen Entwicklung und Verbesserung der klinischen Pflegepraxis (Frei, Massarotto, Helberg & Barandun Schäfer, 2012). Deren Ziel ist neben der „Effektivitätssteigerung in der patientenzentrierten Versorgung“ (Garbett & McCormack, 2009; 39) auch die Begleitung von Pflegefachpersonen in ihrer beruflichen Weiterentwicklung. Hinter diesem Ansatz verbirgt sich eine umfassende Methodologie, die in der kritischen Sozialtheorie verankert ist (Manley & Garbett, 2009).

Dem Ansatz der Praxisentwicklung sind neun Prinzipien hinterlegt (Manley, O’Keefe, Jackson, Pearce & Smith, 2014; McCormack, Manley & Titchen, 2013). Eines dieser Prinzipien ist im Kontext der Patientensicherheit und für die hier zugrunde liegende Thematik besonders relevant: Das Prinzip „Facilitation“ beschreibt die qualifizierte Begleitung von Pflegefachpersonen u.a. durch Pflegeexpertinnen. Facilitation setzt dabei direkt am pflegerischen Alltagsgeschehen an. Pflegefachpersonen sollen dazu befähigt werden, selbständig und kompetent zu handeln und durch ihre Kenntnisse und Fähigkeiten, Kollegen sowie das Team bei der Umsetzung von Evidenz in die Praxis zu unterstützen (Harvey et al., 2002). Eine aktive Rolle nehmen dabei die Pflegeexpertinnen ein, z.B. durch Coaching in konkreten pflegerischen Situationen und durch Anleitung zur Reflexion des eigenen Handelns. Als „Facilitator“ sind sie nicht nur in der Praxisentwicklung (McCormack, Manley & Garbett, 2009; 109) sondern auch für die Initiierung von organisationalen Lern- und Veränderungsprozessen (Berta et al., 2015) von zentraler Bedeutung.

Eine wichtige Voraussetzung für die Praxisentwicklung ist Leadership (Manley et al., 2014; Martin et al., 2010). Dabei werden Führungsaufgaben durch diejenigen Personen wahrgenommen, die die Expertise, Fähigkeit und Motivation dazu haben (West, Eckert, Steward & Pamore, 2014).

Im hiesigen vorgestellten Projektkontext wird ein kollektives Leadership angestrebt, wobei das pflegerische

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird nachfolgend die weibliche Schreibweise verwendet.

Führungsteam auf jeder Abteilung bzw. Organisationseinheit aus je einer Managementperson, einer Pflegeexpertin und einer Bildungsbeauftragten besteht. Alle drei Führungspersonen werden regelmässig in Foren und Workshops zu Themen der Praxisentwicklung befähigt. Dazu gehören z. B. die Reflexion eigener Werthaltungen, die aktive Gestaltung von Veränderungen oder die lokale Implementierung von Massnahmen unter Verwendung des Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus). Ziel ist es, im Führungsteam ein gemeinsames Verständnis zu aktuellen Themen der Praxisentwicklung aber auch der Sicherheitskultur herzustellen. Dies ist die Voraussetzung für ein effektives Leadership und die Umsetzung einer patientenzentrierten, evidenzbasierten sowie fachlich und qualitativ hochwertigen Pflege.

Programm Patientensicherheit

Nach einem wegweisenden Führungsentscheid des Pflegemanagements wurde von den Autoren ein pflegegeleitetes Programm zur Verbesserung der Patientensicherheit entwickelt und implementiert (Hoffmann & Frei, 2015). Die Programmentwicklung basierte einerseits auf den Ergebnissen der europäischen RN-4CAST-Studie zum Umsetzungsgrad sicherheitsrelevanter Massnahmen durch Pflegenden an Schweizer Spitälern (Ausserhofer et al., 2012). Andererseits kamen die Ergebnisse der jährlich stattfindenden Prävalenzmessung zu den Pflegeindikatoren „Patientenstürze“ und „nosokomialer Dekubitus“ durch den Schweizer Nationalen

Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ²) hinzu.

Anhand dieser beiden Informationsquellen wurde festgestellt, dass die Sicherheitskultur unter den Pflegenden im Vorfeld des Programms im Jahr 2013 als reaktiv eingeschätzt wurde (siehe Abbildung 2). Das bedeutet, dass Patientensicherheit unter den Pflegefachpersonen zwar als wichtig erachtet wurde, Massnahmen jedoch reaktiv und damit erst nach dem Auftreten unerwünschter Ereignisse ergriffen wurden (Parker, Lawrie & Hudson, 2006). Mit dem Programm zur Verbesserung der Patientensicherheit wurde ein Kulturwandel hin zu einer proaktiven Sicherheitskultur angestrebt.

