

# Patientsicherheit verwirklichen: die kritische Rolle der Sicherheitskultur

Österreichische Plattform Patientensicherheit  
Tagung  
"Sicherheitskultur auf allen Ebenen"

Wien, 14.11.2019

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe  
Universität Köln

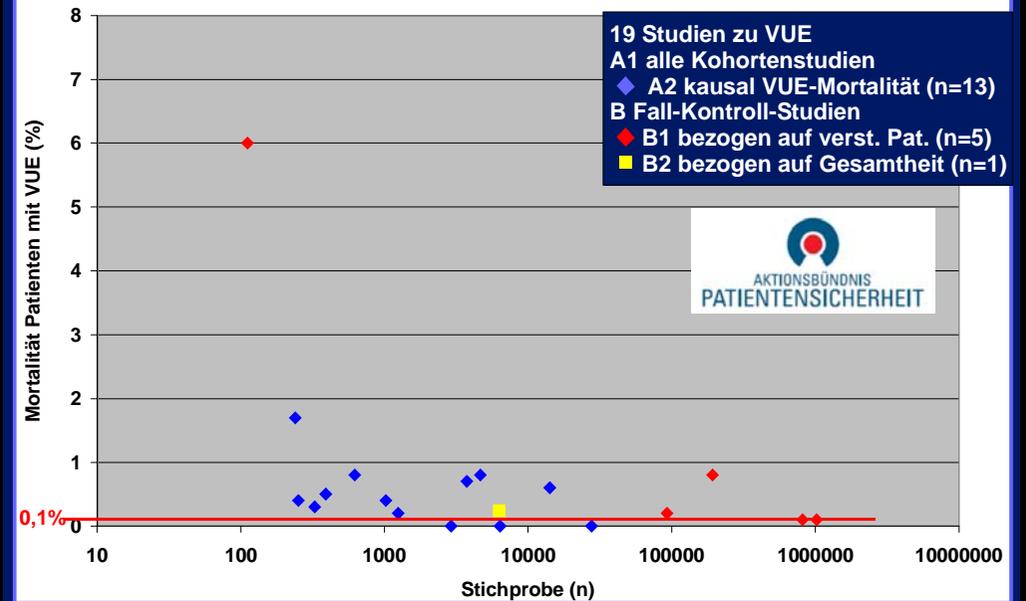
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

pdf-Version unter  
matthias.schrappe.com

Agenda Patienten-  
sicherheit 2007

## Mortalität: Studien zu VUE

00qm/rmaps/mort.cdr



00dias/standard/div/grafik.cdr



Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (eds.):  
Lehrbuch Versorgungsforschung, 2. Auflage.  
Schattauer Verlag, Stuttgart 2017



Schrappe M: Qualität 2030 – die umfassende Strategie  
für das Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche  
Verlagsgesellschaft, Berlin, 2015



Schrappe M: APS-Weißbuch Patientensicherheit –  
Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken,  
gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn,  
Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-  
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018

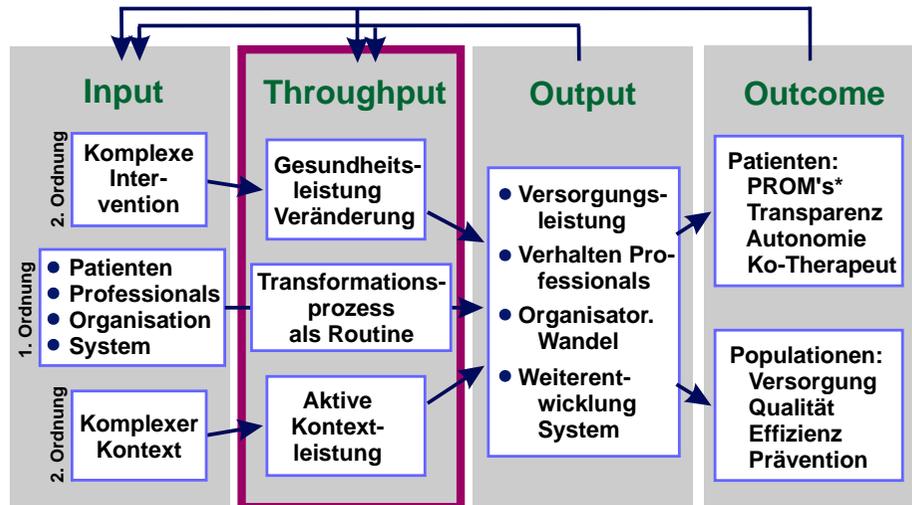
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

## Definition Patientensicherheit

Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen **Zustand** aufweisen, in dem Unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. über die **Eigenschaft** verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und
3. ihre **Innovationskompetenz** in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen in der Lage sind.

