

SPOHC

Safety Performance of Healthcare Professionals

Abschlussbericht

Lina Heier

Nikoloz Gambashidze

Donia Riouchi

Judith Hammerschmidt

Nicole Ernstmann

Korrespondenzadresse

Universitätsklinikum Bonn
Institut für Patientensicherheit (IfPS)
Lina Heier
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn
www.ifpsbonn.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Methodisches Vorgehen.....	4
2.1	Querschnittsbefragung	4
2.2	Experteninterviews	5
3	Ergebnisse – Studienteilnehmende	6
3.1	Ergebnisse der Querschnittsbefragung.....	8
3.2	Ergebnisse der Experteninterviews	10
4	Fazit und Ausblick für die zukünftige Forschung.....	14
5	Praktische Implikationen.....	14
6	Danksagung	14
	Literaturverzeichnis	15
	Impressum	16

1 Einleitung

Ärzt*innen und Pflegekräfte sowie Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege nehmen eine relevante und zentrale Rolle im Bereich der Patientensicherheit und des Fehlermanagements ein. Dazu benötigen sie bestimmte Sicherheitskompetenzen: Sie müssen unter anderem dazu in der Lage sein, unerwünschte Ereignisse, Fehler sowie Beinahe-Fehler zu erkennen und diese anhand von Protokollen zu analysieren, sie müssen in multidisziplinären Teams effektiv zusammenarbeiten, sie müssen aus Fehlern lernen und Problemlösungs- und Entwicklungskompetenzen erwerben, erweitern und nutzen. Sie können auf der anderen Seite jedoch auch Beinahe-Fehler, unerwünschte Ereignisse und Fehler verursachen (Brasaité et al. 2016).

Das Konstrukt Safety Performance (Griffin und Neal 2000) besteht aus der Einhaltung der Sicherheitsvorschriften (Safety Compliance) und der Beteiligung an der Sicherheit (Safety Participation). Der Begriff Safety Compliance wird zur Beschreibung der Kernaktivitäten verwendet, die von Einzelpersonen durchgeführt werden müssen, um die Arbeitssicherheit zu gewährleisten. Zu diesen Verhaltensweisen gehören die Einhaltung der üblichen Arbeitsabläufe und das Tragen persönlicher Schutzausrüstung. Der Begriff Safety Participation wird verwendet, um Verhaltensweisen zu beschreiben, die nicht direkt die persönliche Sicherheit einer Person beeinflussen, sondern dazu beitragen eine Umgebung zu entwickeln, welche die Sicherheit in ihrem Arbeitsbereich unterstützt.

Bislang gibt es in Deutschland keine Erkenntnisse zur Einschätzung der Safety Performance durch Gesundheitsfachpersonal. Vor diesem Hintergrund war es das Ziel von SPOHC herauszufinden, wie Ärzt*innen, Pflegekräfte sowie Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege ihre eigene, sowie die Sicherheit von Patient*innen wahrnehmen.

Mit diesem Bericht erhalten Sie eine Beschreibung der Forschungsmethodik sowie die Ergebnisse der schriftlichen Befragung und der Interviews. Abschließend wird ein Fazit und ein Ausblick auf weitere Forschungsfragen aufgezeigt.

2 Methodisches Vorgehen

Das Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums Bonn führte 2019 und 2020 im Rahmen des Projektes „Safety Performance of Healthcare Professionals - SPOHC“ schriftliche Querschnittsbefragungen sowie Experteninterviews von Ärzt*innen, Pflegekräften und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege durch.

Einstellungen und Wahrnehmungen wurden zu den folgenden Themen erfasst:

- Sicherheitskenntnisse
- Sicherheitsmotivation
- Einhaltung der Sicherheitsvorschriften
- Sicherheitspartizipation
- Sicherheitsrelevantes Verhalten
- Sicherheitsrelevante Aspekte und Barrieren

2.1 Querschnittsbefragung

Skalen zur Sicherheit am Arbeitsplatz

Wesentliche Aspekte von Sicherheit am Arbeitsplatz wurden in SPOHC mit den folgenden vier Skalen gemessen: *Sicherheitskenntnisse*, *Sicherheitsmotivation*, *Einhaltung der Sicherheitsvorschriften* und *Sicherheitspartizipation*.