Im Rahmen des Programms wurden zwei Arbeitsschwerpunkte gewählt: 1) die Etablierung einer Fehlerkultur durch die systematische Aufarbeitung unerwünschter Ereignisse in der Pflegepraxis sowie 2) das Anstreben einer proaktiven Sicherheitskultur, in der pflegerisch relevante Risiken systematisch und frühzeitig antizipiert sowie durch geeignete Massnahmen minimiert werden. Dazu wurden u. a. folgende Massnahmen eingeführt (siehe auch Abbildung 3):

- Festlegung von Zielwerten für die Prävalenzmessung durch das Pflegemanagement mit der Intention, Patientenstürze und nosokomial erworbene Dekubitus als unerwünschte Ereignisse zu verstehen (ab 2013).
- Regelmässige Durchführung von systematischen Analysen von Patientenstürzen mit schweren Sturzfolgen und nosokomial erworbenen Dekubitus (ab 2013).
- Kontinuierliche Erfassung aller Dekubitus- und Sturzergebnisse und monatliche Rückmeldung der erfassten Er-

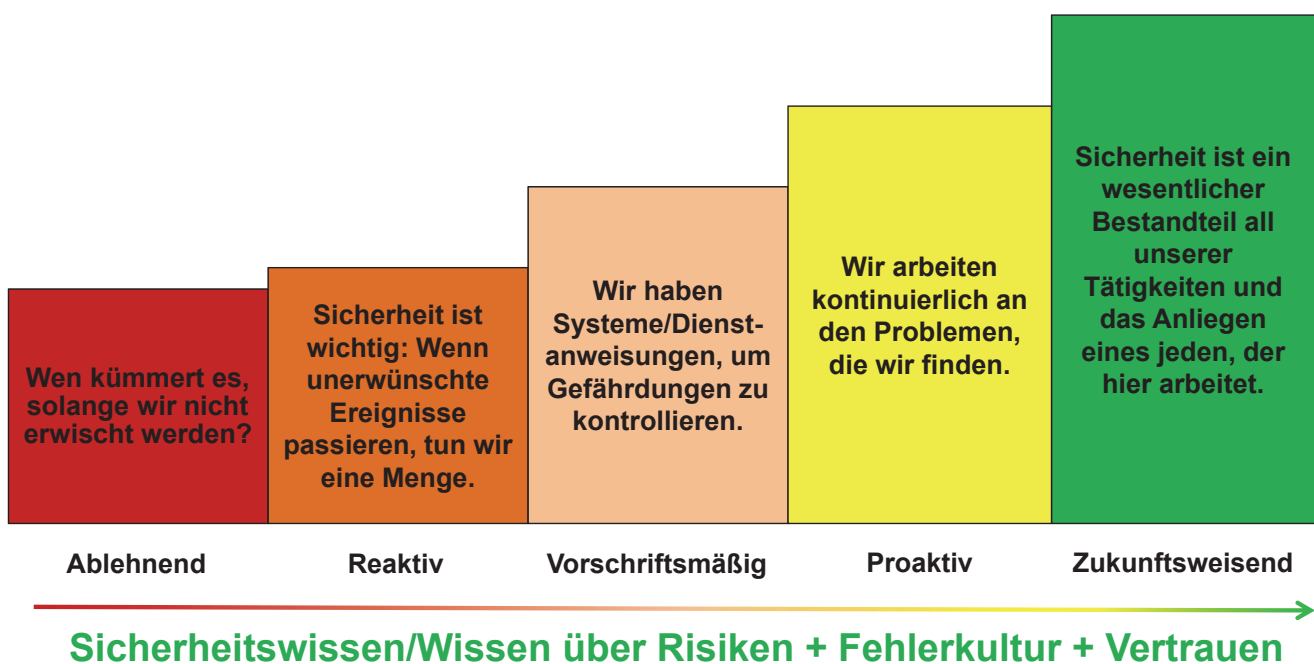


Abbildung 2. Reifegrade der Sicherheitskultur (eigene Darstellung, in Anlehnung an Hudson et al., 2009; Parker et al., 2006; Teubel, 2010).

² Weitere Informationen zur nationalen Prävalenzmessung im akutsomatischen Bereich der Schweizer Spitäler unter: www.anq.ch/wp-login.php/akutsomatik/praevalenzmessung-sturz-dekubitus/ (Stand: 09.06.2017)

eignisse an die Verantwortlichen auf den Bettenstationen (ab 2014).