# Throughput-Modell: Weiterentwicklung



Schrappe, M. Pfaff, H.: HSR Faces New Challenges. Das Gesundheitswesen 78, 2016, 689

Prof. Dr. M. Schrappe

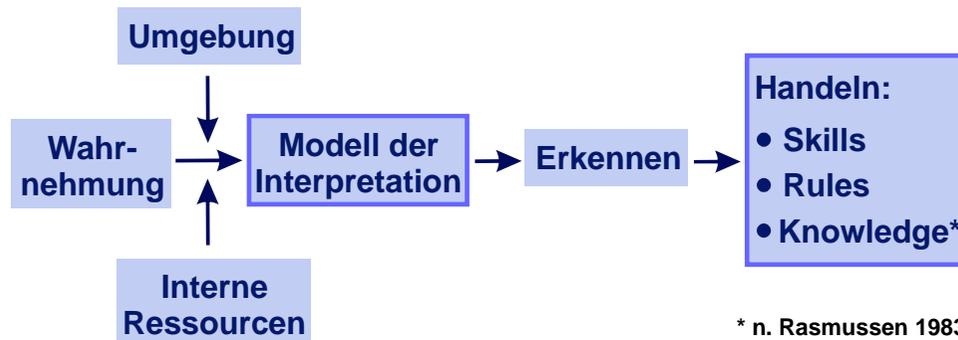
\*Patient Reported Outcome Measures

# 6 Zugänge ("Schulen")

- ➔ Patienten-orientierter Zugang
- ➔ Werte-orientierter Zugang
- ➔ Prozess-bezogener Zugang ("Fehlerkette")
- ➔ **Verhaltenswissenschaftliche Schulen (Kognition)**
- ➔ Organisationstheoretischer Zugang
- ➔ System- und komplexitätstheoretische Schulen

