

Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege

Studie zur Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege und Entwicklung von
Arbeitsmaterial zur Stärkung der Sicherheitskultur in Pflegediensten

Projektbericht

Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), September 2022

<https://doi.org/10.71059/KDTS6823>

Sandra Garay

Dr. Mathias Haeger

Laura Kühnlein

Nadja Möhr

Daniela Sulmann

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|---------|---|----|
| 1 | Einleitung..... | 5 |
| 1.1 | Definitionen | 7 |
| 1.2 | Ziele des Projekts | 7 |
| 2 | Forschungsfragen | 8 |
| 3 | Methodik | 8 |
| 3.1 | Systematische Literaturrecherche | 8 |
| 3.1.1 | Informationsquellen | 8 |
| 3.1.2 | Festlegung von Fokus und Endpunkten | 9 |
| 3.1.3 | Suchstrategie | 9 |
| 3.1.4 | Ein- und Ausschlusskriterien | 10 |
| 3.1.5 | Screening | 11 |
| 3.1.6 | Datenextraktion..... | 11 |
| 3.1.7 | Datensynthese..... | 11 |
| 3.2 | Leitfadengestützte Interviews | 11 |
| 3.2.1 | Feldzugang und Sampling..... | 12 |
| 3.2.2 | Erhebungsinstrumente..... | 12 |
| 3.2.3 | Auswertung | 13 |
| 3.3 | Entwicklung von Arbeitsmaterial..... | 14 |
| 4 | Ergebnisse..... | 14 |
| 4.1 | Scoping Review | 14 |
| 4.1.1 | Charakteristika der eingeschlossenen Literatur | 16 |
| 4.1.2 | Aufbereitung und Zusammenfassung der Daten | 17 |
| 4.1.2.1 | Literatur zur Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting..... | 18 |
| 4.1.2.2 | Literatur zur Pflegesicherheit im ambulanten Pflege-Setting..... | 22 |
| 4.1.2.3 | Interventionsstudien zur Stärkung der Sicherheitskultur | 29 |
| 4.1.2.4 | Interventionsstudien zu spezifischen Parametern der Pflegesicherheit..... | 29 |
| 4.2 | Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews | 40 |
| 4.2.1 | Begriff Sicherheitskultur in der Pflege..... | 40 |
| 4.2.2 | Bedeutung von Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting..... | 41 |
| 4.2.3 | Sicherheitsrelevante Handlungsfelder mit Verbesserungspotenzial | 42 |
| 4.2.4 | Modelle, Theorien und Strategien zur Stärkung von Sicherheitskultur | 49 |
| 4.2.5 | Praxisbewährte Maßnahmen | 50 |
| 4.2.6 | Weitere vorgeschlagene Maßnahmen | 53 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.2.7 | Implementierung von Sicherheitskultur..... | 56 |
| 4.2.8 | Potenzielle Schwierigkeiten bei der Implementierung | 58 |
| 4.2.9 | Ansätze zum Umgang mit Schwierigkeiten | 58 |
| 4.3 | Arbeitsmaterial zur Sicherheitskultur | 59 |
| 5 | Einordnung der Gesamtergebnisse | 60 |
| 5.1 | Literaturbewertung | 61 |
| 5.2 | Interviewbewertung | 62 |
| 5.3 | Diskussion | 63 |
| 5.4 | Handlungsempfehlungen..... | 64 |
| 5.5 | Limitationen | 65 |
| 5.6 | Fazit und Ausblick | 66 |
| 6 | Literaturverzeichnis..... | 67 |
| 7 | Anhang..... | 79 |
| | Anhang A: Interviewleitfäden | 79 |
| | Anhang B: Sozialdatenbogen..... | 85 |
| | Anhang C: Postscript | 86 |
| | Anhang D: Arbeitsmaterial | 88 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Übersicht zu den Informationsquellen der Literatursuche | 9 |
| Tabelle 2: Suchbegriffe am Beispiel der Datenbankrecherche in MEDLINE | 10 |
| Tabelle 3: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien | 10 |
| Tabelle 4: Inhalte der Interviewleitfäden | 12 |
| Tabelle 5: Identifizierte Literatur zur Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting | 20 |
| Tabelle 6: Identifizierte Literatur zu Themen der Pflegesicherheit im ambulanten Pflege-Setting | 24 |
| Tabelle 7: Interventionsstudien zu spezifischen Parametern der Pflegesicherheit | 31 |
| Tabelle 8: Handlungsfeld Kultur und Klima des Pflegediensts | 43 |
| Tabelle 9: Handlungsfeld interne Prozesse | 44 |
| Tabelle 10: Handlungsfeld Prävention | 45 |
| Tabelle 11: Handlungsfeld Risiko- und Fehlerbereiche | 46 |
| Tabelle 12: Handlungsfeld Gesundheitssystem | 49 |
| Tabelle 13: Bewährte normative Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur | 50 |
| Tabelle 14: Bewährte personelle Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur | 51 |
| Tabelle 15: Bewährte strukturell-prozessuale Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur | 52 |
| Tabelle 16: Vorgeschlagene strukturell-prozessuale Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur | 55 |
| Tabelle 17: Vorgeschlagene politisch-strukturelle Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur .. | 56 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Flowchart Ein- und Ausschluss | 15 |
| Abbildung 2: Eingeschlossene Artikel nach Ländern, in denen sie durchgeführt wurden | 16 |
| Abbildung 3: Eingeschlossene Artikel nach Veröffentlichungsjahr | 16 |
| Abbildung 4: Eingeschlossene Artikel nach Studiendesign | 17 |
| Abbildung 5: Klassifizierung der eingeschlossenen Artikel | 17 |

1 Einleitung

Die Entwicklung und Umsetzung wirksamer präventiver Konzepte und Maßnahmen in Pflege-Settings sind individuell und gesellschaftlich von erheblicher Bedeutung: Bereits 1998 verwies die WHO in ihrem Weltgesundheitsbericht darauf, dass der in den nächsten Jahrzehnten demografisch zunehmende medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf gesellschaftlich (und ökonomisch) nur bewältigt werden kann, wenn mittel- und langfristig in wirksame Prävention investiert wird (World Health Organization (WHO), 1998). Präventive Konzepte und Maßnahmen in Pflege-Settings zielen darauf ab, Inzidenz, Dauer und Schwere von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu reduzieren und somit Selbständigkeit und Wohlbefinden im Alter möglichst lange zu erhalten beziehungsweise Hilfebedarfe möglichst gering zu halten (Schaeffer & Horn, 2018; Walter, 2001). Dazu gehört unter anderem auch, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der professionellen Pflege zu verringern und sie vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren (Lachs & Pillemer, 2015).

Gesundheitliche Risiken, aber auch erhebliche präventive Potenziale bestehen für häuslich-ambulant versorgte pflegebedürftige Menschen bei einer Reihe sicherheitssensibler Aufgaben- und Leistungsbereiche der professionellen Pflege. Dazu gehören etwa Mobilität, Medikation, Hygiene, Inkontinenzversorgung, Ernährung, Kognition und soziale Teilhabe, aber auch der Schutz vor Vernachlässigung und anderen Gewaltvorkommnissen (Braeseke et al., 2020; Büscher, 2022; Conti et al., 2022; GKV-Spitzenverband, 2021; Görres et al., 2018; Schaeffer & Horn, 2018; Strube-Lahmann et al., 2018; Yon et al., 2018).

Im ambulanten Pflege-Setting haben entsprechende Gesundheitsrisiken verschiedene Ursachen: zum Beispiel Unachtsamkeit und Zeitdruck, fehlendes Wissen, unzureichende Kommunikation der an der Versorgung Beteiligten sowie unklare Handlungs- und Entscheidungsprozesse oder räumliche und technische Hindernisse (Absulem & Hardin, 2011; Canadian Patient Safety Institute (CPSI), 2013; Görres et al., 2018; Hecker, 2021; Lang et al., 2008; Masotti et al., 2010; Smith et al., 2016). Die parallele Beteiligung mehrerer Akteure und die oftmals komplexe Versorgungssituation erhöhen die Anfälligkeit für das Auftreten solcher Risiken im ambulanten Pflege-Setting zusätzlich (Canadian Patient Safety Institute (CPSI), 2013; Czakert et al., 2018; Görres et al., 2018; Hignett et al., 2016; Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), 2018).

Relevant könnte zudem sein, dass der Einfluss von falscher oder unterlassener Pflege auf die Gesundheit – im Gegensatz zu vielen medizinischen Leistungen – oftmals nicht unmittelbar sichtbar oder nachvollziehbar ist (Aiken et al., 2014; Ball, 2020; Isfort et al., 2010). Dementsprechend erhält der Beitrag professioneller Pflege zur gesundheitlichen Sicherheit pflegebedürftiger Menschen bisher vergleichsweise wenig fachliche und politische Aufmerksamkeit (Blumenberg & Büscher, 2022).

Zur Verringerung von gesundheitlichen Risiken in der professionellen gesundheitlichen Versorgung spielt die Sicherheitskultur in Organisationen eine tragende Rolle (Morello et al., 2013; Pfaff et al., 2009):

2001 konstatierte das Institute of Medicine (IOM), dass es für ein sichereres Gesundheitssystem die Entwicklung einer gelebten Sicherheitskultur mit einem systemorientierten Fehlerverständnis bedarf, bei welchem nicht einzelne Mitarbeitende, sondern Strukturen und Prozesse im Mittelpunkt der Analyse negativer Vorkommnisse stehen (Committee on Quality of Health Care in America & Institute of Medicine (IOM), 2001). Was eine solche Kultur ausmacht, sind unter anderem die individuellen und

gruppenbezogenen Einstellungen, Überzeugungen, Werte, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, mit welcher sich die Mitarbeitenden für sicherheitsrelevante Probleme engagieren (American College of Healthcare Executives & IHI/NPSF Lucian Leape Institute, 2017; Center for Patient Safety, 2021; Guldenmund, 2000; Pfaff et al., 2009). Weitere Merkmale einer positiven Sicherheitskultur sind beispielsweise eine offene und respektvolle Kommunikation im Team, ein lernender Umgang mit negativen Ereignissen sowie ein Arbeitsumfeld, in welchem Beschäftigte das Gefühl haben, Sicherheitsbedenken ohne negative Konsequenzen ansprechen zu können (Committee on Quality of Health Care in America & Institute of Medicine (IOM), 2001; Pfaff et al., 2009; World Health Organization (WHO), 2021). Dadurch sollen negative Vorkommnisse nachhaltig präveniert und prozessuale Abläufe der Organisation verbessert werden (Barth & Jonitz, 2022). Gerade Führungskräfte tragen entscheidend dazu bei, sicherheitsspezifische Werte und Normen zu etablieren sowie die Sicherheit pflegebedürftiger Menschen in der Organisation zu priorisieren (Hammer & Manser, 2022; Hecker & Köster-Steinebach, 2022). Die mit einer gelebten Sicherheitskultur einhergehende erhöhte kollektive Achtsamkeit birgt zudem das Potenzial, mögliche Gefährdungen in der professionellen pflegerischen Versorgung frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren (Mistele & Kaufmann, 2022).

In Pflegediensten in Deutschland – die bei knapp 983.000 pflegebedürftigen Personen in die Versorgung involviert sind (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020) – ist das Konzept der Sicherheitskultur im oben genannten Sinne jedoch wenig bekannt (Görres et al., 2018; Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020). Demnach werden negative Ereignisse vielerorts noch nicht als Lernmöglichkeit für etwaige Veränderungen betrachtet (Eggert et al., 2020; Görres et al., 2018; Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), 2018).

Gesetzliche Anforderungen zur Implementierung von Sicherheitskultur bestehen nicht. Mit den Vereinbarungen der Konzierten Aktion Pflege der Bundesregierung gab es zuletzt politische Forderungen, eine „[...] moderne und wertschätzende Fehler- und Lernkultur [...]“ (Die Bundesregierung, 2020) in allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu etablieren. Während Krankenhäuser bereits seit 2014 zumindest zentrale Fehlermeldesysteme für sicherheitsgefährdende Ereignisse nach § 135 a SGB V vorhalten müssen, ist ein entsprechendes System für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erst noch zu entwickeln. Auf politischer und wissenschaftlicher Ebene herrscht Konsens darüber, dass die Einführung von Instrumenten wie Berichts- und Lernsystemen (Critical Incident Reporting System, CIRS) nur auf Grundlage eines Kulturwandels hin zu einer positiven Sicherheitskultur in den Einrichtungen sinnvoll voranzubringen ist (Barth & Jonitz, 2022; Die Bundesregierung, 2020; Gausmann & Härtel, 2022; Hecker & Köster-Steinebach, 2022; World Health Organization (WHO), 2021).

Um ein Bewusstsein für die Bedeutung und Chancen von Sicherheitskultur in der Pflege zu schaffen, bedarf es Sensibilisierung, Aufklärung und praktischer Kompetenzentwicklung bei den an der Pflege Beteiligten (Görres et al., 2018). Dafür stehen jedoch bisher kaum Instrumente oder Methoden zur Verfügung, die von Pflegeorganisationen zu diesem Zweck genutzt werden könnten. Deshalb will das ZQP mit seiner Arbeit dazu beitragen, ambulante Dienste mit entsprechendem Material zu unterstützen.