Die Skala *Sicherheitskenntnisse* misst unter anderem, wie sicher die eigene Arbeit ausgeführt wird, Kenntnisse über die Risikoreduktion von Unfällen und wie die Gesundheit am Arbeitsplatz erhalten wird (Griffin und Neal 2000).

Die Skala *Sicherheitsmotivation* misst hingegen die Einstellung zur Aufrechterhaltung der persönlichen Sicherheit und zur Verringerung von Zwischenfällen am Arbeitsplatz (Griffin und Neal 2000).

Die Skala *Einhaltung der Sicherheitsvorschriften* erfasst, ob ein Höchstmaß an Sicherheit eingehalten wird, die richtigen Sicherheitsmaßnahmen und die nötige Schutzausrüstung angewendet werden (Griffin und Neal 2000).

Die Skala *Sicherheitspartizipation* konzentriert sich auf freiwillige Übernahme von Aufgaben, ob sich darum bemüht wird den Arbeitsschutz zu erhöhen und ob Kolleg*innen unterstützt werden (Griffin und Neal 2000).

Sicherheitsrelevantes Verhalten

Das sicherheitsrelevante Verhalten von Mitarbeitenden aus der Gesundheitsversorgung wurde mit Hilfe des Situational Judgement Tests gemessen. Dieses Testverfahren versucht mit Hilfe von Situationsbeschreibungen eines alltäglichen Problems und den dazugehörigen

unterschiedlichen Reaktionsmöglichkeiten, das sicherheitsrelevante Verhalten einzuschätzen (Muck 2013; Oostrom et al. 2015; Patterson et al. 2016). In SPOHC wurden sieben unterschiedliche Situationen und jeweils zehn dazugehörige Antwortmöglichkeiten den Teilnehmenden vorgestellt. Die Teilnehmenden konnten die drei zutreffendsten Antworten auswählen, welche am besten abbildeten, wie sie in der Wirklichkeit reagieren würden. Jede Situationsbeschreibung konzentriert sich auf ein anderes sicherheitsrelevantes Thema: Infektionsprävention, Kommunikation, Patientenidentifikation, Patientenbeteiligung, Prophylaxe, Arbeitssicherheit und Hygiene. Es wurden ein übergeordneter Score (Safety Performance Score (SPS)) sowie Einzelscores der Situationen gebildet. Es wird unterschieden zwischen drei unterschiedlichen Wissenstypen: Expertenwissen, fortgeschrittenes Wissen und Basiswissen zum Thema sicherheitsrelevantes Verhalten.

2.2 Experteninterviews

Zusätzlich zu der Querschnittsbefragung wurden teilnehmende Mitarbeitende gefragt, ob sie über den Fragebogen hinaus ein Experteninterview zum sicherheitsrelevanten Verhalten am Arbeitsplatz führen möchten.

Das leitfadengestützte, semi-strukturierte Experteninterview wurde mit der SPSS-Methode zur Erstellung von qualitativen Interviewleitfäden entwickelt (Helfferich 2011; Mayring 2015). Alle Interviews wurden mit einem Audioaufnahmegerät aufgenommen, vollständig transkribiert und pseudonymisiert (Fuß und Karbach 2014). Die Experteninterviews wurden inhaltsanalytisch (Schwerpunkt der thematischen Strukturierung) nach Mayring ausgewertet (Mayring 2015).

3 Ergebnisse – Studienteilnehmende

Zum Projekt SPOHC wurden Pflegefachkräfte, Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege im dritten Lehrjahr und Ärzt*innen aus der akutmedizinischen Versorgung von drei Krankenhäusern und zwei Bildungseinrichtungen von Pflegeberufen eingeladen.

Querschnittsbefragung

Insgesamt erhielten 430 Mitarbeitende Einladungen, um an der schriftlichen Querschnittsbefragung teilzunehmen. 168 Mitarbeitende haben teilgenommen, was einem Rücklauf von 39% entspricht. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Teilnehmenden der Querschnittsbefragung im Projekt SPOHC.