Prof. Dr. M. Schrappe

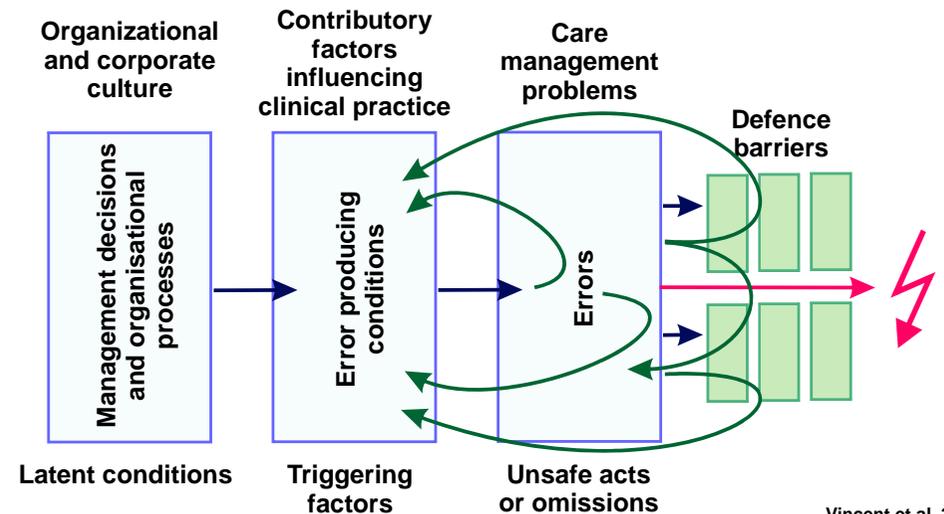
# Cognition: einfaches Modell



\* n. Rasmussen 1983

Prof. Dr. M. Schrappe

# Unsicherer Prozess



Prof. Dr. M. Schrappe

Vincent et al. 2000, Patel et al. 2015

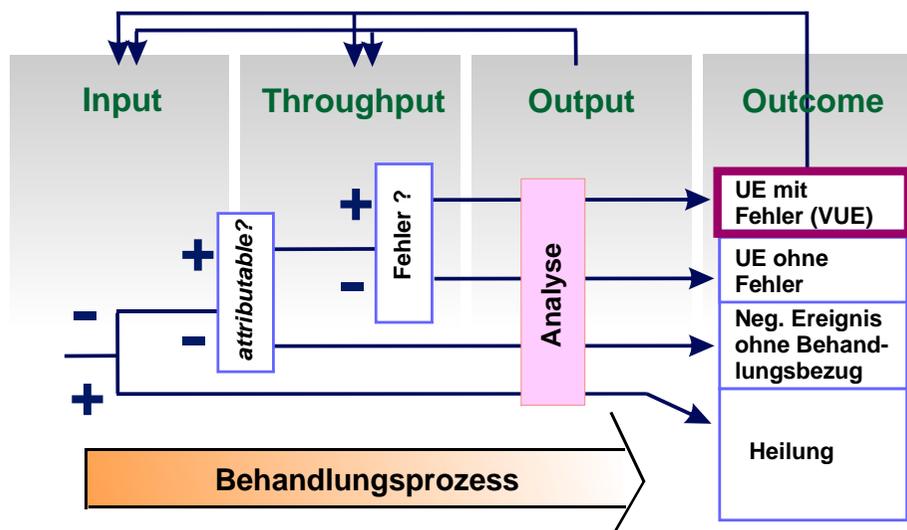
## 6 Zugänge ("Schulen")

- Patienten-orientierter Zugang
- Werte-orientierter Zugang
- Prozess-bezogener Zugang ("Fehlerkette")
- Verhaltenswissenschaftliche Schulen (Kognition)
- Organisationstheoretischer Zugang
- System- und komplexitätstheoretische Schulen

## Organisationales Lernen

- Intrinsische Unsicherheit
- Innovations-Paradox
- Persistenz der apersonalen Regelgebundenheit
- Problematik: Feedback

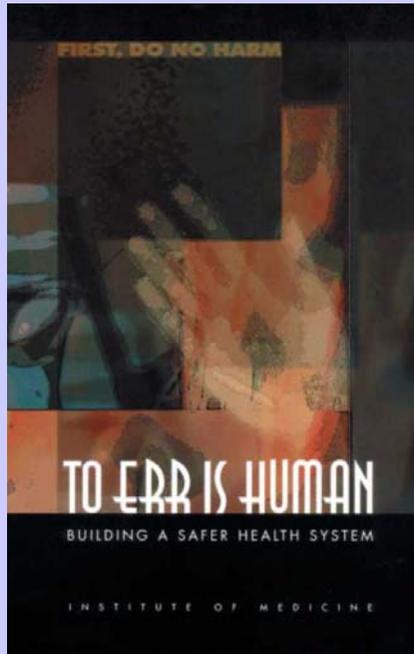
## Throughput #2: Anwendung auf Safety



## APS-Weissbuch Patientensicherheit

- Konzept und Definition
- Messmethodik
- Komplexe Mehrfach-Interventionen





## Sicherheit: Entwicklung des Begriffes

- ➔ Technische Phase
- ➔ *Period of human error*
- ➔ Soziotechnischer Zugang
- ➔ Organisationskultur

modif. n. Wiegmann et al. 2002

Prof. Dr. M. Schrappe

## Eine Krise wie keine zuvor für Boeing

Die Amerikaner müssen nicht zum ersten Mal Flugzeuge am Boden lassen. Aber die 737 Max ist nach den Abstürzen ein besonderer Fall – auch was den finanziellen Schaden betrifft.

lid./tko. NEW YORK/FRANKFURT, 14. März. Boeing hat Erfahrung mit Flugverboten. Anfang 2013 verhängte die amerikanische Flugaufsichtsbehörde FAA einen Betriebsstopp für die Modellreihe 787. Grund dafür waren mehrere Störfälle, bei denen es zu Bränden und starker Rauchentwicklung durch Lithium-Ionen-Batterien in den auch als „Dreamliner“ bekannten Flugzeugen gekommen war. Nach der Entscheidung der Amerikaner wurden die Jets auch in anderen Ländern der Welt aus dem Verkehr gezogen. Zu diesem Zeitpunkt waren insgesamt 50 Maschinen des Typs im Einsatz. Boeing überarbeitete das