1.1 Definitionen

Als Verständnisgrundlage werden im Folgenden wesentliche Begriffe im Kontext Sicherheitskultur skizziert.

Sicherheitskultur in der Pflege ist die Art und Weise, wie sich die Mitarbeitenden einer Organisation für sicherheitskritische Probleme engagieren. Sie ergibt sich aus den in der Organisation vorherrschenden Werten, Normen, Haltungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen (Cooper, 2000; Feng et al., 2008; Guldenmund, 2000; Pfaff et al., 2009; Zhang et al., 2002). Sicherheitskultur ist ein Teil der übergeordneten Organisationskultur (Pfaff et al., 2009). Das gilt auch für die Sicherheitskultur in der Pflege, in deren Fokus die Pflegesicherheit steht. Neben dem Begriff der Sicherheitskultur gibt es den des Sicherheitsklimas. Das Sicherheitsklima wird dabei als quantifizierbarer Surrogatparameter (Momentaufnahme) der sich eher träge verändernden Sicherheitskultur verstanden, der beispielsweise mithilfe von Befragungen gemessen werden kann (Cooper, 2000; Gershon et al., 2012; Guldenmund, 2000). In diesem Bericht wird ausschließlich Sicherheitskultur für beide Begriffe verwendet.

Pflegesicherheit ist das Ergebnis aller Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, pflegebedürftige Menschen bzw. Patientinnen und Patienten vor gesundheitlichen Schäden, die durch die Pflege entstehen können, zu schützen.

Kritische Ereignisse sind alle Vorkommnisse im Rahmen der professionellen Pflege, die zu einem unerwünschten Ereignis führen können. Dazu gehören auch Fehler (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), 2005; Schrappe, 2018).

Unerwünschte Ereignisse sind unbeabsichtigte Vorkommnisse, die zu einem gesundheitlichen Schaden führen und nicht auf einer Erkrankung beruhen. Sie können vermeidbar oder unvermeidbar sein (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), 2005; Schrappe, 2018).

Fehler bedeutet, dass ein aus fachlicher Sicht richtiges respektive notwendiges Handeln gar nicht, falsch oder ohne Plan erfolgt. Dies gilt auch, wenn daraus kein Schaden entsteht. Fehler können zu unerwünschten Ereignissen führen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), 2005; Schrappe, 2018).

Zur besseren Lesbarkeit werden in diesem Bericht die Begriffe kritische Ereignisse, unerwünschte Ereignisse und Fehler als negative Ereignisse zusammengefasst.

1.2 Ziele des Projekts

Ziel des von Dezember 2019 bis April 2022 durchgeführten Projekts war es zum einen, mittels eines Scoping Reviews und leitfadengestützten Interviews den Wissensstand über Implikationen und Zusammenhänge bei der Umsetzung sicherheitskulturfördernder Maßnahmen in Pflege-Settings zu verbessern. Hierbei sollte der Fokus insbesondere auf die ambulante Pflege gesetzt werden.

Zum anderen sollte auf Basis des Scoping Reviews und der Interviews – eingegrenzt für das ambulante Pflege-Setting – Arbeitsmaterial zur Stärkung von Sicherheitskultur entwickelt werden, welches beispielsweise im Rahmen der Aus- und Fortbildung professionell Pflegender oder in Qualitätszirkeln einsetzbar ist. Das Material soll genutzt werden können, um in Pflegediensten für Sicherheitskultur zu sensibilisieren sowie Basiswissen und Handlungskompetenzen zur Stärkung der Sicherheitskultur zu vermitteln.

2 Forschungsfragen

Zur Erreichung der Projektziele wurden der Studie folgende leitende Forschungsfragen vorangestellt: Was können ambulante Dienste auf struktureller und prozessualer Ebene tun, um die Sicherheitskultur in ihrer Organisation zu stärken?

Weitere Forschungsfragen dienten der Präzisierung:

- Welche Modelle, Theorien, Instrumente oder Strategien werden für die Implementierung und Umsetzung neuer komplexer Interventionen¹ in Pflegeorganisationen beschrieben?
- Welche konkreten Maßnahmen, Instrumente und Strategien finden national und international bereits Anwendung?
- Welche Empfehlungen gibt es für die Implementierung und Umsetzung solcher Maßnahmen?
- Welche Probleme und Hürden wurden bezüglich der Implementierung und Umsetzung beschrieben?
- Welche Maßnahmen könnten geeignet sein, um den identifizierten Problemen und Hürden bei der Implementierung und Umsetzung zu begegnen?

3 Methodik

Aufgrund der Komplexität des Themenfeldes bei gleichzeitig niedriger wissenschaftlicher Evidenz wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen ein mehrstufiges, zyklisches Vorgehen gewählt. Grundlage bildete eine systematische Literaturrecherche zu Maßnahmen, die die Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege stärken können. Leitfadengestützte qualitative Interviews sollten praktisches Erfahrungswissen von professionell Pflegenden, pflegenden Angehörigen oder Pflegebedürftigen sowie Expertinnen und Experten aus der Forschung zur Sicherheitskultur im Pflege- und Gesundheitsbereich ergänzen. Aus den Ergebnissen der Literaturrecherche ebenso wie aus den Interviews wurden Grundlagen zu Aufbau und Inhalten für das zu entwickelnde Arbeitsmaterial zur Stärkung von Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege abgeleitet.

3.1 Systematische Literaturrecherche

Um eine erste Orientierung zum Stand untersuchter sicherheitskulturfördernder Maßnahmen in der ambulanten Pflege und bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erhalten, wurde ein Scoping Review durchgeführt. Dies bot den Vorteil, Quellen unterschiedlicher Methodik nebeneinander als Ergebnisse darzustellen, ohne ihre Evidenz aufgrund eventuell mangelnder Studiengüte in Frage zu stellen (von Elm et al., 2019). Um den Prozess nachvollziehbar zu gestalten, wurde zunächst ein Protokoll mit den Zielen und angestrebten Methoden konzipiert. Die Literatursuche erfolgte entsprechend dem PRISMA-Statement für Scoping-Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

3.1.1 Informationsquellen

Die Recherche in einschlägigen Literaturdatenbanken, ein vorwärts gerichtetes Zitations-Tracking, eine unsystematische Online-Recherche und eine Handsuche dienten der Identifikation geeigneter Literatur für den Screening-Prozess. Eine Übersicht der Informationsquellen gibt Tabelle 1.

¹ Aus mehreren interdependenten Einzelkomponenten bestehende Interventionen (Mühlhauser et al., 2011).

Tabelle 1: Übersicht zu den Informationsquellen der Literatursuche

| | |
|---|---|
| Datenbankrecherche Mai 2020 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDLINE (via PubMed) ▪ CINAHL (via EBSCOhost) |
| Handsuche in deutschen Fachzeitschriften Mai bis September 2020 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegewissenschaft ▪ Pflege ▪ Pflegezeitschrift ▪ Pflege und Gesellschaft ▪ Die Schwester Der Pfleger ▪ Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ, vor 2015: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen) ▪ Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie |
| unsystematische Recherche März bis September 2020 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Google ▪ Google Scholar |
| vorwärts gerichtetes Zitations-Tracking eingeschlossener Literatur aus Datenbankrecherche und Handsuche Februar 2021 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Google Scholar |

3.1.2 Festlegung von Fokus und Endpunkten

Der Fokus der Studie lag auf Maßnahmen, Strategien und Interventionsansätzen zum Thema Sicherheitskultur und Pflegesicherheit in der ambulanten Pflege. Die Endpunkte wurden zu Beginn nicht genau festgelegt, um die explorative Vorgehensweise des Scoping Reviews nicht einzuschränken.

3.1.3 Suchstrategie

Für die vorläufige Überprüfung der wichtigsten Referenzen kam ein iterativer Prozess zur Anwendung, um wichtige Suchbegriffe für die Datenbankrecherche in CINAHL und MEDLINE zu identifizieren und zu verbessern. Um die Handsuche möglichst optimal zu gestalten, wurde im Juni 2020 eine Bibliothekarin konsultiert, die die Suchstrategie bestätigte und weitere Hinweise für die Handsuche gab.

Die Spezifizierung von Population, Konzept und Kontext für Scoping Reviews (von Elm et al., 2019) wurde um die Dimension des intraorganisationalen Prozesses erweitert. Tabelle 2 zeigt exemplarisch die verwendeten Suchbegriffe und MeSH-Terms² für die Datenbankrecherche in MEDLINE. Die Suchsyntax bestand dabei aus verschiedenen Kombinationen der englischen Begriffe, wobei die Kategorien mit dem Operator AND, die Suchbegriffe mit OR verknüpft wurden. Die Suchstrategie wurde dokumentiert und durch einen Testlauf verfeinert. Für die Handsuche wurden deutsche Suchbegriffe verwendet.

² engl.: Medical Subject Headings; konzeptbasiertes Schlagwortregister zum Katalogisieren von Medienbeständen, kann zum Erstellen von Suchprofilen genutzt werden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), o. J.)

Tabelle 2: Suchbegriffe am Beispiel der Datenbankrecherche in MEDLINE

| Kategorien (AND) | Suchbegriffe (OR) |
|------------------------------------|--|
| Population | nurses, nursing services, quality management officer, outpatients, inpatients |
| Kontext | ambulatory care, outpatient care, home care agencies, home care services, nursing, long-term care, nursing homes, nursing care |
| Konzept | patient safety, safety culture, risk management, quality of health care, safety climate, safety measures, quality challenges, medical errors, nursing error, adverse event |
| intraorganisa- tionaler Prozess | nursing process, intervention development, change management |

3.1.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 3 zeigt einen Überblick der Ein- und Ausschlusskriterien, welche beim Literaturscreening Anwendung fanden.

Tabelle 3: Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien

| | Einschluss | Ausschluss |
|---------------------------|---|---|
| Population | Leitungspersonen von Gesundheitseinrichtungen, Mitarbeitende mit Kontakt zu pflegebedürftigen Personen, Klientinnen/Klienten, Patientinnen/Patienten, Bewohnerinnen/Bewohner ab einem Alter von 18 Jahren | Angehörige, Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten |
| Versorgungssetting | ambulante, stationäre, klinische Pflege | intensiv-, palliativ-, pädiatrische Pflege |
| Zielgrößen | Interventionen, Handlungsanweisungen, Handreichungen, Erfahrungen, Sichtweisen, Evaluationen, Konzepte, Praxisprojekte sowie Maßnahmen zur Implementierung von Patientensicherheit/Pflegesicherheit, Sicherheitskultur und Vermeidung von unerwünschten Ereignissen auf organisatorischer Ebene | Interventionen, Handlungsanweisungen, Handreichungen, Leitlinien, Standards, Erfahrungen, Sichtweisen, Evaluationen, Konzepte, Praxisprojekte, die nicht der Patientensicherheit/Pflegesicherheit, Sicherheitskultur oder Vermeidung von unerwünschten Ereignissen dienen; Literatur mit Fokus auf Einzelthemen/individuelle Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer negativer Vorkommnisse ohne organisatorischen Bezug |
| Veröffentlichungszeitraum | 2000 bis 2020 | Publikationen vor 2000 und mit unklarem Erscheinungsdatum |
| Sprache | Englisch und Deutsch | alle anderen Sprachen |
| Studiendesign | alle | unklare Autorenschaft, unklarer Erscheinungsort, Abschlussarbeiten/Dissertationen |
| Status | abgeschlossen | nicht abgeschlossen |

3.1.5 Screening

Das Screening der aus der Recherche resultierten Literatur erfolgte durch zwei Reviewer unter Beachtung der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Beim Screening der elektronisch durchgeführten Suche wurden zunächst die Titel sowie alle aus dem Titelscreening eingeschlossenen Abstracts gesichtet. Für die in diesem Schritt eingeschlossenen Artikel wurden im Anschluss die Volltexte beschafft und gescreent.

Die Handsuche und unsystematische Online-Recherche erlaubten die Einschätzung nach Titelscreening und Volltextscreening in einem gebündelten Arbeitsschritt. Eingeschlossene Artikel wurden heruntergeladen beziehungsweise zur weiteren Bearbeitung eingescannt.

Bei Zweifel über Ein- oder Ausschluss von Artikeln oder divergierenden Einschätzungen der Reviewer wurde zugunsten des Einschlusses entschieden, sodass keine potenziell wichtigen Informationen abhandenkommen konnten. Bei unklaren Angaben zur Zielgruppe beziehungsweise Studienpopulation wurde im Einzelfall zugunsten des Einschlusses entschieden, wenn relevante Informationen zur Sicherheitskultur in der Pflege zu gewinnen waren. Um ein möglichst breites Publikationsfeld abdecken zu können, unterlagen die infrage kommenden Studiendesigns nur wenigen Einschränkungen. Für die Klassifizierung als Interventionsstudie galt die folgende Definition: Eine Intervention ist eine systematische, geplante Aktion zum Vorbeugen oder Ändern eines Verhaltens, die systematisch und transparent evaluiert wird (Fisseni, 2004; Panfil & Mayer, 2013). Daneben wurden Literaturarbeiten, quantitative und qualitative Studien, Fachbeiträge sowie Expertenmeinungen eingeschlossen.