Tabelle 1: Studienteilnehmende der Querschnittsbefragung

		n	%
Geschlecht	Männlich	50	29,8
	Weiblich	118	70,2
Alter	< 30 Jahre	89	53,0
	31-40 Jahre	31	18,5
	41-50 Jahre	24	14,3
	> 50 Jahre	23	13,7
Berufsgruppe	Gesundheits- und Krankenpfleger*in	65	38,7
	Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege	57	33,9
	Arzt/ Ärztin	26	15,5
Leitungsposition	Ja	25	24,4
	Nein	122	72,6
Jahre im Beruf	< 3 Monate	7	30,4
	3 -12 Monate	1	0,6
	1-5 Jahre	81	48,2
	> 5 Jahre	82	48,8
Arbeiten in der Klinik	< 3 Monate	4	2,4
	3 -12 Monate	6	3,6
	1-5 Jahre	92	54,8
	> 5 Jahre	65	38,7

Experteninterviews

Insgesamt wurden 27 Experteninterviews von drei Mitarbeitenden des Instituts für Patientensicherheit im Zeitraum August 2019 und März 2020 geführt. 23 Experteninterviews wurden für die weitere Datenanalyse genutzt. Die Interviews hatten eine durchschnittliche Länge von 20:13 Minuten (Spannweite: 06:16 bis 38:20 Minuten). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Daten der 23 Interviewpartner*innen.

Tabelle 2: Interviewpartner*innen

		n	%
Geschlecht	Männlich	6	26,1
	Weiblich	17	73,9
Alter	< 30 Jahre	9	39,1
	31-40 Jahre	4	17,4
	41-50 Jahre	5	21,7
	> 50 Jahre	5	21,7
Berufsgruppe	Gesundheits- und Krankenpfleger*in	15	65,2
	Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege	5	21,7
	Pädagog*innen	3	13,0
Leitungsposition	Ja	9	39,1
	Nein	14	60,9
Jahre im Beruf	1-5 Jahre	7	30,4
	> 5 Jahre	15	65,2
Arbeiten in der Klinik	1-5 Jahre	9	39,1
	> 5 Jahre	13	56,5

3.1 Ergebnisse der Querschnittsbefragung

Nachfolgend finden Sie die Ergebnisse der Querschnittsbefragung, welche im Juli 2019 startete und im März 2020 beendet wurde. In Abbildung 1 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen (SD) der vier Skalen zur Sicherheit am Arbeitsplatz dargestellt. Die Mittelwerte liegen zwischen 1 = stimme überhaupt nicht zu und 5 = stimme vollständig zu (Griffin und Neal 2000). Der Mittelwert für die Skala *Sicherheitskenntnisse* liegt bei 4,19 ($SD = 0,63$), für *Sicherheitsmotivation* bei 4,83 ($SD = 0,3$), für *Einhaltung der Sicherheitsvorschriften* bei 4,18 ($SD = 0,64$) und für *Sicherheitspartizipation* bei 3,5 ($SD = 0,87$).

Die Abbildung 2 veranschaulicht die Ergebnisse des Situational Judgement Tests. Konkret werden der übergeordnete Score (Safety Performance Score (SPS)) und die Ergebnisse der einzelnen Situationsbeschreibungen dargestellt. Der Safety Performance Score zeigt folgende Verteilung: 56,8% der Studienteilnehmenden verfügen zusammenfassend über Expertenwissen, 40,5% über fortgeschrittenes Wissen und 2,7% über Basiswissen.

Abbildung 1: Skalen zur Sicherheit am Arbeitsplatz (Mittelwerte und Standardabweichungen)