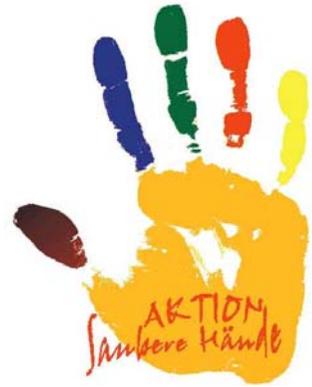
## Patientensicherheitskultur: Dissonanzen

? Externe Systemfaktoren

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

## Begriff der Kultur

- ➔ Heute mal Kultur ...
- ➔ Fremde Kultur
- ➔ Der hat keine Kultur !
- ➔ Kulturbeutel
- ➔ kultivieren
- ➔ "Unsere" Kultur



## Organisationskultur: Begriff

„*Culture as the organization's personality.*”

Cox und Flin 1998

„*This is how we do things around here.*“

Bright und Perkins 1997, S. 13

## Patientensicherheitskultur: Dissonanzen

- ? Externe Systemfaktoren
- ? Homogenität od. Heterogenität

## Sicherheitskultur: 2 Ursprünge

### ➔ Organisationstheorie

- Sicherheit als Managementaufgabe
- *Human Resources*: Organisationskultur
- Organisationssoziologische Vergleiche

### ➔ Kognitionswissenschaften

- Betonung durch Tschernobyl
- Arbeits- und Prozesssicherheit
- *Human Factors* und *Crew Ressource Management*

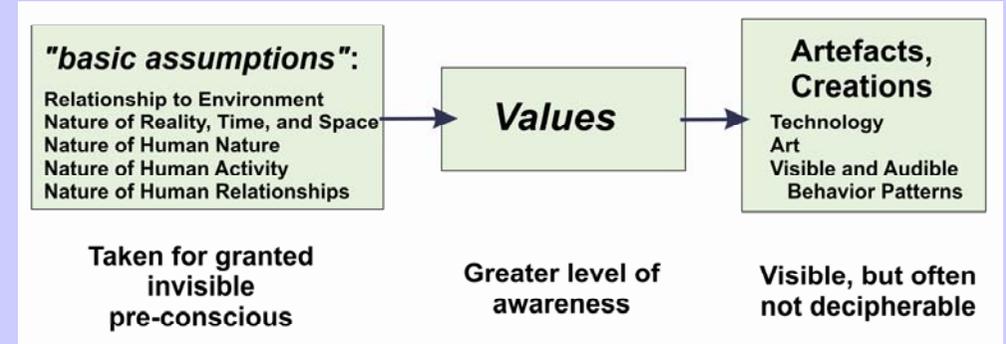
## Sicherheitskultur

### ➔ Definition

- ... jener gemeinsame Wissens-, Werte- und Symbolvorrat, der die Kapazität der Organisation erhöht, die Patientensicherheit zu verbessern.
- ... *is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organizations's health and safety management.*

Pfaff et al. 2009,  
Health & Safety Commission 1993

Prof. Dr. M. Schrappe

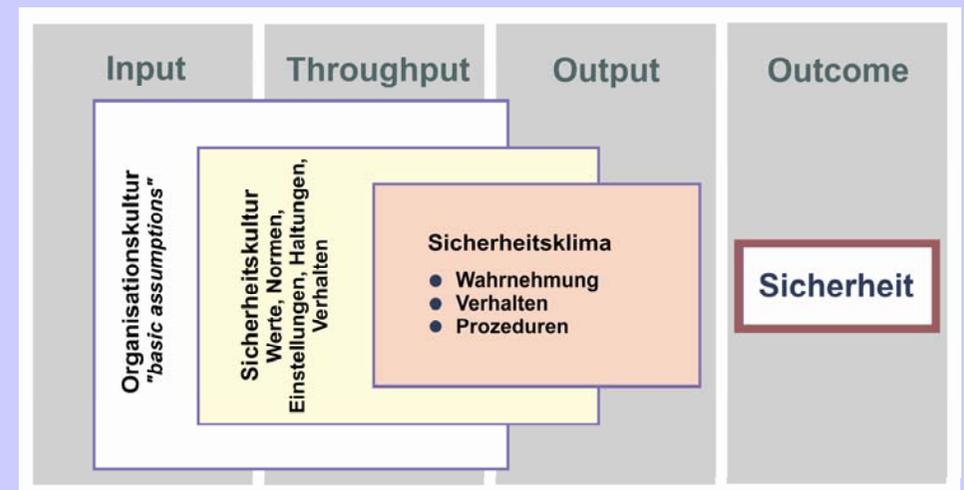


SCHEIN, E.: Organizational Culture – A Dynamic Model.  
Massachusetts School of Technology, Working Paper, Nr. 1412-83