Die Ergebnisse der jeweiligen Screening-Schritte wurden tabellarisch in Microsoft Excel dokumentiert.

3.1.6 Datenextraktion

Ein für diesen Zweck konzipiertes Datenextraktionsformular diente dazu, wesentliche Merkmale und Inhalte der eingeschlossenen Artikel systematisch zu entnehmen. Dabei wurden die folgenden Parameter für jede Publikation erhoben und standardisiert dokumentiert: Studienziele, Art der Datenerhebung, zentrale Ergebnisse, untersuchte Population, Limitationen sowie spezielle Interventionsinhalte oder Messmethoden. Zudem erfolgte eine länderspezifische Einordnung sowie ein Vermerk zum Studientyp.

3.1.7 Datensynthese

Entsprechend dem Vorgehen bei der Erarbeitung eines Scoping Reviews erfolgte die Datensynthese nicht statistisch, sondern in Tabellenform (sogenannte Evidence Maps (Schmucker et al., 2013)) und narrativ im Text.

3.2 Leitfadengestützte Interviews

Leitfadengestützte Interviews dienten der Ergänzung der systematischen Literaturrecherche. Um sich dem heterogenen Untersuchungsfeld anzunähern, wurden Interviewteilnehmende mit verschiedenen Zugängen zur Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege ausgewählt: professionell Pflegenden, pflegende Angehörige oder Pflegebedürftige sowie Expertinnen und -experten aus der Forschung mit spezifischen Fachkenntnissen zur Sicherheitskultur im Pflege- und Gesundheitsbereich.

3.2.1 Feldzugang und Sampling

Die Interviewteilnehmenden wurden mittels eines kombinierten Verfahrens rekrutiert. Expertinnen und -experten aus der Forschung zur Sicherheitskultur im Gesundheits- und Pflegebereich wurden über das berufliche Netzwerk sowie eine spezifische Internetrecherche identifiziert und per direkter E-Mail-Anfrage für die Teilnahme gewonnen.

Für die Rekrutierung von Pflegefachpersonen, pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen wurde ein für diesen Zweck erstellter Flyer auf der Webseite sowie in den sozialen Netzwerken des ZQP verbreitet. Eingeladen zur Teilnahme waren Personen aus den oben genannten Gruppen, die bereit waren, ihre Erfahrungen und Einschätzungen zur Arbeit und Sicherheitskultur der ambulanten Pflege in einem etwa einstündigen Interview zu teilen. Die Kontaktaufnahme mit dem ZQP fand aus eigener Initiative der an einem Gespräch interessierten Teilnehmenden statt.

3.2.2 Erhebungsinstrumente

Grundlage für die Interviews bildeten an die jeweilige Zielgruppe angepasste, halbstrukturierte Interviewleitfäden. Diese bestanden im Wesentlichen aus mehreren Erzählaufforderungen, Spezifizierungsfragen und Abschlussfragen. Inhaltlich umfassten die Interviewleitfäden mehrere Themenbereiche wie in Tabelle 4 dargestellt. Die originalen Leitfäden sind Anhang A zu entnehmen.

Tabelle 4: Inhalte der Interviewleitfäden

| | Professionell Pflegende | Pflegende Angehörige/ Pflegebedürftige | Expertinnen/ Experten Forschung |
|--|----------------------------|---|------------------------------------|
| Verständnis Begriff Sicherheitskultur | ✓ | ✓ | ✓ |
| Relevanz von/Bewusstsein für Sicherheitskultur in ambulan- ter Pflege | ✓ | ✓ | ✓ |
| persönliche Erfahrungen mit Sicherheitskultur (in Pflege- diensten) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Bereiche mit Verbesserung- potenzial der Sicherheitskultur | ✓ | ✓ | ✓ |
| methodische/didaktische Hin- weise zur Entwicklung/Imple- mentierung von Interventio- nen | | | ✓ |
| inhaltliche oder methodische Vorschläge für das Arbeitsma- terial | ✓ | ✓ | ✓ |
| Maßnahmen und Instrumente zur Stärkung der Sicherheits- kultur | ✓ | | ✓ |

Die Interviews wurden mittels Open Broadcaster Software aufgenommen und pseudonymisiert von einem externen Dienstleister unter Beachtung datenschutzrechtlicher Richtlinien transkribiert. Weitere Marken-, Orts- oder Projektnennungen wurden nachträglich im Rahmen der Transkription pseudonymisiert.

Ein anschließend an das Interview ausgefüllter Sozialdatenbogen (siehe Anhang B) sowie ein Postscript (siehe Anhang C) dienten dazu, relevante Daten zur interviewten Person sowie zentrale oder überraschende Themen der Interviews und Gedanken der interviewenden Person zu notieren.

Alle Daten wurden pseudonymisiert erhoben und ausgewertet, die Ergebnisse ausschließlich anonymisiert aufbereitet. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden über die Ziele der Erhebung und den Umgang mit den Daten aufgeklärt und konnten jederzeit Fragen stellen. Die Teilnahme an den Interviews fand freiwillig statt und es war möglich, das Einverständnis zur Verarbeitung der Daten ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für die eigene Person zurückzuziehen.

3.2.3 Auswertung

Die qualitativen Interviews wurden mithilfe von MAXQDA frei nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Nach der initiiierenden Textarbeit, das heißt der Sichtung der Transkripte, wurden in Abstimmung mit allen Kodierenden thematische Hauptkategorien entwickelt, die zum Teil deduktiv aus den Forschungsfragen und Interviewleitfäden abgeleitet werden konnten. Um die Kategorien auf ihre Anwendbarkeit hin zu überprüfen, wurde ein Interview je Interviewgruppe anhand der Hauptkategorien kodiert. Das so entstandene Kategoriensystem wurde anschließend schrittweise anhand der übrigen Transkripte induktiv durch weitere Haupt- und Subkategorien ergänzt. Dabei kam ein konsensuelles, rotierendes Verfahren zum Einsatz:

- 1) Kodierende Person 1 kodierte drei Transkripte anhand der Hauptkategorien und bildete induktiv Sub- und weitere Hauptkategorien.
- 2) Kodierende Person 2 überprüfte Transkripte samt Kodierungen der 1. Person und markierte Textstellen anhand von Memos, die sie anders kodiert hätte.
- 3) Alle kodierenden Personen überprüften gemeinsam ein komplettes Transkript und diskutierten bei nicht übereinstimmenden Textstellen die Zuordnung. Zudem wurde das gesamte Kategoriensystem diskutiert und gegebenenfalls erweitert.
- 4) Kodierende Person 3 las die bereits von Person 1 und 2 kodierten Transkripte und traf bei Nicht-Übereinstimmung eine Entscheidung.

Textstellen, die für die Forschungsfragen nicht relevant waren, blieben unkodiert.

Ein für diesen Zweck erstellter Leitfaden gewährleistete die eindeutige Kodierung. Nach Mayring und Fenzl (2014) beinhaltet diese die Benennung der Kategorie, deren inhaltliche Definition und ein Ankerbeispiel aus den geführten Interviews. Ziel war die möglichst präzise Festlegung der Kategoriendefinitionen, da diese die Voraussetzung für das konsensuelle Kodieren waren.

Nach der Kodierung des gesamten Materials folgte das Text-Retrieval, das heißt die Sichtung und Überprüfung der einheitlichen Kodierung aller Textstellen dergleichen Haupt- oder Subkategorie mittels MAXQDA.

Für die anschließende kategorienbasierte Auswertung der Interviewergebnisse wurden die Hauptkategorien nach den übergeordneten Forschungsfragen gegliedert deskriptiv ausgewertet. Dabei fanden insbesondere unterschiedliche Perspektiven sowie Schnittpunkte der interviewten Personengruppen Berücksichtigung. Die Ergebnisse sind in Kapitel 4.2 dargestellt.

3.3 Entwicklung von Arbeitsmaterial

Auf Basis der Erkenntnisse der Literaturrecherche und der qualitativen Interviews wurde Arbeitsmaterial zur Stärkung von Sicherheitskultur in Pflegediensten entwickelt (siehe Anhang D). Die Entwicklung erfolgte im Projektteam in folgenden Prozessstufen:

- 1) Identifikation relevanten Basiswissens zur Aufbereitung für das Arbeitsmaterial
- 2) Identifikation geeigneter Maßnahmen zur Aufbereitung für das Arbeitsmaterial
- 3) Kondensierung und Konsensfindung der Rechercheergebnisse
- 4) Definition der Vermittlungsziele
- 5) Erstellung einer Gliederung
- 6) Aufbereitung der Inhalte unter Berücksichtigung didaktischer Prinzipien (von Hippel et al., 2018), zum Teil in struktureller Anlehnung an bestehendes ZQP-Arbeitsmaterial
- 7) Gestaltung/Layout des Materials
- 8) interne Qualitätssicherung

Die vorgesehene Praxistestung des Arbeitsmaterials wurde aufgrund der Corona-Pandemie verschoben und findet im Rahmen eines Folgeprojekts statt.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des Scoping Reviews und der leitfadengestützten Interviews dargelegt.

4.1 Scoping Review

Insgesamt konnten $n = 59$ Publikationen aus der Literaturrecherche eingeschlossen werden. Ein- und Ausschlüsse während einzelner Screening-Schritte sind in Abbildung 1 dargestellt.

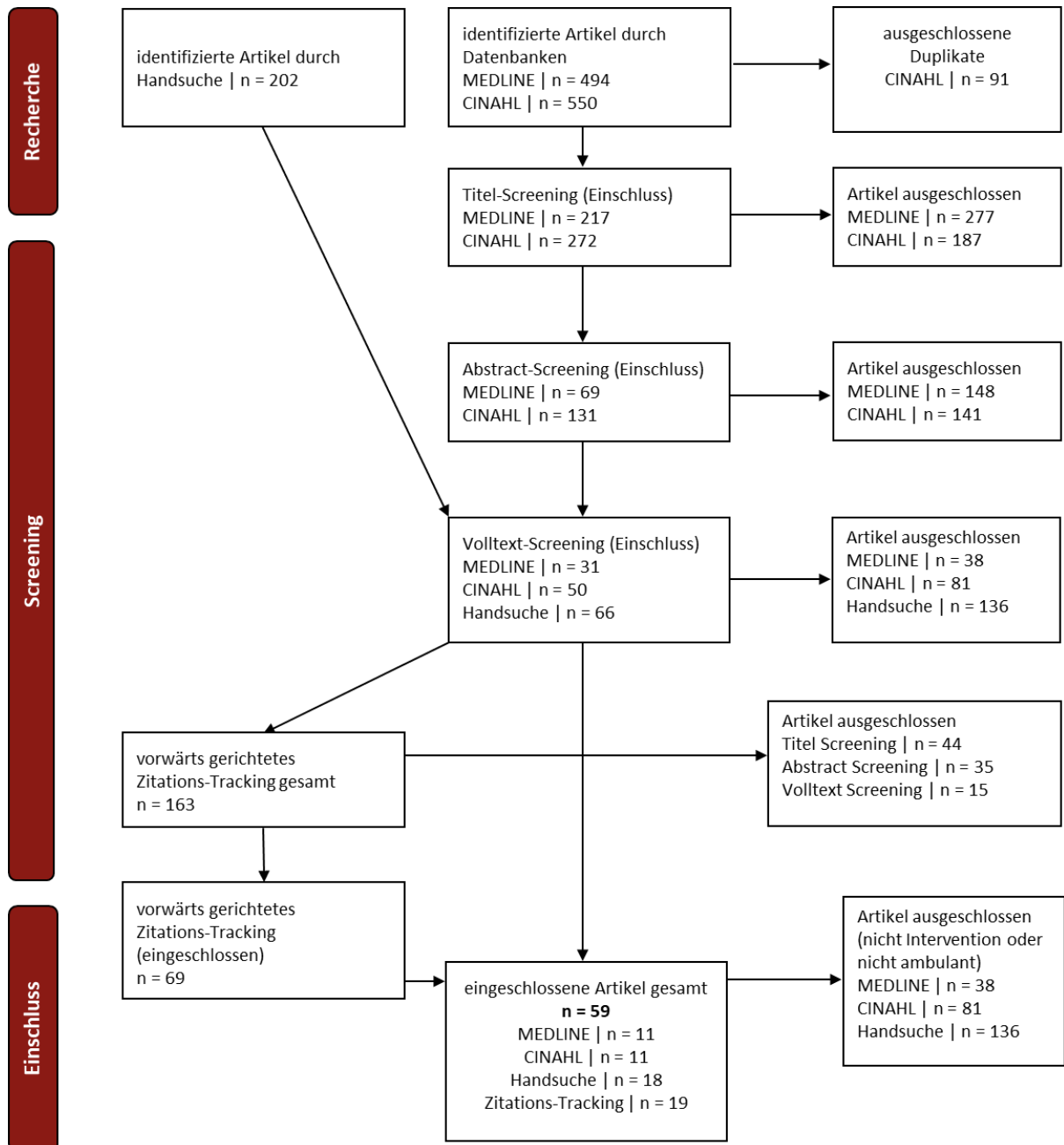


Abbildung 1: Flowchart Ein- und Ausschluss

4.1.1 Charakteristika der eingeschlossenen Literatur

Die eingeschlossenen Publikationen stammen aus 15 verschiedenen Ländern. Deren prozentuale Verteilung geht aus Abbildung 2 hervor. Hatte ein Artikel seinen Ursprung in verschiedenen Ländern, wurde er mehrfach zugeordnet.