- Befähigung der Pflegeexpertinnen im Umgang mit ausgewählten Methoden des Veränderungsmanagements, u. a. durch Bereitstellung einer Toolbox (ab 2014).

Darüber hinaus wurden gezielt die o. a. Methoden der Praxisentwicklung eingesetzt, um die pflegerischen Führungsteams für das Thema „Patientensicherheit“ zu sensibilisieren.

Analyse unerwünschter Ereignisse

Die systemische Analyse unerwünschter Ereignisse ist eine wirksame Patientensicherheitsmassnahme (Bezzola & Hochreutener, 2008). Mit ihr werden durch eine strukturierte Vorgehensweise beitragende Faktoren identifiziert und vorhandene Sicherheitsbarrieren systematisch hinterfragt. Dadurch ergibt sich ein offenes und komplexes Bild auf die Entstehungsbedingungen von unerwünschten Ereignissen. Diese Offenlegung bewirkt neben einem „problembezogenen Lerneffekt“ (Bezzola & Hochreutener, 2008; 619) auch eine Sensibilisierung von Gesundheitspersonal, was sich positiv auf die Sicherheitskultur auswirkt.

Das LFD-Tool zur Analyse unerwünschter Ereignisse

Das LFD-Tool ist ein international anerkanntes Instrument zur Analyse von unerwünschten Ereignissen (Pronovost et al., 2006). Die Analyse mit dem LFD-Tool wird in drei Phasen unterteilt (siehe Tabelle 1). Für jede Phase gibt das LFD-Tool eine Leitfrage zur Orientierung sowie konkrete Handlungsanleitungen vor.

Zunächst gilt es, das zu analysierende Ereignis so genau wie möglich zu rekonstruieren (Phase 1). Hierbei sollte auf so viele Informationsquellen wie nötig zurückgegriffen werden. Weiter dient das LFD-Tool dazu, alle denkbaren Ursachen des unerwünschten Ereignisses auf verschiedenen Ebenen innerhalb und ausserhalb der Organisation zu identifizieren (Phase 2). Es ist wichtig, auch die weniger offensichtlichen (latenten) Ursachen sowie die Lücken in

vorhandenen Sicherheitsbarrieren zu erkennen. In der letzten Phase werden lokale Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit erarbeitet (Phase 3). Das LFD-Tool unterstützt dabei, die potenziellen Wirkungen der geplanten Massnahmen und die Wahrscheinlichkeit der tatsächlichen Implementierung im Team einzuschätzen. Durch die gemeinsame Beurteilung und den Beschluss der Massnahmen im Team wird eine wichtige Basis für die Befähigung von Pflegefachpersonen gelegt, Einfluss auf ihre Arbeitsumgebung zu nehmen.

Das primäre Ziel war es, Pflegeexpertinnen in der Analyse von unerwünschten Ereignissen zu befähigen. Als Elemente dieser Befähigung wurden in der Fachliteratur neben einer generellen Sensibilisierung für das Thema „Patientensicherheit“ auch die Bereitschaft zur Durchführung von Fehleranalysen identifiziert (Bezzola & Hochreutener, 2008; Manley et al., 2011; Wakefield & Jorm, 2009). Die Durchführung setzt Grundwissen zur Patientensicherheit und zur Anwendung des LFD-Tool voraus (siehe Abbildung 1). All diese Voraussetzungen wurden bei der Implementierung des LFD-Tools adressiert und berücksichtigt.

Implementierungsstrategie

Die Implementierung des LFD-Tools wurde als komplexe soziale Intervention verstanden und dementsprechend an der Strategie und der Kultur des Spitals ausgerichtet (Catchpole & Russ, 2015). Wesentliche Meilensteine der Implementierung werden in Abbildung 3 verdeutlicht. Zunächst erfolgte die erste Testung des LFD-Tools in seiner Originalversion durch die Erstautorin im Rahmen der jährlichen Prävalenzmessung. Es zeigte sich dabei, dass das LFD-Tool geeignet ist, um Sturzereignisse und nosokomial erworbene Dekubitus systematisch zu analysieren. Das Tool wurde anschliessend aus dem Englischen übersetzt und an den Schweizerischen Sprachgebrauch angepasst. Es folgte eine erneute Testung des übersetzten Tools im Programm Patientensicherheit für die Analyse weiterer unerwünschter Ereignisse. Nach einer Entscheidung durch das Pflegemanagement, dass alle Sturzereignisse mit schweren Verletzungsfolgen analysiert werden sollen, wurde das LFD-Tool in das Sturzpräventionsprogramm³ überführt und pilotiert.