## Patientensicherheitskultur: Dissonanzen

- ? Externe Systemfaktoren
- ? Homogenität od. Heterogenität
- ? Ist Sicherheitskultur "sichtbar"

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe



## Achieving a safe culture: theory and practice

JAMES REASON

Department of Psychology, University of Manchester, Manchester M13 9PL, UK

*Keywords:* Safety culture; Accidents; Organizational factors; Human error.

This paper discusses four topics relating to safety culture, three theoretical and one practical. The first considers why it is that an unsafe culture is more likely to be involved in the causation of organizational rather than individual accidents. It is the pervasive nature of culture that makes it uniquely suitable for creating and sustaining the co-linear gaps in defences-in-depth through which an accident trajectory has to pass. The second topic relates to pathological adaptations, and discusses two examples: the Royal Navy of the mid-nineteenth century and the Chernobyl reactor complex. The third issue deals with recurrent accident patterns and considers the role of cultural drivers in creating typical accidents. The final topic is concerned with the practical question of whether a safety culture can be engineered. It is argued that a safe culture is an informed culture and this, in turn, depends upon creating an effective reporting culture that is underpinned by a just culture in which the line between acceptable and unacceptable behaviour is clearly drawn and understood.

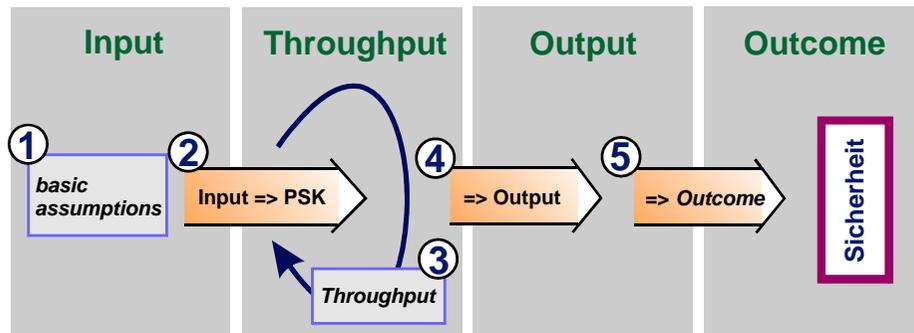
Prof. Dr. M. Schrappe

## Patientensicherheitskultur: Dissonanzen

- ? Externe Systemfaktoren
- ? Homogenität od. Heterogenität
- ? Ist Sicherheitskultur "sichtbar"
- ? Ist Sicherheitskultur zu managen

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

## Konzept Sicherheitskultur



PSK = Patientensicherheitskultur

Prof. Dr. M. Schrappe

## Patientensicherheitskultur: Dissonanzen

- ? Externe Systemfaktoren
- ? Homogenität od. Heterogenität
- ? Ist Sicherheitskultur "sichtbar"
- ? Ist Sicherheitskultur zu managen
- ? Übertragbarkeit auf Gesundheitsversorgung

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

## Definition von Patientensicherheitskultur

*“an integrated pattern of individual and organisational behaviour, based upon shared beliefs and values that continuously seeks to minimize patient harm, which may result from the process of care delivery”.*

(Hoffmann et al. 2011)