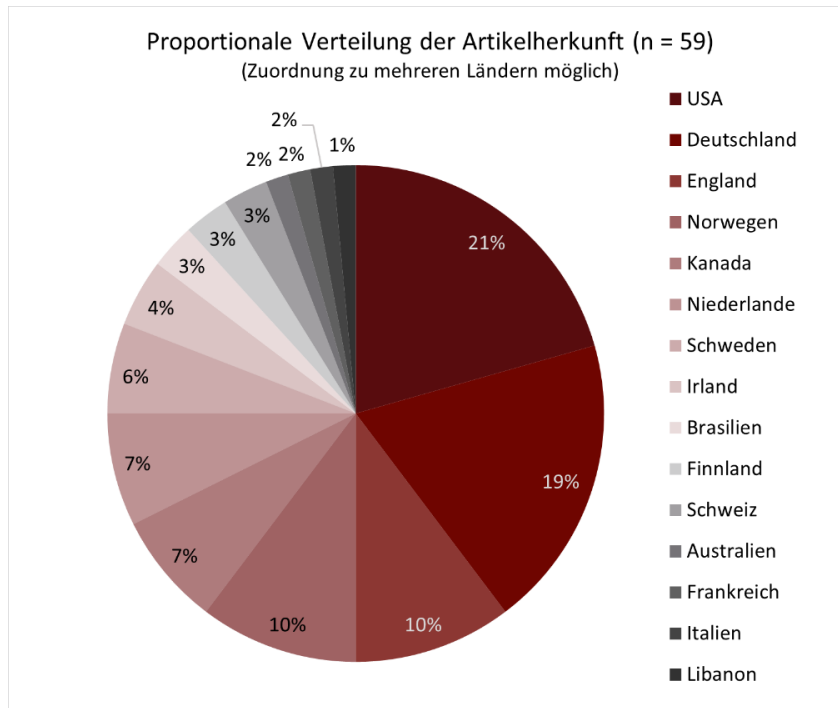


Abbildung 2: Eingeschlossene Artikel nach Ländern, in denen sie durchgeführt wurden

Die Veröffentlichungsjahre der eingeschlossenen Studien reichen von 2004 bis 2021. Abbildung 3 ist die jeweilige Verteilung zu entnehmen.

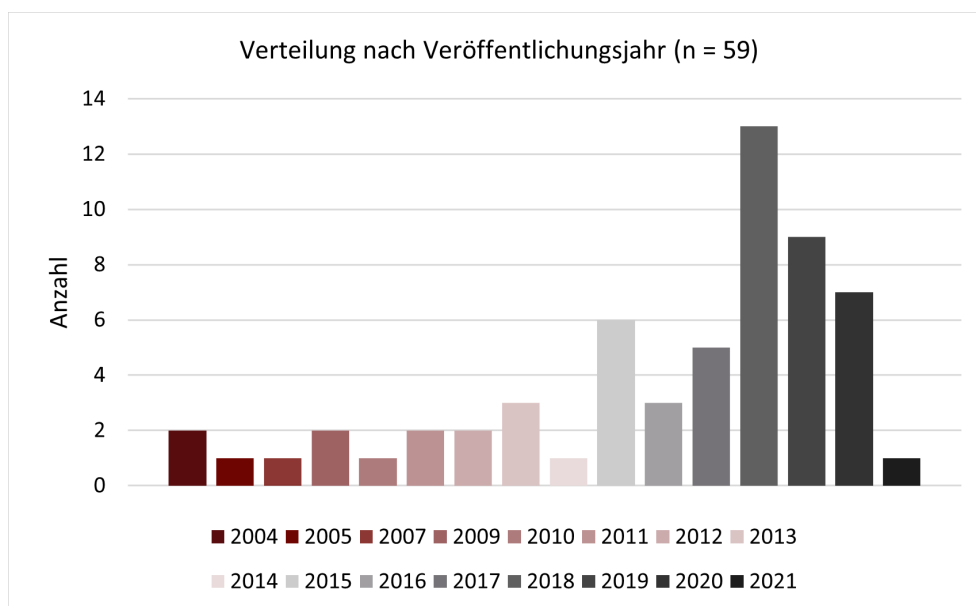


Abbildung 3: Eingeschlossene Artikel nach Veröffentlichungsjahr

Die eingeschlossenen Publikationen sind unterschiedlichen Studiendesigns zuzuordnen. Abbildung 4 zeigt deren proportionale Verteilung.

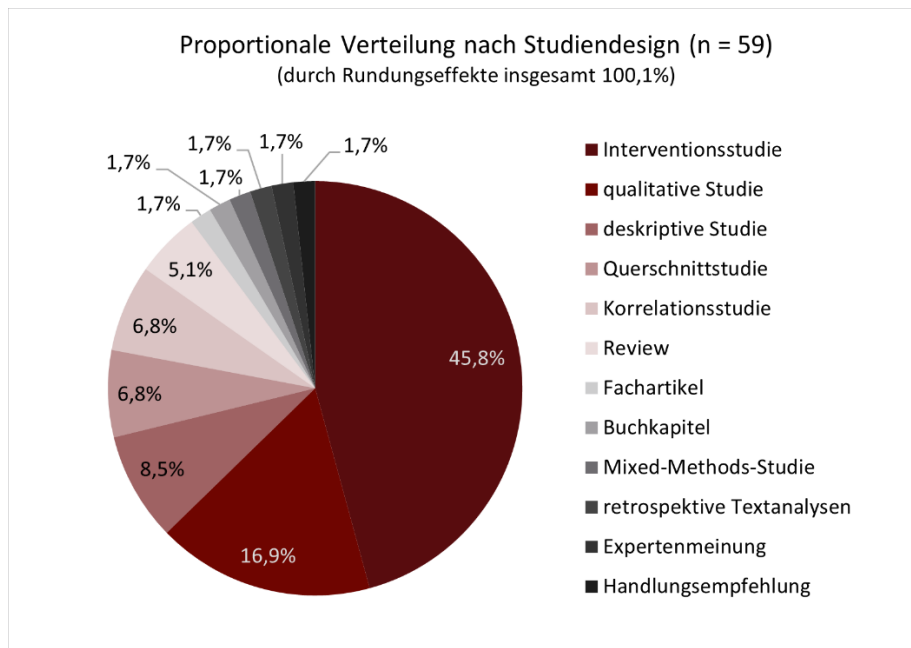


Abbildung 4: Eingeschlossene Artikel nach Studiendesign

4.1.2 Aufbereitung und Zusammenfassung der Daten

Im Rahmen der narrativen Synthese wurden die Publikationen nach Nicht-Interventionsstudien und Interventionsstudien zu den Themen Sicherheitskultur und Pflegesicherheit ausgewertet. Mögliche Effekte gezielt zu analysieren, war nicht Fokus dieses Scoping Reviews. Abbildung 5 zeigt die Klassifizierung der eingeschlossenen Publikationen.

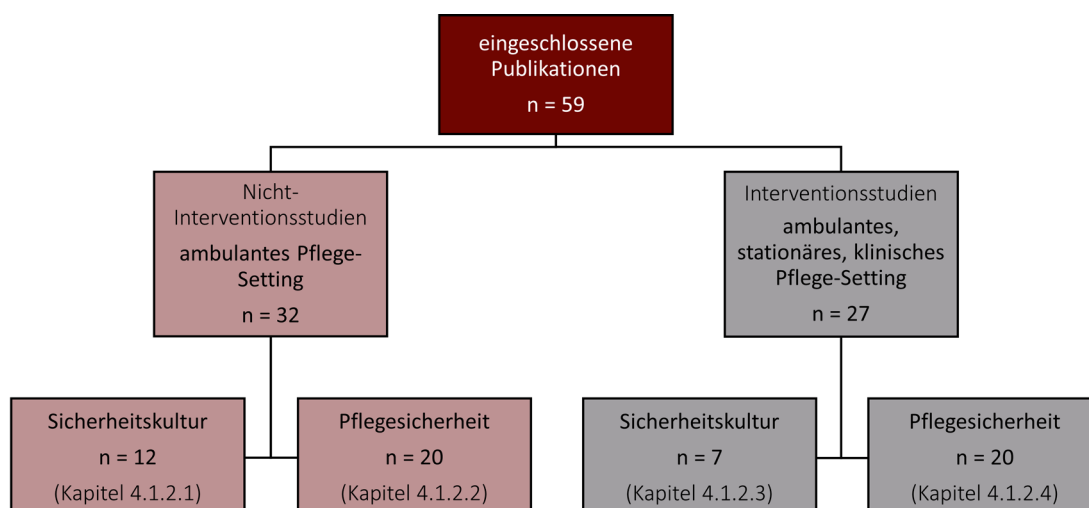


Abbildung 5: Klassifizierung der eingeschlossenen Artikel

Nicht-Interventionsstudien (n = 32) zur Sicherheitskultur und Pflegesicherheit wurden nur für das ambulante Pflege-Setting ausgewertet. Auf einen Einschluss von Nicht-Interventionsstudien aus anderen

Pflege-Settings wurde verzichtet, da dies die auszuwertende Artikelanzahl bei gleichzeitig begrenzter Aussagekraft für das fokussierte Setting enorm erhöht hätte.

Die Anzahl an Interventionsstudien ($n = 27$) entsprechend der in Kapitel 3.1.5 beschriebenen Definition war überschaubar und erhielt daher keine Einschränkung hinsichtlich des Settings. Unterteilt wurden die Interventionsstudien in Publikationen mit einem Schwerpunkt auf die Stärkung der Sicherheitskultur und solche mit dem Ziel, bestimmte Parameter der Pflegesicherheit wie das Medikationsmanagement oder Infektionsraten zu verbessern. Erwähnenswert ist, dass keine Interventionsstudie zur Stärkung der Sicherheitskultur aus dem ambulanten Setting identifiziert werden konnte. Sie wurden ausschließlich im stationären und klinischen Pflege-Setting durchgeführt.

4.1.2.1 Literatur zur Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting

Von allen eingeschlossenen Publikationen beschäftigten sich $n = 12$ konkret mit Aspekten der Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting. Eingeschlossen wurden alle Studien mit Fokus auf die ambulante Pflege, auch solche, bei denen das ambulante nur ein Teil der untersuchten Pflege-Settings war. Eine Auswahl der behandelten Themen soll im Folgenden erläutert werden:

Knapp die Hälfte ($n = 5$) der Nicht-Interventionsstudien aus dem ambulanten Pflege-Setting stammten aus Deutschland. Insgesamt thematisierten mehrere Artikel Einflussfaktoren und Korrelationen der Sicherheitskultur, verglichen die Sicherheitskultur in verschiedenen Settings oder ausgehend von unterschiedlichen Hierarchieebenen.

Eine Übersichtsarbeit untersuchte internationale Handlungsempfehlungen zur Gewährleistung von Sicherheit im ambulanten Pflege-Setting. Der Begriff Sicherheitskultur fand sich hierbei in zwei der vier eingeschlossenen Handlungsempfehlungen, beispielsweise im Zusammenhang mit sicherheitsrelevanten Themen wie Kommunikation und Interaktion, Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und Risikoassessment (Czakert et al., 2018).

Andere Artikel befassten sich eingehender mit dem Zusammenhang zwischen Pflegesicherheit und Sicherheitskultur. In einer norwegischen Studie wurde zum Beispiel ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner und der erhobenen Sicherheitskultur sowohl in Pflegeheimen als auch in der ambulanten Pflege festgestellt (Ree & Wiig, 2019). Ähnliche Zusammenhänge waren weiteren Studien zu entnehmen: In zwei brasilianischen Arbeiten hatten zum Beispiel Teamwork, die Zufriedenheit mit dem Job, dem Arbeitsplatz und den Arbeitsbedingungen einen Effekt auf die Sicherheitskultur (Lousada et al., 2020; Oliveira et al., 2020). Hervorgehoben wurde in beiden Publikationen zudem der Stellenwert des Führungsverhaltens, welches die Sicherheitskultur positiv oder negativ beeinflussen konnte. Auch gab es Hinweise, dass beispielsweise ein transformationaler Führungsstil (z. B. Vorbild sein, Teamgeist und Kreativität fördern, persönliches Wachstum unterstützen) sowie ausreichende Arbeitsressourcen und Arbeitsengagement eine positive Wirkung auf die Sicherheitskultur hatten. Die transformationale Führung zeigte dabei den stärksten Einfluss, was auf die Relevanz des Führungsstils für die Sicherheitskultur hindeutet (Ree & Wiig, 2020). Die Studie von Ree (2020), in der insbesondere die personenzentrierte Pflege als Merkmal der Versorgungsqualität untersucht wurde, zeigte indes, dass der Personalschlüssel sowie Feedback und Kommunikation einen starken Einfluss auf die Sicherheitskultur haben können (Ree, 2020).