Tabelle 1. Phasen einer Fehleranalyse mit dem LFD-Tool

Phase	Leitfragen	Arbeitsschritt
Phase 1	Was ist passiert?	Rekonstruktion des unerwünschten Ereignisses unter der Berücksichtigung der Perspektiven von allen Beteiligten
Phase 2	Warum ist es passiert?	Identifikation aller Faktoren, die positiv oder negativ zum unerwünschten Ereignis beigetragen haben mit Unterstützung einer Checkliste Gemeinsame Einschätzung der Relevanz dieser Faktoren für das aktuelle Ereignis und für zukünftige Ereignisse
Phase 3	Wie können wir dieses Ereignis zukünftig vermeiden?	Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen, Hilfestellung bei der Priorisierung und Anleitung zur Massnahmenplanung

³ Weitere Informationen zum Sturzprogramm erhalten Sie hier: www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/ressorts/pflege-mtt/angebot/praxisentwicklung/projekte-der-praxis-und-qualitaetsentwicklung/sturzpraevention/ (Stand: 09.06.2017)

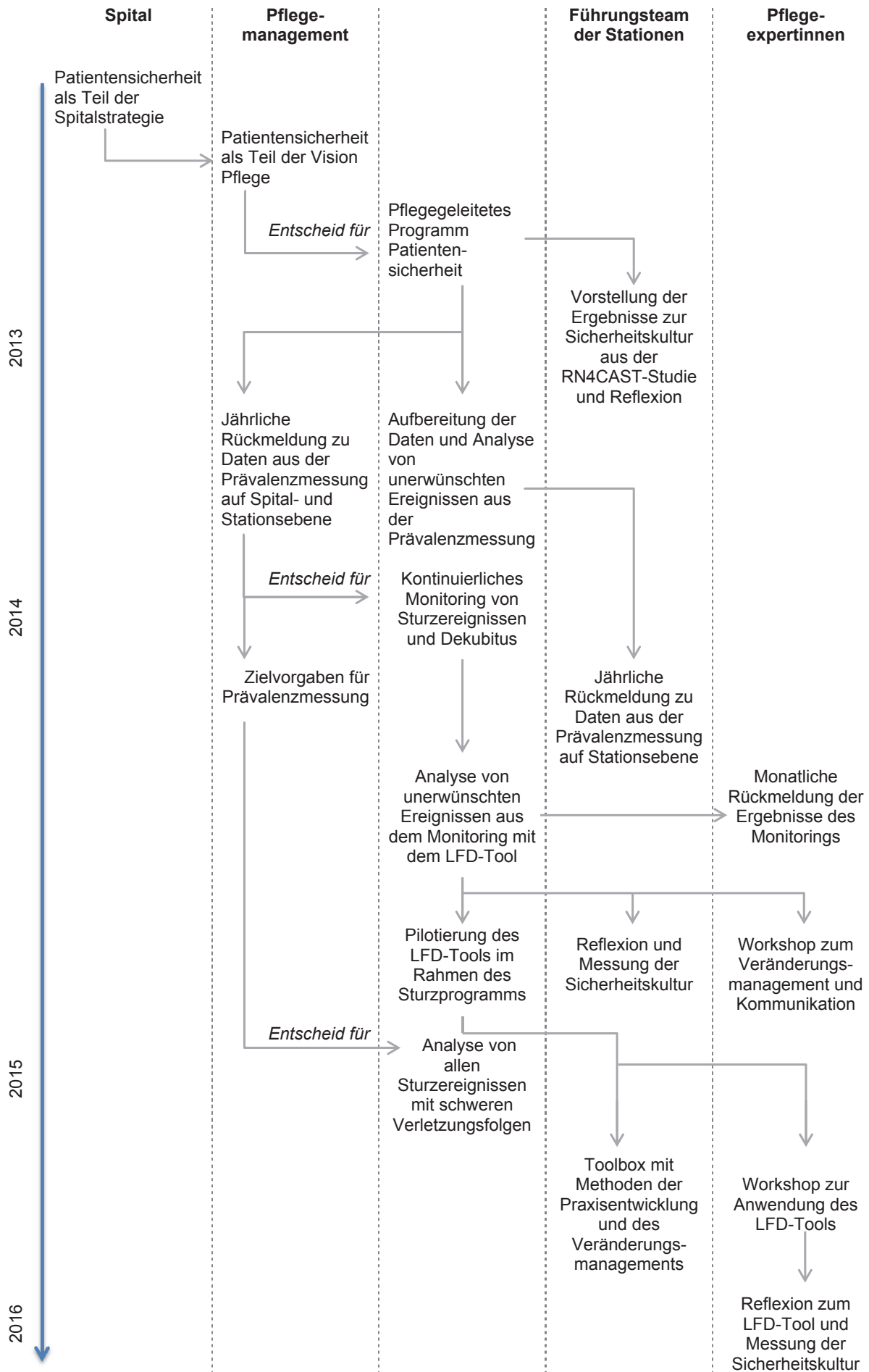


Abbildung 3. Implementierungsstrategie für das LFD-Tool im Kontext der Praxisentwicklung Pflege.