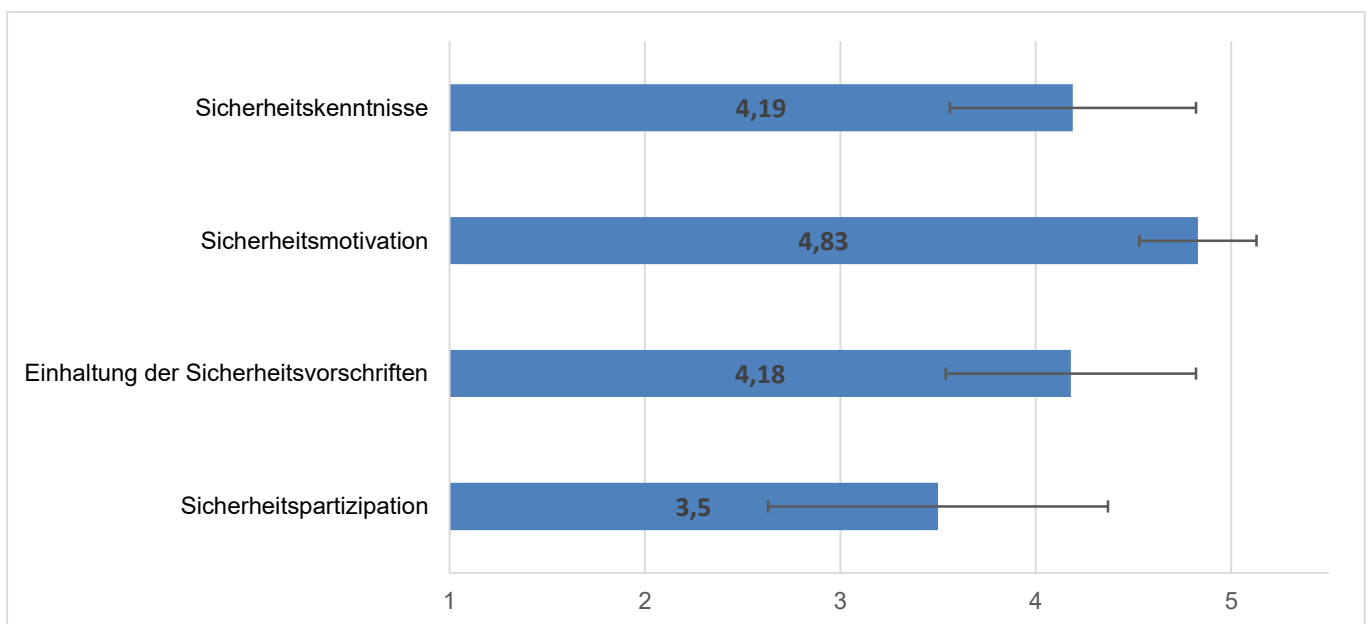
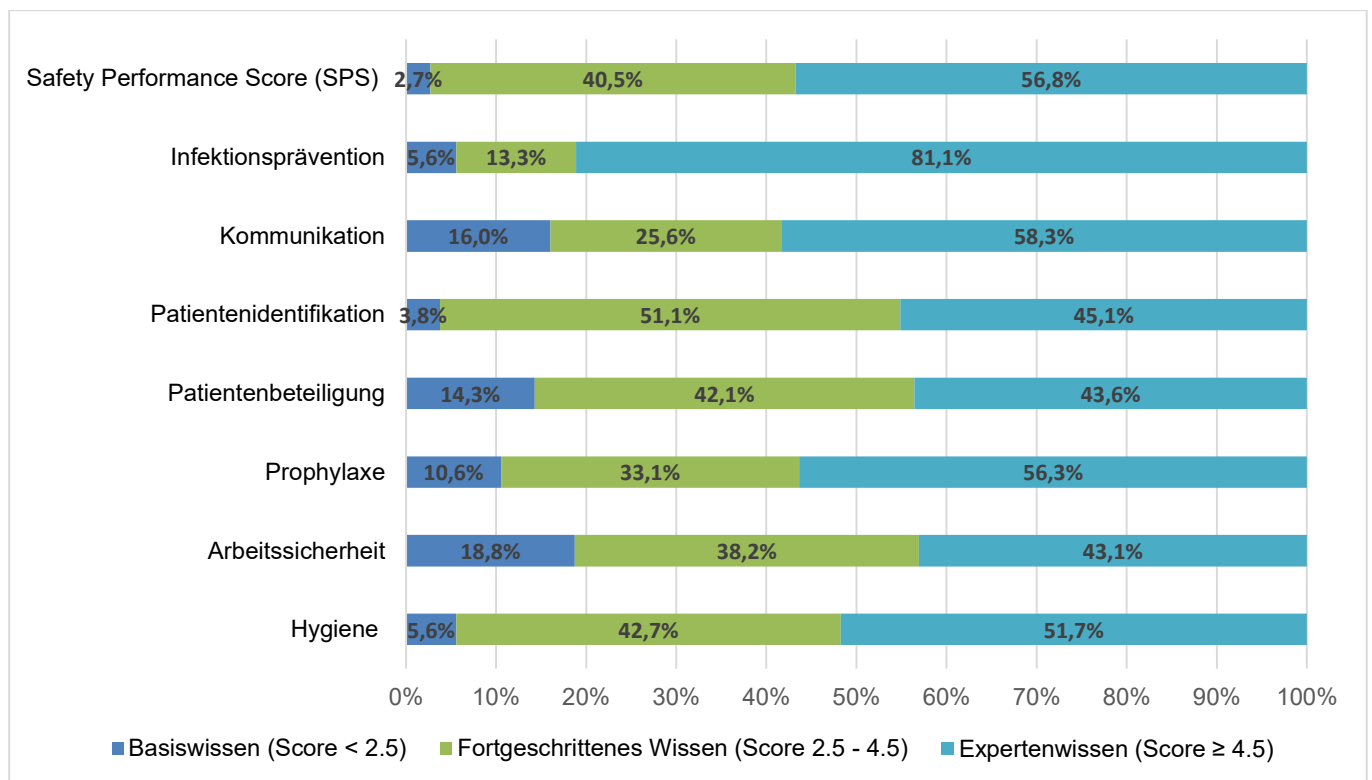