Neben den verschiedenen Einflussfaktoren auf die Sicherheitskultur standen in den eingeschlossenen Publikationen Instrumente, Maßnahmen und Strategien im Fokus. Instrumente zur Erfassung der Sicherheitskultur waren etwa Fragebögen, die bereits für den klinischen (Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC) und stationären Bereich (Nursing Home Survey on Patient Safety Culture, NHSOPSC) validiert sind, aber mitunter für das ambulante Setting genutzt wurden (Ree & Wiig, 2019; Wagner et al., 2009). Berichts- und Lernsysteme als weitere Instrumente der Sicherheitskultur wurden in drei Arbeiten thematisiert, darunter eine Handlungsempfehlung (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), 2018), eine deskriptive Studie (Manderscheid et al., 2019) und ein Fachartikel (Lehmacher-Dubberke, 2015). Mit Berichts- und Lernsystemen können negative Ereignisse in der Regel anonym dokumentiert werden. Ziel ist es, aus den gemeldeten Berichten in der Organisation zu lernen, das heißt, sie systematisch aufzuarbeiten, um sich stetig zu verbessern und ähnliche Vorkommnisse künftig zu vermeiden. Die Autorinnen und Autoren benannten unter anderem Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz eines solchen Instruments. Dazu gehörten unter anderem eine Vorbildfunktion der Leitungsebene, eine auf Vertrauen basierende offene Kommunikation in der Organisation, ein konstruktiver Umgang mit sämtlichen Ereignissen, eine Wirksamkeitsanalyse sowie die Festlegung von Rahmenbedingungen wie Verantwortlichkeiten und der Umgang mit Anonymität (Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), 2018; Lehmacher-Dubberke, 2015).

Hürden bei der Umsetzung sicherheitskulturfördernder Maßnahmen und Strategien untersuchte zum Beispiel ein schwedisches Autorenteam in einer qualitativen Studie. Dabei resultierten widersprüchliche Aussagen aus der Untersuchung. So gaben Pflegefachpersonen einerseits an, Risiken und unerwünschte Ereignisse erkennen und mit den Kolleginnen und Kollegen darüber reden zu können. Andererseits wurden unerwünschte Ereignisse aus Schamgefühl und der Ungewissheit über die Reaktion der Leitungsebene oftmals nicht berichtet (Pejner & Kihlgren, 2019). Als weitere Hürden bei der Umsetzung sicherheitskulturfördernder Maßnahmen galten eine hohe Personalfuktuation, unzureichende Supervision und Probleme bei Kommunikation und Teamwork (Wagner et al., 2009) sowie ein zu hoher Arbeitsumfang, fehlendes Wissen und unzureichende die Klientinnen und Klienten betreffende Information (Jachan et al., 2021).

Die zusammengefassten Inhalte und Rahmendaten aller identifizierten Publikationen zur Sicherheitskultur (n = 12) im ambulanten Pflege-Setting können Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5: Identifizierte Literatur zur Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting

| Erstautorin/-autor, VÖ Jahr, Land | Design | Thema | Kernaussagen |
|--|---------------------|---|---|
| Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (2018), Deutschland | Handlungsempfehlung | Handlungsempfehlungen für ambulante Einrichtungen zur Einführung eines Berichts- und Lernsystems | Nutzung von Berichts- und Lernsystemen sinnvoll; Voraussetzungen: offener Umgang mit kritischen Ereignissen, Grundsätze wie Freiwilligkeit und Anonymität, Vorbildfunktion, feste Integration in den Arbeitsalltag, Motivation Mitarbeitende |
| Czakert et al. (2018), Deutschland | Review | Übersichtsarbeit zu internationalen Handlungsempfehlungen zur Gewährleistung der Sicherheit für Klientinnen/Klienten ambulanter Dienste | Identifikation von vier Handlungsempfehlungen; davon keine ausschließlich auf ambulante Pflege, sondern auch auf stationäres und klinisches Setting bezogen; Themen: Kommunikation, Einbindung von Patientinnen/Patienten/Angehörigen, Risikoassessment, Medikationsmanagement, Qualifizierung; kein explizites Sicherheitsverständnis |
| Jachan et al. (2021), Deutschland | Querschnittstudie | Identifikation von Faktoren für und Folgen von Pflegefehlern im Zusammenhang mit Qualifikation, Berufserfahrung, Arbeitszeiten, Schulungen | Hauptgründe für Pflegefehler: hoher Workload (aus Perspektive des Pflegepersonals wichtigster Grund), fehlende Information/fehlendes Wissen; als besonders folgenschwer wahrgenommen: Medikationsfehler, vernachlässigte Hygiene |
| Lehmacher-Dubberke (2015), Deutschland | Fachartikel | Beschreibung, warum gelebte Fehlerkultur in der ambulanten Pflege wichtig ist und welche Schritte zur Umsetzung nötig sind | Fehler entstehen v. a. aufgrund systemischer Fehlerverkettungen; Prozessphasen zur Entwicklung einer konstruktiven Fehlerkultur: 1) Veränderung Unternehmenskultur, 2) Entwicklung Fehlerkultur/Fehlermanagement, 3) Ursachenanalyse und Lösung (PDCA-Zyklus), 4) Kommunikation und Transparenz |
| Lousada et al. (2020), Brasilien | Querschnittstudie | Erhebung und Vergleich der Sicherheitskultur in Pflegeheimen und Pflegediensten in Brasilien | insgesamt keine gute Bewertung der Sicherheitskultur laut Safety Attitudes Questionnaire (SAQ); Arbeitszufriedenheit von allen Dimensionen am besten bewertet; Pflegende in ambulanter Pflege bewerteten Sicherheitskultur höher als Pflegende in stationärer Pflege |
| Manderscheid et al. (2019), Deutschland | qualitativ | Überprüfung eines sektorenübergreifenden Meldebogens für unerwünschte Ereignisse (cross-sectoral critical incident reporting system, CIRS-CS) beim Wechsel von Pflegesettings, z. B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim | Entfernung oder Umformulierung einiger Komponenten des Meldebogens notwendig; sektorenübergreifende Anwendbarkeit problematisch, aber Potenzial zur Identifikation von Problemen, die in einer Organisation entstanden sind und zu einem Problem in einer anderen Organisation geführt haben; für Ursachen und Lösungsvorschläge (sektorübergreifende) Bearbeitung durch Untersuchungsteam sinnvoll |

| Erstautorin/-autor, VÖ Jahr, Land | Design | Thema | Kernaussagen |
|--------------------------------------|--------------------|--|---|
| Oliveira et al. (2020), Brasilien | Korrelationsstudie | Korrelation der wahrgenommenen Sicherheitskultur mit demografischen Variablen der Mitarbeitenden | Teamwork und Arbeitszufriedenheit von Befragten als am höchsten eingeschätzt; Bestrebungen des Managements eher als Schwachpunkte der Sicherheitskultur bewertet; je höher Arbeitsbelastung, desto schlechter empfundenes Sicherheitsklima |
| Pejner und Kihlgren (2019), Schweden | qualitativ | Erfahrungen mit unerwünschten Ereignissen in der kommunalen ambulanten Pflege | Risikobewusstsein bei Pflegefachpersonen vorhanden; positiv empfundene Unterstützung durch Kolleginnen/Kollegen; andererseits Scham oder Unwissen im Zusammenhang mit Berichten unerwünschter Ereignisse; Richtlinien diffus oder fehlend; bessere Kommunikation/Kooperation zwischen Pflegefachpersonen und Management zur Risikominderung notwendig |
| Ree (2020), Norwegen | Korrelationsstudie | Untersuchung zum Beitrag transformationaler Führung, Arbeitsanforderungen und -ressourcen sowie Sicherheitskultur zur personenzentrierten Pflege in Pflegeheimen und Pflegediensten | Ausmaß der personenzentrierten Pflege in Pflegediensten wird zum größten Teil erklärt durch Personalschlüssel, Feedback und Kommunikation über Vorfälle, offene Kommunikation (Dimensionen der Sicherheitskultur); Interventionen zur Stärkung der Sicherheitskultur sollten Leitungsebene schulen |
| Ree und Wiig (2020), Norwegen | Korrelationsstudie | Untersuchung des Zusammenhangs zwischen transformationaler Führung, Arbeitsanforderungen und -ressourcen, Sicherheitskultur und Arbeitsengagement in Pflegeheimen und Pflegediensten | positive Korrelation zwischen transformationalem Führungsstil, Arbeitsressourcen, -engagement und positiver Sicherheitskultur; Führungsstil stärkster Prädiktor für Sicherheitskultur; negative Korrelation zwischen hohen Arbeitsbelastungen und Sicherheitskultur; zur Verbesserung der Sicherheitskultur in Pflegediensten bei Leitungsebene ansetzen und diese spezifisch schulen |
| Ree und Wiig (2019), Norwegen | Querschnittstudie | Erhebung und Vergleich der Sicherheitskultur in Pflegeheimen und Pflegediensten | Personalschlüssel sowohl von Mitarbeitenden der Pflegeheime als auch von Mitarbeitenden ambulanter Dienste als wichtiger beeinflussender Faktor zur Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen/Klienten eingeschätzt; in Pflegediensten Teamwork als besonders wichtig erachtet, in Pflegeheimen Übergabe |
| Wagner et al. (2009), USA, Kanada | Korrelationsstudie | Wahrnehmung der Sicherheitskultur bei Pflegefachpersonen und Führungskräften in der Langzeitpflege | Leitungskräfte nahmen Sicherheitskultur positiver wahr als professionell Pflegende; Pflegende in staatlichen Einrichtungen nahmen Sicherheitskultur schlechter wahr als Pflegende in Non-Profit-Organisationen |

4.1.2.2 Literatur zur Pflegesicherheit im ambulanten Pflege-Setting

In die Literaturanalyse eingeschlossen wurden $n = 20$ Publikationen, die nicht explizit die Sicherheitskultur, jedoch verschiedene Themen der Pflegesicherheit im ambulanten Pflege-Setting thematisierten. Eine der Publikationen bezog neben dem ambulanten auch das stationäre Pflege-Setting ein (Grewe & Blättner, 2017). Zur besseren Übersicht wurden die Publikationen verschiedenen Themenschwerpunkten zugeordnet:

- Barrieren ($n = 2$): Faktoren, die für die Umsetzung von Programmen zur Verbesserung der Pflegesicherheit als hinderlich beschrieben wurden
- Medikation ($n = 6$), Sturz ($n = 1$) und Hygiene ($n = 1$): Analysen oder Programme mit Fokus auf spezifische pflegerische Tätigkeitsbereiche
- Risiko- und Sicherheitserhebungen ($n = 5$): Maßnahmen zur Erhebung von Gefährdungs- und Sicherheitspotenzialen
- Standards und Checklisten ($n = 5$): Ansätze für die Verbesserung von Abläufen oder Vorgehensweisen wie beispielsweise die Implementierung von Leitlinien oder anderen Tools, die auf eine bessere Versorgung zielen

Einige Autorinnen und Autoren analysierten grundlegende Versorgungsaspekte und ordneten die beschriebenen Interventionen in einen theoretischen Rahmen ein. So wurde in einer Studie anhand von Druckgeschwüren gezeigt, dass das Model for Examining Safety and Quality Concerns in Home Healthcare (Henriksen et al., 2009) geeignet zu sein scheint, um Qualitäts- und Sicherheitsaspekte in der ambulanten Versorgung zu erheben (McGraw, 2019). Das Modell beinhaltet sieben Hauptkomponenten (externe, physische und soziale Umwelt, medizinische Geräte/Technologie, Art der Gesundheitsversorgung, Anbieter- sowie Patienten-Charakteristiken), welche jeweils in Subkomponenten untergliedert sind. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das SAFE-LEAD Kontext Tool, welches innere (z. B. Strukturen und Kompetenzen) und äußere (z. B. politische Richtlinien und Qualitätsindikatoren) Rahmenbedingungen in der Pflege analysieren soll, um die Qualität und Sicherheit zu verbessern (Wiig et al., 2019).