Die finale Einführung des LFD-Tools unter den Pflegeexpertinnen erfolgte im Rahmen eines dreistündigen Workshops. Nach einer Wiederholung von Grundlagen der Patientensicherheit (Sicherheitskultur, Fehlerentstehung, Nutzen systemischer Fehleranalysen) folgte die Vorstellung des Tools anhand der Ergebnisse einer durchgeführten Fehleranalyse aus der Pilotphase. Die Anwendung des Tools wurde mit einer simulierten Fallanalyse in mehreren Kleingruppen geübt. Die hierfür verwendeten Fallbeispiele stammten aus dem spitalinternen Fehlermeldesystem und wurden für diesen Schulungszweck mit weiteren Hintergrundinformationen versehen. Ein direkter Lernerfolg zeigte sich während des Workshops, da die Pflegeexpertinnen erkannten, wie unerwünschte Ereignisse im Fehlermeldesystem einzutragen sind, damit aussagekräftige Fehleranalysen durchgeführt werden können. Nach diesem Workshop sollten die Pflegeexpertinnen Sturzereignisse mit schweren Verletzungsfolgen mit Hilfe des LFD-Tools aufarbeiten. Sie konnten dies entweder eigenständig oder in Begleitung der verantwortlichen Pflegeexpertinnen für das Sturzpräventionsprogramm durchführen.

Darüber hinaus wurden die pflegerischen Führungsteams in mehreren Veranstaltungen für das Thema „Patientensicherheit“ sensibilisiert. Diese Einbettung erwies sich als notwendig, da nur dadurch die zeitlichen Ressourcen zur Durchführung der Fehleranalysen bereitgestellt wurden. Zudem war die Überzeugung der Führungsteams notwendig, dass Fehleranalysen einen wichtigen Beitrag zur Sicherheitskultur leisten. Dies war Grundlage dafür, dass die Pflegeexperten ihre Rolle als „Facilitator“ einnehmen konnten, um letztlich auch Veränderungen zu initiieren.

Beitrag des LFD-Tools zur Sicherheitskultur

Die Nutzung und Anwendbarkeit des LFD-Tools wurden nach seiner Pilotierung im Rahmen des Sturzpräventionsprogramms evaluiert (vgl. hierzu Hoffmann, Helberg & Frei, 2017). Ein Jahr nach der Einführung wurden die Pflegeexpertinnen im Rahmen eines Workshops mündlich befragt, in welchen Situationen sie das LFD-Tool einsetzen. Es zeigte sich, dass mindestens sieben Sturzereignisse gemäss den Vorgaben des Pflegemanagements analysiert wurden. Darüber hinaus nutzten einige Pflegeexperten das LFD-Tool auch für die Analyse weiterer unerwünschter Ereignisse, wie z. B. Dekubitus. Mittels Punktabfrage schätzten die Pflegeexpertinnen ein, wie geeignet das LFD-Tool sei, um das Thema „Patientensicherheit“ weiter voran zu bringen (siehe Abbildung 4).

Diese Zwischenevaluation ergänzend, reflektierten zwei erfahrene Pflegeexpertinnen im Rahmen eines strukturierten Interviews die Anwendung des Tools. Die strukturierte Reflexion ist ein wichtiges Element der Praxis-

② Wie geeignet hältst du das Tool, um das Thema Patientensicherheit weiter voran zu bringen?

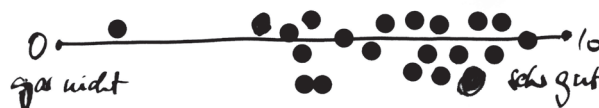


Abbildung 4. Punktabfrage zur Eignung des LFD-Tools.

entwicklung (Dewing, McCormack & Titchen, 2014). Im Fokus der Reflexion standen die subjektiv wahrgenommenen Veränderungen des Wissens über Patientensicherheit und zur Fehlerentstehung sowie der Beitrag des LFD-Tools zur Sicherheitskultur. Pflegeexpertinnen, die das Tool verwenden, beobachteten bei sich selbst einen Kompetenzaufbau zum Thema „Patientensicherheit“: Eine Pflegeexpertin berichtet:

„Meine Einstellung zu Patientensicherheit hat sich dahin gehend verändert, dass die Bedeutung von Patientensicherheit erlebbarer, greifbarer, konkreter geworden ist und ich ihre Bedeutung differenzierter erfassen kann. Mein Wissen über Patientensicherheit hat sich konkret hinsichtlich Sturzereignissen mit schweren Verletzungsfolgen erweitert, da mir viele Faktoren und Zusammenhänge deutlicher geworden sind bzw. die Komplexität des Ganzen deutlich wird und sich die Thematik und Problematik differenzierter erfassen, verstehen und nachvollziehen lässt.“

Das Thema „Patientensicherheit“ wurde durch die Durchführung von Fehleranalysen praxisnah erlebbar und mit einer arbeitsplatznahen Bedeutung für die Pflegeteams versehen. Der Einsatz des LFD-Tools fördert v. a. in den Phasen 1 und 2 eine systematische Aufarbeitung der Fehlerentstehung. So schildert eine Pflegeexpertin:

„Mir ist bewusst geworden, wie wichtig Patientensicherheit ist und wie gefährlich bewusstes Umgehen von Sicherheitselementen zur Arbeiterleichterung sein kann. Um dies aufzuzeigen ist aber eine strukturierte Vorgehensweise nötig. Das Aufschlüsseln in einzelne Elemente zeigt schön auf, wie multifaktoriell einzelne Ereignisse sind und welche Wechselwirkungen untereinander Einfluss nehmen. Bei der Planung von Massnahmen muss genau dies berücksichtigt werden.“

Beide Pflegeexpertinnen berichten eine Veränderung ihrer Wahrnehmung auf das Fehlergeschehen. Sie achten weniger auf personenbezogene Faktoren als auf organisationale Faktoren, wobei sie zunehmend lernen auf das Zusammenspiel dieser beiden Faktoren zu achten. Der Einsatz des LFD-Tools trägt zusätzlich dazu bei, die analysierten Ereignisse aus den verschiedenen Blickwinkeln der Beteiligten zu betrachten. Insbesondere durch das

Aufzeigen der beitragenden Faktoren zu einem unerwünschten Ereignis wird das systemische Denken gefördert.

Dieser Wissenszuwachs und die damit verbundene Einstellungsänderung aufgrund der Durchführung von Fehleranalysen mit dem LFD-Tool wurden als Befähigung der Pflegeexperten und damit als ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Sicherheitskultur interpretiert (siehe Abbildung 1).⁴

Limitationen

Patientensicherheit ist ein interprofessionell zu bearbeitendes Thema. Die interprofessionelle Anwendung des LFD-Tools wird ausdrücklich eingefordert (Pronovost et al., 2006). Mit dem vorgestellten Vorgehen wurde zunächst nur die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen angesprochen. Grund war die Einbettung in den Kontext der Praxisentwicklung Pflege. Dies bot die Möglichkeit, sich berufsspezifisch einem komplexen Thema zu nähern, zu dem in dieser Institution derzeit nur wenig Erfahrung vorhanden war. In der Reflexion berichten die Pflegeexperten jedoch, dass sie inzwischen auch weitere Berufsgruppen sowohl in die Analysen der unerwünschten Ereignisse als auch in die Massnahmenplanung einbeziehen.

Im Sinne der proaktiven Sicherheitskultur sollten Veränderungen zukünftig nicht nur reaktiv auf einen bestimmten Auslöser (oder ein bestimmtes Ereignis) zurückgeführt werden. Eine systematische Verbesserungsarbeit zeichnet sich vielmehr durch eine proaktive Kontinuität bei der Problemerkennung und -analyse aus (siehe Abbildung 2). Die Herausforderung wird zukünftig darin bestehen, das gemeinsame Bewusstsein und Verständnis für vermeidbare Ereignisse und klinische Risiken unter den Pflegenden noch weiter zu stärken.

Fazit

Mit diesem Beitrag haben wir veranschaulicht, *wie* es gelingen kann, Pflegeexpertinnen zur Analyse von unerwünschten Ereignissen mit dem LFD-Tool zu befähigen.

Zur Implementierung wählten wir eine langfristige und umfassende Strategie: Die Implementierung wurde von einer grundsätzlichen Entscheidung anhand der strategischen Zielsetzung getragen, der jedoch weitere Entscheidungsmomente folgten. Es gab mehrere Massnahmen zur Sensibilisierung und zum Wissenserwerb, die die Implementierung sowohl vorbereiteten als auch flankierten. Unsere Massnahmen richteten sich daher sowohl an die Pfleg-

expertinnen als auch an die Führungsteams. Wir sehen dies als wichtige Voraussetzung, um die Durchführung von Analysen unerwünschter Ereignisse auch nachhaltig als wichtigen Beitrag zur Sicherheitskultur zu verankern. Ein empirischer Beleg über die langfristige Verbesserung der Sicherheitskultur ist noch ausstehend.