Abbildung 2: Ergebnisse des Situational Judgement Tests



3.2 Ergebnisse der Experteninterviews

Insgesamt konnten aus den Interviewdaten sechs Hauptkategorien mit dazugehörigen Subkategorien gebildet werden. Jede Hauptkategorie konzentriert sich auf einen anderen Themenkomplex des sicherheitsrelevanten Verhaltens von Mitarbeitenden aus der Gesundheitsversorgung. Konkret geht es um

- Aspekte zu sicherheitsrelevantes Verhalten
- Barrieren von sicherheitsrelevantem Verhalten
- Kommunikation
- Eigene Rolle
- Wissen über sicherheitsrelevantes Verhalten
- Verbesserungen

Die Abbildungen 3 bis 8 geben eine Zusammenfassung über die Inhalte der einzelnen Hauptkategorien und den dazugehörigen Subkategorien.

Abbildung 3: Aspekte sicherheitsrelevanten Verhaltens



Abbildung 4: Barrieren sicherheitsrelevanten Verhaltens

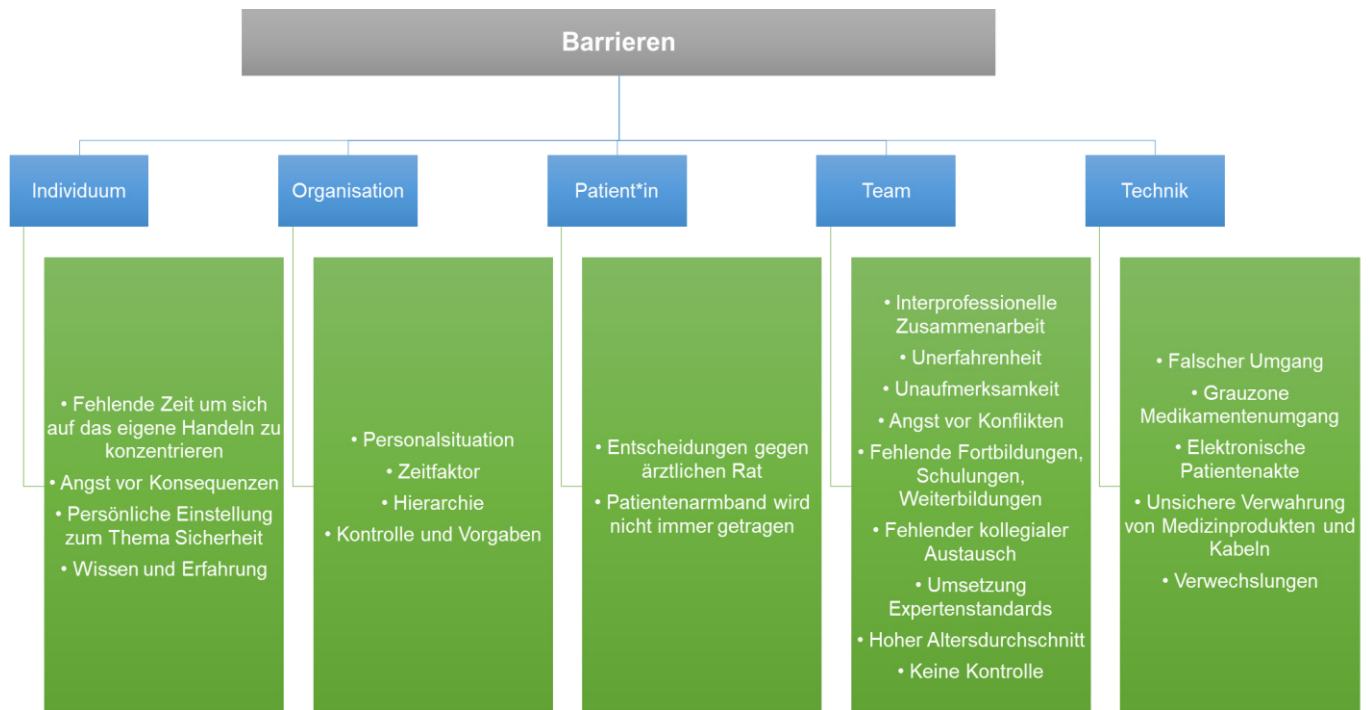


Abbildung 5: Kommunikation



Abbildung 6: Eigene Rolle

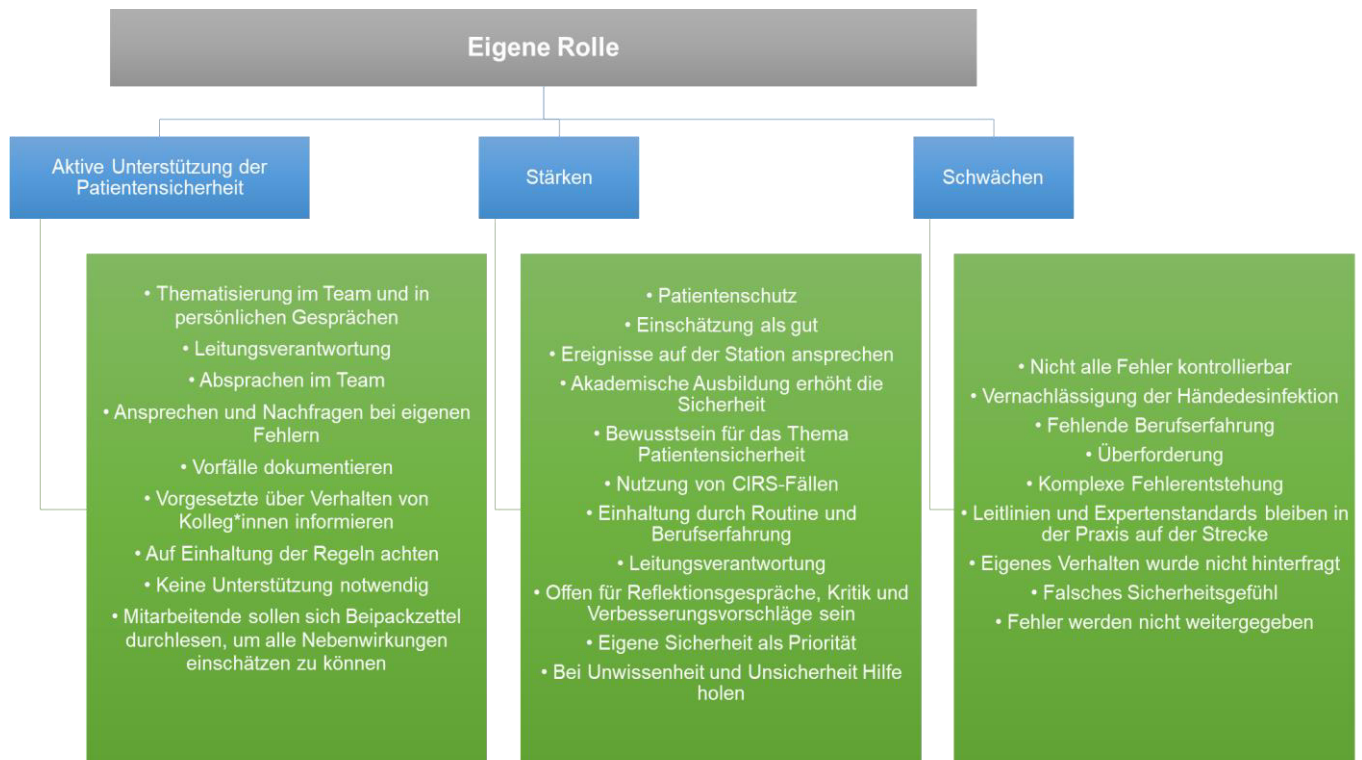


Abbildung 7: Wissen über sicherheitsrelevantes Verhalten



Abbildung 8: Verbesserungen



4 Fazit und Ausblick für die zukünftige Forschung

Im Projekt SPOHC wurde mit einer schriftlichen Befragung die Safety Performance von Ärzt*innen, Pflegekräfte und Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege gemessen und die Einstellungen der Studienteilnehmenden mit Hilfe von Experteninterviews erhoben.