Neben diesen Modellen wurden auch verschiedene Maßnahmen skizziert, die zum Ziel hatten, spezifische Qualitäts- und Sicherheitsaspekte positiv zu beeinflussen: Ein US-amerikanisches Studienteam beschrieb zum Beispiel die Assessmententwicklung und -auswertung eines Sturzpräventionsprogramms, das eine Risikoanalyse mit darauf abgestimmter Intervention (z. B. Wissensvermittlung) sowie regelmäßige Auswertung von Patientendaten beinhaltete (Bucher et al., 2007). Einzelne Studien lieferten Hinweise, dass Checklisten zu Aspekten der Pflegesicherheit nützlich und einfach in der Anwendung sein könnten, zum Beispiel zur Verbesserung der Versorgungskontinuität (Nilsen et al., 2019) oder zur Identifikation von Gefahren im Haushalt (Gershon et al., 2012) sowie als standardisiertes CIRS-Formular zum Erkennen von Medikationsfehlern (Meyer-Masseti et al., 2016). Darüber hinaus wurde das Resident Assessment Instrument (RAI) als nützliches Instrument bewertet, um beispielsweise Pflegeprobleme zu erkennen und im Pflegeplan zu adressieren, mit dem Ziel, den Pflegeprozess insgesamt zu optimieren (Stolle, 2013). Beim Einsatz von medizinischen Technologien und Geräten in der Pflege verwies ein niederländisches Autorenteam auf die Notwendigkeit, alle an der Pflege Beteiligten zu schulen und eng zusammenzuarbeiten, um negative Folgen für die pflegebedürftige Person in Bezug auf Qualität und Sicherheit zu vermeiden (ten Haken et al., 2018).

Einige Studien beschrieben Probleme bei verschiedenen pflegerischen Tätigkeiten. Beispielsweise könnten unzureichende Absprachen zwischen ärztlichem Personal und Pflegefachpersonen hinsichtlich der Medikation zu Medikationsfehlern führen (Berland & Bentsen, 2017). Auch wurden fehlende Kommunikation mit informell Pflegenden und mangelnde Unterstützung als Risikofaktoren bei der Medikation beschrieben (Parand et al., 2018). Hinsichtlich der Umsetzung von Hygieneanforderungen sahen befragte Mitarbeitende von Pflegediensten die größten Hindernisse in Defiziten bei Wissen und Sorgfalt der pflegenden Angehörigen (Eggert et al., 2016). Eine andere Studie verwies auf Verbesserungsbedarf beim Hygienemanagement in den Pflegediensten, um etwa den Umgang mit und die Kenntnisse der Pflegedienst-Mitarbeitenden zu multiresistenten Erregern wie MRSA zu verbessern (Strube-Lahmann et al., 2018). Allgemein wurden für das ambulante Pflege-Setting Sicherheitsrisiken im Zusammenhang mit der Arbeitsumgebung im privaten Bereich beschrieben, etwa aufgrund relativ isolierter Tätigkeit der Pflegenden, unzureichender Unterstützung sowie mangelnder Ausstattung mit Arbeits- und Verbrauchsmaterialien (Hignett et al., 2016).

Hinsichtlich der Arzneimitteltherapiesicherheit waren in einer deutschen Erhebung die gemeinsame ärztliche und pflegefachliche Dokumentation, Transparenz und Kommunikation zu Erkrankungen und Medikation sowie verfügbares Fachwissen vielversprechende Komponenten zur Verbesserung bestimmter Aspekte der Pflegesicherheit (Grewe & Blättner, 2017; Meissner, 2017). Eine finnische Studie kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine effektive Kommunikation und zeitnahe Information zwischen professionell Pflegenden und Ärztinnen sowie Ärzten bezüglich der Medikation helfen könnten, Fehler (z. B. Auslassungen oder nicht genommene Medikation) zu vermeiden (Härkänen et al., 2020). Daneben wurden regelmäßige Evaluationen von Prozessschritten und Fehlerberichten empfohlen, um die Medikamentenversorgung sicherer zu gestalten (Meyer-Masseti et al., 2012). Als weiteren wichtigen Faktor zur Sicherstellung der Medikationssicherheit in der Häuslichkeit identifizierten kanadische Studienautorinnen und -autoren die Abstimmung der Pflegedienste auf die individuellen Haushalte und eine personenzentrierte Betreuung (Lang et al., 2015).

Inhalte und Rahmendaten der Publikationen zu Aspekten der Pflegesicherheit in der ambulanten Pflege (n = 20) gehen aus Tabelle 6 hervor.

Tabelle 6: Identifizierte Literatur zu Themen der Pflegesicherheit im ambulanten Pflege-Setting

| Erstautorin/-autor, VÖ Jahr, Land | Design | Schwerpunkt | Thema | Kernaussagen |
|--|----------------------------|-------------|---|---|
| Gifford et al. (2013), Kanada | qualitativ | Barrieren | Rahmenplan zur Identifikation von Barrieren bei der Umsetzung von Leitlinien | bei Entscheidung zur Richtlinien-Implementierung ggf. hilfreich, personen-, team-, organisations-, system- und patientenbezogene Barrieren entsprechend des Barriers Assessment Taxonomy (BAT) zu beachten |
| Grewe und Blättner (2017), Deutschland | qualitativ | Barrieren | Erhebung von Problemen, Hindernissen und Chancen in Bezug auf die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in ambulanten und stationären Einrichtungen | Multimedikation problembehaftet, z. B. durch fehlende Absprachen und mangelnde Kenntnisse der Ärztinnen/Ärzte über aktuellen Gesundheitszustand; Zeitmangel ebenfalls problematisch; bessere Kommunikation könnte helfen |
| Berland und Bentsen (2017), Norwegen | qualitativ | Medikation | Erhebung von Erfahrungen hinsichtlich Medikationsfehlern und Patientensicherheit im ambulanten Pflege-Setting | identifizierte Problemfelder: 1) Informationsaustausch, 2) Kompetenz, 3) Meldung von Medikationsfehlern, 4) Bezeichnungen/Namen von Arzneimitteln und Generika 5) Routinen; Verbesserung von Kompetenz der Mitarbeitenden sowie der Kommunikation könnten Medikationsfehler reduzieren |
| Härkänen et al. (2020), Finnland | retrospektive Textanalysen | Medikation | Analyse von Zwischenfällen bei der Medikation und Identifizierung der häufigsten Faktoren | häufigste Fehler: Nicht-Einnehmen der Medikation; einflussreichste Faktoren: Kommunikation und Information, Angehörige sowie Klientinnen/Klienten selbst (Non-Adhärenz) |
| Lang et al. (2015), Kanada | qualitativ | Medikation | Analyse von Problemen des Medikationsmanagements bei älteren Personen mit chronischen | Gründe für Komplexität von sicherem Medikationsmanagement: 1) Beeinträchtigungen bei Pflegebedürftigen, 2) Unterstützung bei Medikation und medikamentenbezogenen Problemen muss bedarfsgerecht sein, 3) Unterschiede zwischen Haushalten in der Zusammenarbeit von Klientinnen/Klienten, Angehörigen und professionell Pflegenden, 4) verschiedene Systeme zum Medikationsmanagement in Haushalten |

| Erstautorin/-autor, VÖ Jahr, Land | Design | Schwerpunkt | Thema | Kernaussagen |
|--|-----------------|-------------|--|---|
| | | | Erkrankungen und ihrer Versorgungsstruktur | vorhanden, 5) Polykompetenz (Gesundheits-, Medikamenten- und Gesundheitssystemkompetenz) erforderlich, 6) systembedingte Herausforderungen/Barrieren, z. B. schlecht beschriftete Medikamente; Verbesserungen durch politische Entscheidungsträgerinnen/-träger, Leitungsebenen im Gesundheitssystem, Forschende, pädagogische Fachkräfte gemeinsam mit Klientinnen/Klienten, Pflegenden notwendig |
| Meissner (2017), Deutschland | Expertenmeinung | Medikation | Einschätzung der Medikationssicherheit in Pflegediensten | hoher Bedarf an Strukturen u. a. zu Verordnungen, Planung, Durchführung; weitere Aspekte: 1) transparentes Fehlermanagement, 2) Prüfung von Einsatz, Kenntnissen und Qualifikation des Personals, 3) klare Anweisungen und Aufgabenbeschreibungen, 4) Digitalisierung |
| Meyer-Masseti et al. (2012), Schweiz | deskriptiv | Medikation | Untersuchung kritischer Schritte im Medikationsprozess einer Home-Care-Organisation | Identifikation von 20 Medikationsprozessschritten durch Beobachtung, d. h. sehr komplexer Prozess; Evaluation qualitativer Aspekte des Prozesses durch CIRS-Fälle-Analyse, Befragung Mitarbeitender, strukturierte Fehler-, Möglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA); risikoreichste Schritte: Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten, Störungen beim Richten, Änderung der Arzneimitteltherapie durch Ärztin/Arzt; Optimierung/Standardisierung des Medikationsprozesses wünschenswert |
| Parand et al. (2018), England, Italien | qualitativ | Medikation | Identifikation von Risiken bei der Medikamentengabe durch pflegende Angehörige in der Häuslichkeit | Identifikation durch prospektive Risikoanalysen HFMEA (Healthcare Failure Modes and Effect Analysis), SHERPA (Systematic Human Error Reduction and Prediction Analysis) und STAMP (Systems-Theoretic Accident Model and Processes) bei Vorbereitung, Verabreichung und Lagerung der Medikamente; Fehlerursachen: Kommunikations-/Verständnis- und Unterstützungsprobleme; Empfehlungen: Verbesserung Kommunikation zwischen allen Beteiligten, Unterstützung bei Anleitung, Wissensvermittlung zu Medikationszweck und -anwendung |
| Bucher et al. (2007), USA | deskriptiv | Sturz | Skizze eines Sturzpräventionsprogramms | empfohlene Elemente eines Sturzpräventionsprogramms: Sturz-Risiko-Assessment, risikospezifischer Interventionsleitfaden, standardisierte post-Sturz Vorgehensweise, Informationsmaterial; Informationen zu Interventionen Pflegenden leicht zugänglich machen, um Adhärenz zu fördern |

| Erstautorin/-autor, VÖ Jahr, Land | Design | Schwerpunkt | Thema | Kernaussagen |
|--------------------------------------|-------------|--------------------------------------|---|--|
| Eggert et al. (2016), Deutschland | deskriptiv | Hygiene | Befragung und Analyse zum Thema Hygiene in Pflegediensten | Problemkeime weit verbreitet, auch hochgradig resistente Keime; Schulungsbedarf der Mitarbeitenden v. a. beim Umgang mit Problemkeimen (Wundversorgung, Handdesinfektion); Kommunikation hygienebezogener Themen wichtig |
| McGraw (2019), England | qualitativ | Risiko- und Sicherheits- erhebung | Identifikation und Kategorisierung von Faktoren zur Entstehung von Dekubitus | Nutzung des Model for Examining Safety and Quality Concerns in Home Health Care: bei Prävention, Management und Ursachenforschung von Dekubitus Verständnis für komplexes Zusammenspiel von Menschen und anderen Elementen des Gesundheitssystems essenziell; Strategien zur Risikobewältigung: Verhaltens- (z. B. Patientenschulung zur Dekubitusprävention) und technische Interventionen (z. B. druckentlastende Matratzen), Maßnahmen zum Schutz vor Vernachlässigung und Missbrauch, Initiativen zur Förderung einer besseren Integration von Gesundheitswesen, lokalen Behörden und Familien |
| Büscher (2015), Deutschland | Buchkapitel | Risiko- und Sicherheits- erhebung | Beschreibung sicherheitsrelevanter Themenbereiche für in Pflegeeinrichtungen und zu Hause lebende Pflegebedürftige | Beschreibung Risiken/Gefährdungspotenziale; Maßnahmen zu Qualitätssicherung decken nicht alle sicherheitsrelevanten Bereiche ab; zu vielen qualitäts- und sicherheitsrelevanten Leistungen fehlen Zahlen |
| Gershon et al. (2012), USA | deskriptiv | Risiko- und Sicherheits- erhebung | Entwicklung einer Checkliste zur Identifikation sicherheitsrelevanter Gefahren in der Häuslichkeit | Checkliste zu Sicherheitsrisiken in der häuslichen Pflege plus Training zum Erkennen von Sicherheitsrisiken geeignet, um Pflegehilfskräfte zu befähigen, Risiken zu erkennen, z. B. im Bereich Brandschutz, Sturzrisiko, Hygiene, Medikationsmanagement |
| Hignett et al. (2016), England | Review | Risiko- und Sicherheits- erhebung | Untersuchung von Sicherheitsrisiken bei physischer Interaktion zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegefachpersonen | identifizierte Risikofaktoren: mangelhafte Rahmenbedingungen, z. B. inadäquate Maßnahmen der Gesundheitspolitik und Führung, unzureichende Schulung, schlechte Beleuchtung, Platzmangel; mangelhafte Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien, z. B. Lifter, Handschuhe; Risiken im Zusammenhang mit allen Aufgaben: z. B. fehlende Unterstützung im Team, Ablenkung bei Pflegetätigkeiten, mangelnde Arbeitsplanung, Nadelstichverletzungen |