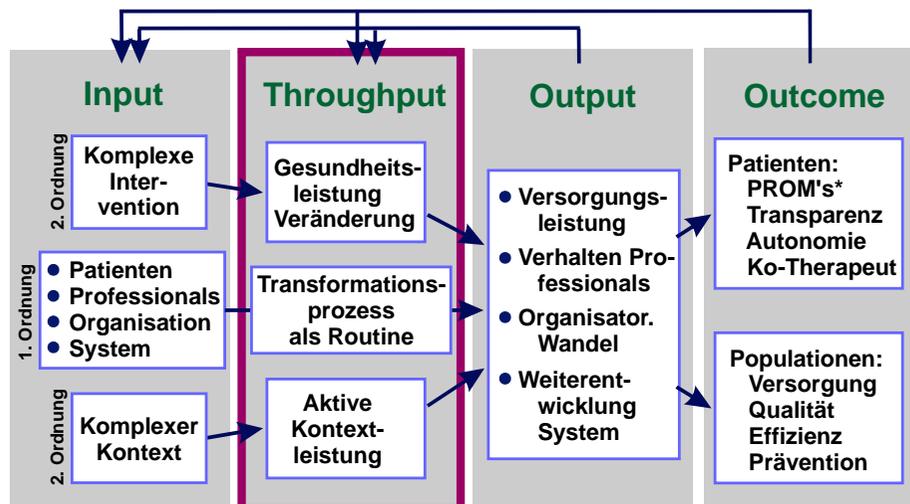
## Basic Assumptions

Qualitative Befragungsstudien - vier ethnographische Studien identifizieren folgende Grundannahmen:

- die Führung der Organisation muss Sicherheit aktiv fördern,
- Kommunikation und *team work* muss optimal sein,
- Vorschriften müssen befolgt werden,
- Autorität und Verantwortlichkeit müssen adäquat geregelt sein und
- patientensicherheitsrelevante Ereignisse sollen berichtet werden.

Dixon-Woods 2010

## Throughput-Modell: Weiterentwicklung



Schrappe, M. Pfaff, H.: HSR Faces New Challenges. Das Gesundheitswesen 78, 2016, 689

Prof. Dr. M. Schrappe

\*Patient Reported Outcome Measures

## Throughput-Phase

1. Organisationslernen (z.B. Reporting)
2. externe Einflüsse als wichtige Kontextfaktoren
3. interne Kontextfaktoren insbesondere durch Heterogenität
  - Heterogenität über die organisatorischen Hierarchien
  - Heterogenität über die Fachdisziplinen
  - Heterogenität über die Berufsgruppen
4. *Patient Reported Outcomes*
5. Messung als komplexe Intervention

## Kapitel 5: Handlungskonzept und prioritäre Themen

### 5.4. Stärkung des *Throughput*

- 5.4.1. Einführung
- 5.4.2. Experten vor Ort
- 5.4.3. Teams
- 5.4.4. PSO
- 5.4.5. Führung
- 5.4.6. Verantwortung
- 5.4.7. Sicherheitskultur
- 5.4.8. Anreize

APS-Weißbuch 2018

## Definition Patientensicherheit

Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß, in dem handelnde Personen, Berufsgruppen, Teams, Organisationen, Verbände und das Gesundheitssystem

1. einen **Zustand** aufweisen, in dem Unerwünschte Ereignisse selten auftreten, Sicherheitsverhalten gefördert wird und Risiken beherrscht werden,
2. über die **Eigenschaft** verfügen, Sicherheit als erstrebenswertes Ziel zu erkennen und realistische Optionen zur Verbesserung umzusetzen, und
3. ihre **Innovationskompetenz** in den Dienst der Verwirklichung von Sicherheit zu stellen in der Lage sind.

## CLABSI\*: Bundle-Intervention as CMCI\*\*

### ➔ Five evidence-based procedures

- Hand washing
- Full-barrier precautions during insertion
- Cleaning skin with chlorhexidine
- Avoiding femoral site
- Removing unnecessary catheters

### ➔ Team leader

### ➔ Daily goals sheet: clinician - to - clinician communication

### ➔ Intervention to reduce ventilator-ass. pneumonia

### ➔ Comprehensive unit-based safety program: safety culture

### ➔ Direct, short-time feedback of rates

00inf\_gmivaskathporonovost06.cdr



Pronovost et al.  
NEJM 355, 2006, 2725

\* Central Line Associated Blood Stream Infection  
\*\* Complex MultiComponent Intervention