Das Ziel, dass die Anwendung des LFD-Tools durch die Pflegeexpertinnen die gemeinsame Reflexion von unerwünschten Ereignissen in den Pflegeteams unterstützt und damit das gemeinsame, arbeitsplatznahe Lernen fördert, wird durch die vorliegende Projektbeschreibung bereits gestützt (Pronovost et al., 2006). Manley et al. (2014) betonen, dass sich durch eine praxisnahe Bedeutung des Themas „Patientensicherheit“ auch die Bereitschaft für Veränderungen entwickeln kann. Für die Implementierung von weiteren Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheitskultur kann somit auf eine Lernbereitschaft als Grundvoraussetzung zurückgegriffen werden, die sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene Entwicklungsmöglichkeiten zulässt.

Beiträge der einzelnen Autorinnen

Substanzieller Beitrag zu Konzeption oder Design der Arbeit: SH, IAF

Substanzieller Beitrag zur Erfassung, Analyse oder Interpretation der Daten: SH, IAF

Manuskripterstellung: SH, IAF

Einschlägige kritische Überarbeitung des Manuskripts: SH, IAF

Genehmigung der letzten Version des Manuskripts: SH, IAF

Übernahme der Verantwortung für das gesamte Manuskript: SH, IAF

Literatur

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2013). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetyII-full.pdf [2.2.2016].
- Ausserhofer, D.; Schubert, M.; Engberg, S.; Blegen, M.; Geest, S. de; Schwendimann, R. (2012). Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals – a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. *Swiss Medical Weekly*, 142.
- Berta, W.; Cranley, L.; Dearing, J. W.; Dogherty, E. J.; Squires, J. E.; Estabrook, C. A. (2015). Why (we think) facilitation works: insights from organizational learning theory. *Implementation Science*, 10, 141.
- Bezzola, P.; Hochreutener, M.-A. (2008). Systemische Fehleranalyse ist Teil der Risikostrategie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 15 (89), 617 – 619.

⁴ Im Rahmen des Programms Patientensicherheit erfolgte die Messung der Sicherheitskultur aus Sicht der Führungspersonen und der Pflegeexperten anhand der „Safety Organizing Scale“ von Vogus und Sutcliffe (2007, siehe Abbildung 3). Da die Daten ausschliesslich für das interne Monitoring und die Weiterentwicklung des Programms Patientensicherheit erhoben wurden, werden an dieser Stelle keine Ergebnisse dargestellt.