| Erstautorin/-autor, VÖ Jahr, Land | Design | Schwerpunkt | Thema | Kernaussagen |
|---|--------------------|---|---|--|
| ten Haken et al. (2018), Niederlande | Review | Risiko- und Sicherheits- erhebung | Arten, Trends und Er- fahrungen beim Ein- satz medizinischer Technologie in der ambulanten Pflege | identifizierte Technologien: Geräte zur Unterstützung der Atmung, für Dialyse, für Sauerstofftherapie; Pflegefachpersonen haben Schlüsselrolle bei Unterstützung von Klientinnen/Klienten und Angehörigen in Anwendung von Medizintechnologien und bei Bereitstellung von Informationen; sicherer Umgang mit Technologie wichtig; Voraussetzungen: Wissen, Rückmeldung von Erfahrungen der Nutzenden an Technologieentwickler, engere Zusammenarbeit zwischen allen am Pflegeprozess Beteiligten |
| Meyer-Masseti et al. (2016), Schweiz | deskriptiv | Standards und Checklisten | Entwicklung, Pilotie- rung und Implemen- tierung eines manuel- len CIRS für ambulan- tes Pflege-Setting | nur wenig und uneinheitliche Literatur zum Thema; Pilotsystem wurde auf Basis des stationären Bereiches entwickelt; Ergebnis Pilotierung: System gut akzeptiert, vertretbarer zeitlicher Aufwand, Einsatz einfach und kostengünstig, digitale Anwendung wünschenswert, Schulung und Unterstützung wichtig |
| Nilsen et al. (2019), Norwe- gen | qualitativ | Standards und Checklisten | Erfahrungen mit Checklistennutzung zur Versorgungskonti- nuität | spezifische Checklisten haben Potenzial, Kontinuität der Versorgung chronisch kranker Älterer zu verbessern, wenn sie 1) an Bedürfnisse der einzelnen Klientinnen/Klienten angepasst werden können, 2) umfassend genug sein, um Essenz dessen zu erfassen, was zu mehreren Zeitpunkten zu tun ist, 3) alltagspraktikabel sind; Voraussetzungen: u. a. Kompetenz bei Mitarbeitenden, Unterstützung der Leitung, frühzeitige Ressourcenplanung, Kompetenzen der Pflegefachpersonen zur Nutzung der Checklisten |
| Stolle (2013), Deutschland | Mixed-Me- thods | Standards und Checklisten | Beschreibung von Wirkung und Effekt des Resident Assess- ment Instruments (RAI) zur systemati- schen Pflegebedarfs- erfassung in der am- bulanten Pflege | durch RAI erhoben: kognitive Fähigkeiten, soziale Teilhabe, Unterstützung durch pflegende Angehörige, funktionale Fähigkeiten, Gesundheitszustand; Anwendung von RAI ergab Verbesserung im Pflegeprozess, aber keine signifikanten Verbesserungen bei Gesundheit von Pflegebedürftigen; verschiedene Implementierungsbarrieren |

| Erstautorin/-autor, VÖ Jahr, Land | Design | Schwerpunkt | Thema | Kernaussagen |
|--|------------------------|---------------------------------|--|--|
| Strube-Lahmann et al. (2018), Deutschland | Querschnitt- studie | Standards und Checklisten | Erhebung zum Einsatz von Richtlinien zum Umgang mit multire- sistenten Erregern | bessere Hygienekenntnisse der Mitarbeitenden der Pflegedienste fest- stellbar, wenn letzte Schulung hierzu weniger als 12 Monate zurücklag |
| Wiig et al. (2019), Norwegen, Niederlande | qualitativ | Standards und Checklisten | Entwicklung eines Kontext-Analyse-Tools für das SAFE-LEAD Projekt in Anlehnung an das Consolidated Framework for Imple- mentation Research (CFIR) (McDonald, 2013) | Tool auf Grundlage von Expertenbefragungen und Literatur entwi- ckelt: Liste von internen und externen Faktoren, die sich auf Qualität und Sicherheit beziehen und in Stufen (1-5) bewertet werden |

4.1.2.3 Interventionsstudien zur Stärkung der Sicherheitskultur

Von den eingeschlossenen Interventionsstudien fokussierten lediglich $n = 7$ (neben anderen Ergebnisparametern) die Sicherheitskultur. Keine davon beleuchtete die Sicherheitskultur in Pflegediensten. Mehr als die Hälfte ($n = 4$) hatten keine Kontrollgruppe (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017a; Damery et al., 2019; Ganaden & Mitchell, 2018; Marshall et al., 2018). Da dadurch ein erhöhtes Risiko für eine Verzerrung der Ergebnisse besteht, gilt es, diese vorsichtig zu interpretieren.

Der Großteil der Studien ($n = 6$) nutzte komplexe Programme, die auf Ergebnisparameter (z. B. Infektionsraten) und Aspekte der Sicherheitskultur (z. B. Team-Kommunikation) zielten. Beispielsweise wurde das Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) allein zur Verbesserung der Sicherheitskultur (Ganaden & Mitchell, 2018) oder in Verbindung mit einer TeamSTEPPS® Schulung zur Reduktion Katheter-assoziiierter Infektionen und zur Stärkung der Sicherheitskultur genutzt (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017a). Andere Studien kombinierten technische mit sozioadaptiven Komponenten wie Einbezug von Führungspersonal und Stärkung der Team-Kommunikation (Smith et al., 2018) oder zum Teil interdisziplinäre Kompetenz- und Bildungsinterventionen (Damery et al., 2019; Storm et al., 2018).

Einige Interventionen erzielten signifikante Verbesserungen bei sicherheitsrelevanten Ergebnisparametern wie Infektionsraten (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017a; Damery et al., 2019; Smith et al., 2018) oder Stürzen (Damery et al., 2019). Ansätzen wie Kompetenzförderung bei Mitarbeitenden, partizipative Veränderungsprozesse und konstruktives Fehlermanagement wurde eine positive Wirkung auf die Sicherheitskultur zugeschrieben. Daneben gab es Hinweise darauf, dass ein schlechtes Vertrauensverhältnis im Team, hohe Arbeitsbelastungen sowie Personalfluktuationen negativ auf die Sicherheitskultur wirkten (Damery et al., 2019; Ganaden & Mitchell, 2018; Marshall et al., 2018).

Nicht alle Interventionsstudien konnten nachweislich die Sicherheitskultur im untersuchten Pflege-Setting stärken (Mai & Dapper, 2014; Smith et al., 2018; Storm et al., 2018).

4.1.2.4 Interventionsstudien zu spezifischen Parametern der Pflegesicherheit

Die Mehrheit ($n = 20$) aller eingeschlossenen Interventionsstudien ($n = 27$) fokussierte auf bestimmte Parameter der Pflegesicherheit. Die meisten der Untersuchungen fanden in Pflegeheimen statt ($n = 9$), gefolgt von Krankenhäusern ($n = 8$) und schließlich Pflegediensten ($n = 4$). Eine Studie verglich die Ergebnisse der Intervention zwischen Pflegeheim- und Krankenhausstationen und wurde damit beiden Settings zugerechnet (Storm et al., 2018). Unter den Untersuchungen befanden sich $n = 6$ randomisiert kontrollierte Studien (RCT). Insgesamt sind die Interventionsstudien zu Parametern der Pflegesicherheit durch eine Vielzahl unterschiedlicher und sehr spezifischer Ansätze und Strategien gekennzeichnet. Das hat zur Folge, dass Beurteilungen zur Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen in der Regel nur für das spezifische Thema getroffen werden können, das im Einzelnen adressiert wurde. In der Gesamtbetrachtung der analysierten Literatur lassen sich Aussagen zu Maßnahmen, Instrumenten und Strategien treffen, die im Rahmen von Bestrebungen zur Verbesserung bestimmter Parameter der Pflegesicherheit angewendet wurden.

Zu den untersuchten Ergebnisparametern mit Bezug zur Pflegesicherheit gehörten zum Beispiel die Anzahl von Krankenhauseinweisungen (Bonner et al., 2015) und Stürzen (Colón-Emeric et al., 2014), Wissen pflegebedürftiger Menschen zum eigenen Medikamentenregime (Griffiths et al., 2004) und Compliance des Pflegepersonals bei der Händehygiene (Diefenbacher et al., 2019). Ein weiterer Bereich war die Implementierung von Leitlinien oder Standards. Zu letzterem zählte unter anderem der standardmäßige Einsatz von Instrumenten wie SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) und SHARQ (Situation, History, Assessment, Recommendation, Questions), die für eine bessere Übergabe-Kommunikation eingesetzt werden können (Riesenberg, 2009; Younan & Fralic, 2013).

Bei der Implementierung von Interventionen spielte in mehreren Studien der Einsatz von Multiplikatoren im Team eine Rolle, die selbst intensiv geschult und mit Material versorgt werden, um neues Wissen in die Organisation tragen zu können. So wurden zum Beispiel für die Etablierung von evidenzbasiertem Wissen rund um die Reduktion Katheter-assoziiierter Harnwegsinfekte ein Change Champion (CC) zusammen mit einem Nurse Leader Partner (NLP) eingesetzt (Cullen et al., 2020). Die CC kümmerten sich um Training, Anreize und Ressourcen und wurden durch NLP auf der Leitungsebene der Krankenhausabteilung unterstützt. So konnte ausreichend Hilfe für das Team bei der Einführung von Leitlinien oder Standards garantiert werden. Ein ähnliches Prinzip – train the trainer – kam zur Anwendung, um Krankenhauseinweisungen zu reduzieren (Bonner et al., 2015). Andere Studien nutzten theoretische Modelle, etwa den Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) Rahmenplan (Rycroft-Malone et al., 2018; Seers et al., 2018) oder den CONNECT-Ansatz (Colón-Emeric et al., 2014).

In einigen der Studien wurden positive Effekte der Interventionen festgestellt, zum Beispiel eine Reduktion von Medikationsfehlern (Griffiths et al., 2004; Kavanagh & Donnelly, 2020; Kliger et al., 2009). Andere Analysen wiesen keine signifikanten Effekte der jeweiligen Interventionen nach, etwa eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT), in der untersucht wurde, ob der Medikationsprozess in der ambulanten Pflege mittels Risiko-Werkzeugen optimiert werden kann (Toivo et al., 2019) oder eine weitere solche Studie, welche Modelle zur Implementierung von Empfehlungen zur Harninkontinenz verglich (Seers et al., 2018).

Die Zahl teilnehmender Einrichtungen und Personen in den verschiedenen Interventionsstudien variierte stark. Hinzu kommt, dass mehr als die Hälfte der Studien über keine Kontrollgruppe verfügten. Beides erhöht das Verzerrungsrisiko der Ergebnisse, wodurch diese nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Dennoch könnten die untersuchten Interventionsansätze Potenzial zur Stärkung spezifischer Sicherheitsindikatoren bergen. Ansätze, die in Pflegeheimen oder Krankenhäusern positiv bewertet wurden, wären im ambulanten Pflege-Setting zu testen. Dazu zählen beispielsweise Interventionen zum Medikationsprozess (Kavanagh & Donnelly, 2020; Kliger et al., 2009), Programme zur Reduzierung von Krankenhauseinweisungen (Huckfeldt et al., 2018) oder der Einsatz von oben genannten Standards für die Übergabe (Younan & Fralic, 2013).

Inhalte und Rahmendaten der Interventionsstudien zu spezifischen Parametern der Pflegesicherheit sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Interventionsstudien zu spezifischen Parametern der Pflegesicherheit

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|-------------------------------------|------------|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|------------------|----------|---|--|
| Griffiths et al. (2004), Australien | Medikation | Effekt einer Intervention zur Verbesserung des Wissens und Selbstmanagements in Bezug auf die Medikation bei älteren Menschen | Prä-post-Test, keine Kontrollgruppe | Medication-complexity index; Interviews zum Wissen über die eigene Medikation | n = 24 Klientinnen/Klienten | ambulante Pflege | 4 Wochen | siebenschrittige Intervention: 1) Einschätzen der Fähigkeit, Medikamente einzunehmen und Wirkung zu beobachten 2) Schulung zu Dosierung, Zweck, Nebenwirkungen und Verabreichung der Medikamente 3) Bereitstellung Medikamentenliste z. B. für Arztbesuche 4) Vorschlagen eines Überblick-Systems zu Medikamenten, z. B. Verblisterung, Wochenbox, Rücksprache mit Apotheke, 5) bei Problemen mit Medikamenten (z. B. komplexes Regime, geringe Adhärenz, Allergien oder Nebenwirkungen) Konsultation der Apotheke 6) Benachrichtigung des Hausarztes/der Hausärztin über Medikationsproblem 7) Veränderungen des Regimes, Adhärenz einen Monat nach Patientenedukation erneut erheben | Zunahme an Wissen der Klientinnen/Klienten zu ihrer Medikation; professionell Pflegende können dazu beitragen, Medikationsrisiken frühzeitig zu identifizieren und intervenieren |