Prof. Dr. M. Schrappe

vfmcmci\_def.cdr

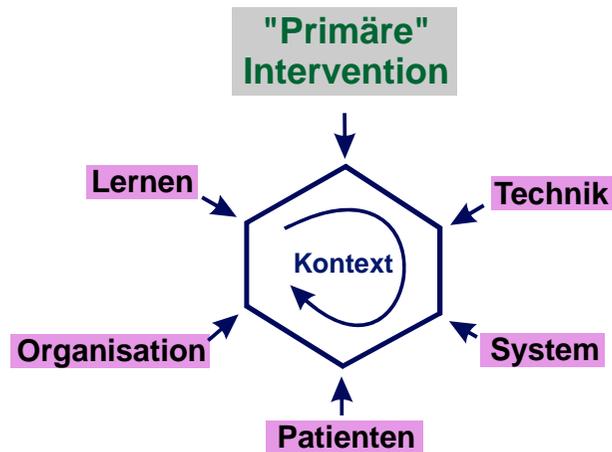
## Complex Multicomponent Interventions (CMCIs)

Eine komplexe Mehrfachintervention adressiert Organisationen oder Systeme, ist aus mehreren Bestandteilen zusammengesetzt, die die Eigenschaften eines komplexen Systems zeigen (Überadditivität der Wirkung, Sensitivität gegenüber Anfangsfehlern), und trifft im Sinne der **Doppelten Komplexität** auf einen komplexen, aktiven Kontext, so dass mit dem Auftreten paradoxer oder in ihrem Ausmaß unerwarteter Wirkungen gerechnet werden muss (**Resonanz und Emergenz**). Bei der Evaluation ihrer Wirkung müssen Interaktionen zwischen Beobachtungsvorgang und Intervention, Gegenstand und Kontext beachtet werden.

Schrappe, M., in APS-Weißbuch  
Patientensicherheit, 2018, S.468

Prof. Dr. M. Schrappe

## Komplexe Mehrfachinterventionen\*



\*Complex MultiComponent Interventions (CMCIs)  
s. Berwick 2008, s. Schrappe und Pfaff 2017  
Prof. Dr. M. Schrappe

### Sieben Empfehlungen (1)

1. Die Erfassung der Patientensicherheitskultur verspricht **große Chancen** für die Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung. **Die notwendigen Instrumente sind vorhanden** und sollten bei differenziertem Einsatz gut verwertbare Ergebnisse erbringen
2. Breit angelegte Erhebungen zur Patientensicherheitskultur sollten auf der Basis einer Problemanalyse und **zielorientiert** geplant, durchgeführt und bewertet werden. Angesichts der umfassenden Kontextbezogenheit des Konstruktes Patientensicherheitskultur erscheinen Erhebungen zur „Sicherheitskultur an sich“ nicht als probates Mittel, Patientensicherheit zu fördern.
3. **Patientenangaben** sollten direkt in die Erhebungsinstrumente integriert werden. Auch wenn dieses Vorgehen heute noch als sehr befremdlich gelten mag, es wird in Zukunft zum Standard gehören.
4. Besondere Beachtung muss den **Throughput-Faktoren** (insbes. Stärkung der Teams) und der **Innovationsfähigkeit** (insbes. Einsatz des CMCI-Konzeptes) gelten.

### Sieben Empfehlungen (2)

5. Wegen der starken **Entwicklungsdynamik** in der Gesundheitsversorgung ist die gesonderte Erfassung der organisatorischen und strukturellen Differenzierung im Sinne externer Strukturvariablen notwendig.
6. Von entscheidender Wichtigkeit ist die Berücksichtigung der **organisatorischen bzw. kulturellen Heterogenität**. Neben der hierarchischen Heterogenität bzw. der Nähe zum Versorgungsgeschehen und der fachdisziplinbezogenen Heterogenität sind hier besonders die professionellen Subkulturen zu berücksichtigen. Die Erhebungsinstrumente müssen spezifisch auf die unterschiedlichen Gruppen eingehen (insbesondere Ärzte und Apotheker in Vergleich zu den anderen Gesundheitsberufen).
7. Eine Erhebung der Patientensicherheitskultur stellt eine **komplexe Intervention** dar, die das Umfeld und die Intervention selbst verändert. Die Kombination von quantitativ ausgerichteten Instrumenten mit qualitativen Instrumenten wie dem MaPSaF ist daher sinnvoll, um diesen Effekt abschätzen zu können.

## Schluß

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !**

Download pdf-Version unter  
[www.matthias.schrappe.com](http://www.matthias.schrappe.com)