- Catchpole, K.; Russ, S. (2015). The problem with checklists. *BMJ Quality & Safety*, 24 (9), 545 – 549.
- Dewing, J.; McCormack, B.; Titchen, A. (2014). *Practice development workbook for nursing, health and social care teams*. Chichester: Wiley.
- Feng, X.; Bobay, K.; Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), 310 – 319.
- Frei, I. A.; Massarotto, P.; Helberg, D.; Barandun Schäfer, U. (2012). Praxisentwicklung im Trend der Zeit: Pflegeexpertinnen als Praxisentwicklerinnen. *PADUA*, 7 (3), 110 – 115.
- Garbett, R.; McCormack, B. (2009). Analyse des Konzeptes Praxisentwicklung. In: McCormack, B.; Manley, K.; Garbett, R. (Hrsg.), *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Hans Huber, 27 – 41.
- Harvey, G.; Loftus-Hills, A.; Rycroft-Malone, J.; Titchen, A.; Kitson, A.; McCormack, B.; Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (6), 577 – 588.
- Hoffmann, S.; Frei, I. A. (2015). Gelebte Sicherheitskultur: eine Standortbestimmung. Poster presented at the SBK-Kongress 2015 „MehrWERT Pflege“, 6. bis 8. Mai 2015, Montreux. DOI: 10.13140/RG.2.1.3978.0884.
- Hoffmann, S.; Helberg, D.; Frei I. A. (2017). Lernen aus Fehlern: Strukturierte Reflexion von Sturzereignissen mit dem „Learning from Defects-Tool“. *PADUA*, 12 (1), 1 – 5.
- Hudson, D. W.; Sexton, J. B.; Thomas, E. J.; Berenholtz, S. M. (2009). A Safety Culture Primer for the Critical Care Clinician. The Role of Culture in Patient Safety and Quality Improvement. *Contemporary Critical Care*, 7 (5), 1 – 13.
- Manley, K.; Garbett, R. (Eds.). (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Manley, K.; O'Keefe, H.; Jackson, C.; Pearce, J.; Smith, S. (2014). A shared purpose framework to deliver person-centred, safe and effective care: organisational transformation using practice development methodology. *International Practice Development Journal*, 4 (1).
- Manley, K.; Sanders, K.; Cardiff, S.; Webster, J. (2011). Effective workplace culture: the attributes, enabling factors and consequences of a new concept. *International Practice Development Journal*, 1 (2).
- Martin, J. S.; Frei, I. A.; Suter-Hofmann, F.; Fierz, K.; Schubert, M.; Spirig, R. (2010). Evaluation of Nursing and Leadership Competencies – a Baseline for Practice Development. *PFLEGE*, 23 (3), 191 – 203.
- McCormack, B.; Manley, K.; Garbett, R. (Hrsg.). (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Hans Huber.
- McCormack, B.; Manley, K.; Titchen, A. (Eds.). (2013). *Practice development in nursing* (2nd ed.). Chichester: Wiley.
- Parker, D.; Lawrie, M.; Hudson, P. (2006). A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Safety Science*, 44 (6), 551 – 562.
- Pfaff, H.; Hammer, A.; Ernstmann, N.; Kowalski, C.; Ommen, O. (2009). Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103 (8), 493 – 497.
- Pronovost, P.J.; Holzmueller, C. G.; Martinez, E.; Cafeo, C. L.; Hunt, D.; Dickson, C.; ... Makary, M. A. (2006). A practical tool to learn from defects in patient care. *Joint Commission journal on quality and patient safety/Joint Commission Resources*, 32 (2), 102 – 108.
- Rall, M.; van Gessel, E.; Staender, S. (2011). Education, teaching & training in patient safety. *Best practice & research. Clinical Anaesthesiology*, 25 (2), 251 – 262.
- Teubel, T. (2010). *Medizinisches Risikomanagement: Implementierung von Fehlermanagementsystemen für OP-Teams*. Hamburg: Diplomica.
- Thomeczek, C.; Bock, W.; Conen, D.; Ekkernkamp, A.; Everz, D.; Fischer, G.; ... Ollenschlager, G. (2004). Glossary on patient safety – A contribution to on-target-definition and to appreciate the subjects of „patient safety“. *Gesundheitswesen*, 66 (12), 833 – 840.
- Vincent, C. (2012). *Das ABC der Patientensicherheit: Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz; Nr. 4*. Zürich.
- Vogus, T. J.; Sutcliffe, K. M. (2007). The Safety Organizing Scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical care*, 45 (1), 46 – 54.
- Wakefield, J. G.; Jorm, C. M. (2009). Patient safety – a balanced measurement framework. *Australian Health Review*, 33 (3), 382 – 389.
- Weaver, S. J.; Lubomksi, L. H.; Wilson, R. F.; Pfoh, E. R.; Martinez, K. A.; Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158 (5 Part 2), 369 – 374.
- West, M.; Eckert, R.; Steward, K.; Pamore, B. (2014). Developing collective leadership for health care. www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/developing-collective-leadership-kingsfund-may14.pdf [6.2.2017].



Dr. Susanne Hoffmann
 Universitätsklinikum Bonn
 Institut für Patientensicherheit
 Sigmund-Freud-Straße 25
 Gebäude 5
 53127 Bonn
 Deutschland
 Susanne.Hoffmann@ukbonn.de

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Es gibt eine Vielzahl an Tools, Massnahmen und Empfehlungen sowohl zur Patientensicherheit als auch zur Praxisentwicklung. Es war eine grosse Herausforderung, geeignete Formate auszusuchen, aus dem Englischen zu übersetzen und an die lokalen Begebenheiten anzupassen.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Mehr interprofessionelle Praxisentwicklungsprojekte zur Verbesserung der Patientensicherheit, die die Patientinnen direkt mit einbeziehen.

Was empfehlen Sie zum Weiterlesen /Vertiefen?

Zum Thema Praxisentwicklung empfehle ich das Buch von McCormack, B., Manley, K., & Garbett, R. (Eds.). (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Huber. Das Thema Patientensicherheit ist leserfreundlich und anwendungsorientiert im folgenden Buch aufbereitet: Borgwardt, J., & Kolpatzik, K. (2010). *Aus Fehlern lernen – Fehlermanagement in Gesundheitsberufen*. Top im Gesundheitsjob: Berlin, Heidelberg: Springer.

Manuskripteingang: 06.12.2016

Manuskript angenommen: 10.02.2017

Veröffentlicht online: 27.06.2017