Resümierend lässt sich festhalten, dass über die Hälfte aller Studienteilnehmenden „Expertenwissen“ in Bezug auf die Safety Performance haben. Zudem konnten durch die Experteninterviews Aspekte herausgearbeitet werden, die die Safety Performance beeinflussen. Hierzu gehören unter anderem die persönliche Einstellung zum Thema Patientensicherheit, das Wahrnehmen von Weiter- und Fortbildungen, jedoch ebenfalls die Unterstützung durch den Arbeitgeber, eine gut gelebte Sicherheitskultur im Team und ausreichend Zeit und Personal für eine hochwertige pflegerische Versorgung der Patient*innen.

Diese Ergebnisse geben erste Hinweise auf die Situation in der Akutversorgung, wie Gesundheitsfachpersonal sich verhält, wo Stärken und Unsicherheiten im Verhalten wahrgenommen werden. Konkret zu benennen sind Stärken im Bereich der Infektionsprävention und Prophylaxe und in der Motivation sich mit Sicherheitsaspekten zu beschäftigen, Wissen dazu aufzubauen und anzuwenden. Unsicherheiten zeigten sich hingegen in Bereichen der Patientenidentifikation und Kommunikation und in der Sicherheitspartizipation.

Es werden weitere Studien benötigt, um die Aussagekraft des entwickelten Messinstruments zu überprüfen. Die selbsteingeschätzte Safety Performance sollte in Verbindung mit tatsächlich gezeigtem Verhalten im Versorgungsalltag untersucht werden. Darüber hinaus können Studien in verschiedenen Settings und bei anderen Berufsgruppen weitere Erkenntnisse liefern.

5 Praktische Implikationen

Das Projekt SPOHC trägt zu einem besseren Verständnis der Komplexität des sicherheitsrelevanten Verhaltens bei. Die Ergebnisse können als Grundlage für die Entwicklung von Trainings zur Verbesserung der Patientensicherheit dienen und somit einen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung leisten.

6 Danksagung

Das Institut für Patientensicherheit möchte sich herzlich bei allen teilnehmenden Krankenhäusern, Kliniken, Teams und Mitarbeitenden für die Unterstützung und Teilnahme am Projekt SPOHC bedanken.

Literaturverzeichnis

Brasaitė, Indrė; Kaunonen, Marja; Martinkėnas, Arvydas; Mockienė, Vida; Suominen, Tarja (2016): Health care professionals' skills regarding patient safety. In: *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 52 (4), S. 250–256. DOI: 10.1016/j.medici.2016.05.004.

Fuß, Susanne; Karbach, Ute (2014): Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen, Stuttgart: Budrich; UTB (utb-studi-e-book, 4185). Online verfügbar unter <http://www.utb-studi-e-book.de/9783838541853>.

Griffin, Mark A.; Neal, Andrew (2000): Perceptions of Safety at Work: A Framework for Linking Safety Climate to Safety Performance, Knowledge, and Motivation. In: *Journal of occupational health psychology* 5 (3), S. 347–358, zuletzt geprüft am 09.11.2018.

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783407293930.

Muck, Peter M. (2013): Entwicklung von Situational Judgment Tests. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* 57 (4), S. 185–205. DOI: 10.1026/0932-4089/a000125.

Oostrom, Janneke K.; De Soete, Britt; Lievens, Filip (2015): Situational judgment testing: A review and some new developments., zuletzt geprüft am 29.11.2018.

Patterson, Fiona; Zibarras, Lara; Ashworth, Vicki (2016): Situational judgement tests in medical education and training. Research, theory and practice: AMEE Guide No. 100. In: *Medical teacher* 38 (1), S. 3–17. DOI: 10.3109/0142159X.2015.1072619.

Impressum

Herausgeber

Universitätsklinikum Bonn
Institut für Patientensicherheit (IfPS)
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn
www.ifpsbonn.de

Urheber- und Nutzungsrechte

Dieser Abschlussbericht ist urheberrechtlich geschützt und darf in keiner Weise – weder in der Gestaltung noch im Text – verändert werden. Eine kommerzielle Nutzung ist ausgeschlossen.

Zitation

Institut für Patientensicherheit (Hrsg) 2020: „Safety Performance of Healthcare Professionals – SPOHC. Abschlussbericht“, Universitätsklinikum Bonn, Bonn.