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|--------------------------------------|------------|---|--|---|--|------------------|-----------------|---|--|
| Kliger et al. (2009), USA | Medikation | Testung eines Programms zur Verbesserung der Medikations-sicherheit | Prä-post-Test, keine Kontrollgruppe | Medikationsgenauigkeit, Anzahl der Fehler, Einhaltung der Prozessschritte | n = 6 (ca. 600 beobachtete Medikationsdosen Baseline, nach 6 Monaten, nach 18 Monaten) | Krankenhaus | 18 Monate | Strategien zur Programmimplementierung (integrated nurse leadership program, INLP) bestehend aus sechs Schritten (z. B. zusätzliche Checkups, durchgängige Beschriftungen, Reduzierung von Ablenkungen) die auf Veränderungen im Medikationsprozess zielen | signifikante Verbesserung hinsichtlich korrekter Medikationsgabe |
| Kavanagh und Donnelly (2020), Irland | Medikation | Reduzierung von Ablenkungen und Unterbrechungen während des Medikationsprozesses | Prozessbeobachtungen, keine Kontrollgruppe | Beobachtungen von Medikationsvorbereitungen | n = 1 (257 Patientinnen/Patienten vor und 307 nach Intervention) | Krankenhaus | nicht angegeben | Qualitätsverbesserungsinitiative als Lean-Management-Ansatz, bei dem wertvolle und weniger wertvolle Aktivitäten identifiziert werden, um zukünftig auf ineffiziente Abläufe zu verzichten; Event zur schnellen Verbesserung (sog. Kaizen event) unter Einbeziehung aller Stakeholder, um neue Ansätze zur Bereitstellung der Medikation zu entwickeln | Verbesserung der Sicherheit des Medikationsprozesses |
| Toivo et al. (2019), Finnland | Medikation | Evaluation Einfluss verstärkte Versorgungskoordination auf prospektives Medikations-Risiko-management | RCT | Erhebung medikationsbezogener Risiken (z. B. Anzahl Medikamente, gefährliche Medikamente) | n = 5 (129 Teilnehmende (Intervention, 65 Teilnehmende Kontrollgruppe) | ambulante Pflege | 12 Monate | Nutzung von Risiko-Werkzeugen, um den Medikationsprozess zu analysieren und zu verbessern; Bestärken der Zusammenarbeit mit lokalen Apotheken | kein Effekt auf potenziell unangemessene Medikation |

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|---------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|---|------------------------------------|-------------|-----------|--|--|
| Yoder et al. (2015), USA | Medikation | Evaluation der Implementierung einer Sicherheitszone (Safe Zone) während des Medikationsrichtens | Prä-post-Test, keine Kontrollgruppe | Medikationsfehler über Event Reports; Fragebogen bzgl. Ablenkungen | n = 1 (31 Teilnehmende in Analyse) | Krankenhaus | 3 Monate | Safe Zone beinhaltete deutlich markierte Ruhebereiche, Schulungsmaßnahmen und Tragen einer speziellen Weste als Hinweis, diese Person nicht zu stören/unterbrechen | unerwartetes Ergebnis: Zunahme von Ablenkungen und Unterbrechungen, z. B. aufgrund von Gesprächen über Weste; Anstieg von Medikationsfehlern, evtl. aufgrund von höherem Bewusstsein, Fehler zu melden; Anstieg der Patientenzufriedenheit |
| Bonner et al. (2015), USA | Krankenhouseinweisungen | Testung eines train-the-trainer Ansatzes zur Verbreitung eines Programms zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen | Post-Report, keine Kontrollgruppe | qualitative Erhebung von Berichten | n = 30 (155 Angestellte) | Pflegeheim | 12 Monate | Schulungsinterventionen im Rahmen des INTERACT-Programms (interventions to reduce acute transfers), um akute Krankenhauseinweisungen zu reduzieren | train-the-trainer hilfreich zur Verbreitung des INTERACT-Programms |
| Huckfeldt et al. (2018), USA | Krankenhouseinweisungen | Testung der Hypothese, ob eine vermehrte Anwendung des INTERACT-Programms zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen mit einer Reduktion | RCT | Hospitalisierungsrate; 2 von 7 Tools aus dem INTERACT Programm (Stop & Watch, SBAR) | n = 200 | Pflegeheim | 12 Monate | Implementierung des Schulungsprogramms durch einen Champion und Co-Champion; Champions erhielten Webinare, INTERACT-Werkzeuge, ein online-Training-Curriculum und monatliche Telefonanrufe | signifikante Reduktion von Hospitalisierungen und vermeidbaren Hospitalisierungen, wenn INTERACT freiwillig angewandt wurde – selbst ohne Schulung; Vergütungsprogramme und finanzielle Sanktionen |

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|---|-------------------------|---|---|---|------------------------------------|-------------------------|-----------|--|---|
| | | von Krankenhaus- und Rettungsstellenbesuchen assoziiert ist | | | | | | | können motivieren/Anreize schaffen |
| Tappen et al. (2017), USA | Krankenhauseinweisungen | Identifikation von Barrieren und nützlichen Faktoren im Rahmen des INTERACT-Programms zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen | RCT | qualitativ, telefonische Befragung | n = 71 (475 Anrufe) | Pflegeheim | 12 Monate | Programm Champions implementierten INTERACT Programm in ihren Einrichtungen; Champions erhielten zwanzig 45-minütige, interaktive Webinare zur Nutzung der Programmwerkzeuge, Diskussion von Barrieren und nützlichen Faktoren | Unterstützung seitens Einrichtungsleitung essenziell; Mehrzahl der Einrichtungen mussten neue Normen und Erwartungen bezüglich ihrer Strukturen und Prozesse etablieren |
| Diefenbacher et al. (2019), Deutschland | Hygiene | Evaluation, ob Zielsetzung und Feedback auf der Gruppenebene Compliance bezüglich Händehygiene erhöhen | Vergleichs-Intervention und normale Pflege als Kontrollgruppe | elektronische Zählung der Nutzung von Desinfektions Spendern; direkte Beobachtungen | n = 1 (4 Stationen) | Krankenhaus | 5 Monate | Einsatz neuer Desinfektions-spender; Zielvereinbarungen und Feedback in Gruppen | starker positiver Effekt auf Händehygiene bei Kombination von Zielvereinbarungen und Feedback |
| Eveillard et al. (2011), Frankreich | Hygiene | Evaluation eines Multi-Komponenten-Trainingsprogramms zur Compliance mit Händehygiene und Nutzung von | Prä-post-Analyse, keine Kontrollgruppe | Beobachtungen der Händehygiene | n = 4 (75 Teilnehmende) | Pflegeheim, Krankenhaus | 12 Monate | Programm basierte auf vorangestellter Evaluation und bestand aus drei multidisziplinären, sechsstündigen Schulungen zur Wichtigkeit von Händehygiene | signifikanter Effekt auf Compliance bezüglich Empfehlungen zur Händehygiene |

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|---|-----------|--|--------|---|---|------------|-----------|--|---|
| | | medizinischen Handschuhen | | | | | | | |
| Rycroft-Malone et al. (2018), Großbritannien, Irland, Schweden, Niederlande | Kontinenz | Vergleich zweier Modelle zur Implementierung evidenzbasierter Empfehlungen (Prozessevaluation) | RCT | halb-strukturierte Interviews, Beobachtungen, Berichte aus den teilnehmenden Pflegeheimen, z. B. über Personalschlüssel | n 24 (357 Personal, 152 Angehörige, 109 andere) | Pflegeheim | 24 Monate | ein Ansatz nach dem Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Rahmenplan, bei dem evidenzbasiert (A) das Vermitteln und Anwenden von Wissen oder (B) das Vermitteln eines neuen Verständnisses von Bedürfnissen und Strategien von der Pflege geübt wurden | nicht signifikante Verbesserung der Anwendung von Kontinenz-Leitlinien; kein Unterschied zwischen Ansätzen (A) und (B) |
| Seers et al. (2018), Großbritannien, Irland, Schweden, Niederlande | Kontinenz | Testung der Effektivität zweier verschiedener Modelle zur Implementierung von Empfehlungen zur Harninkontinenz in die Praxis | RCT | primär: Erhebung der Compliance der Pflegefachpersonen mit Harninkontinenzempfehlungen | n = 24 (2313 Bewohnerinnen und Bewohner über alle Messzeitpunkte) | Pflegeheim | 24 Monate | Bereitstellung Empfehlungen zum Umgang mit Harninkontinenz sowie Power-Point-Präsentation für beide Interventionsgruppen und Kontrollgruppe; Intervention Modell A: zielgerichteter Unterstützungsansatz, basierend auf Prinzipien der Qualitätsverbesserung, des Managementstudiums, organisationalen Lernens: 12-monatiges Programm für Verantwortliche: 3-tägiges Schulungsprogramm, Umsetzung und Bewertung der Empfehlungen im Pflegedienst, monatliche Telekonferenzen und Selbststudium | keine signifikanten Unterschiede in der Compliance mit Kontinenzempfehlungen zwischen Interventions- und Kontrollgruppen, Verbesserungen in allen Gruppen; signifikante Verbesserung der Dokumentation von Depressionen und inkontinenzbedingter Dermatitis in Interventionsgruppen |

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|---------------------------------|------------|--|---|--|---|------------------|-----------|--|--|
| | | | | | | | | Intervention Modell B: Programm basierend auf Prinzipien des Stakeholder-Empowerment, Überwinden interner und externer Hindernisse: 24-monatiges Programm für Verantwortliche: 5-tägiges Schulungsprogramm, 20 Tage Implementierung und Bewertung der Empfehlungen, unterstützt durch Telefonkonferenzen und Selbststudium Kontrollgruppe: keine weiteren Maßnahmen | |
| Sturkey et al. (2005), USA | Wundpflege | Evaluation einer Intervention zur Reduktion von Infektionen und Verbesserung des Wundstatus | retrospektiv-deskriptiv, keine Kontrollgruppe | Berichte unerwünschter Ereignisse; benötigte Besuche | nicht angegeben | ambulante Pflege | 36 Monate | Schulung, Qualifikation, Gebrauch von Leitlinien, Hinzuziehen von Spezialistinnen/Spezialisten, Etablierung eines Ressourcenraumes für Informationsgewinnung | Rückgang an Wundinfektionsraten und Einsätzen der Pflegedienstmitarbeitenden (Ergebnisse deskriptiv) |
| Gifford et al. (2011), Kanada | Wundpflege | Intervention für die Leitung zur Entwicklung einer Intervention, um Leitlinien zu implementieren | qualitativ | qualitative Interviews, Audits der Pflegedokumentation | n = 1 (9 Leitungen befragt, 56 Pflegedokumentationen begutachtet) | ambulante Pflege | 3 Monate | Workshop für Leitungsebene mit folgenden Inhalten: Theorie zu Führung und geplanter Veränderung, Hürden und Erleichterungen zur Einführung von Leitlinien, Audits der pflegerischen Doku, Identifikation klinischer Indikatoren und Zielen der | Operationalisierung und Anpassung des Führungsverhaltens kann Leitungsebene unterstützen, Interventionsstrategien, Bedürfnisse und Informationslücken zu identifizieren; Interventionsstrategien sind möglichst an |

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|---------------------------------|-------------------|--|---|--|------------------------------------|------------|--------------|--|---|
| | | | | | | | | Intervention, Entwicklung eines Führungsteams-Aktionsplans speziell für den jeweiligen Bereich, Reflexion der Leitungsebene | spezifische Teamleitungsbedürfnisse anzupassen |
| Colón-Emeric et al. (2014), USA | Stürze | Untersuchung, ob eine bessere Beziehung der Mitarbeitenden untereinander Informationsaustausch und Problemlösefähigkeiten während Lernprozessen verbessert | RCT | qualitative Durchführung von Fokusgruppen (n = 15) | n = 2 (77 TN) | Pflegeheim | 12-24 Wochen | CONNECT und FALLS vs. FALLS Programm; FALLS umfasste Mitarbeitenden-Schulung zur Sturzreduktion; CONNECT fokussierte auf Beziehung, Informationsaustausch und Kommunikation im Team | besseres Lernklima mit befähigten und motivierten Mitarbeitenden sowie kreativere Ideen zur Prävention von Stürzen, die konsistenter implementiert wurden in CONNECT-Gruppe |
| Resnick et al. (2004), USA | Schmerzen, Stürze | Evaluation der Implementierung der clinical practice guidelines (CPG) für Schmerzen und Stürze | Prozessbeschreibung, keine Kontrollgruppe | quantitative Erhebung zum Implementierungsprozess; Interviews zu Erfahrungen | n = 23 | Pflegeheim | 12 Monate | Implementierung der Leitlinien: 1) Identifikation von Qualitätsproblemen 2) Lernen des standardisierten Implementierungsprozesses der Leitlinien 3) Adaption der Leitlinien und Verbesserung der Handlungskompetenz | nur wenige Pflegeheime implementierten die Leitlinien; diese zeigten veränderte Arbeitsabläufe entsprechend den Leitlinienempfehlungen |

| Erstauto- rin/-autor, VÖ Jahr, Land | Para- meter | Ziel | Design | Erhebungs- methode, Erhebungsin- strument | Anzahl teil- nehmender Einrichtun- gen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|--|--|---|---|--|--|-------------|-------------------------|--|--|
| Cullen et al. (2020), USA | Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen | Testung eines Pilotprogramms zur Implementierung evidenzbasierter Pflegethemen (z. B. CAUTI reduzieren) | Prozessbeschreibung, keine Kontrollgruppe | qualitative Erhebung durch Interviews; quantitative Erhebung eines Fallbeispiels | n = 1 (30 Teilnehmende für Interviews; 17 Teilnehmende für Fallbeispiel) | Krankenhaus | 6 Monate (Fallbeispiel) | Evidence Based Practice Change Champion (EBP CC) mit Nurse Leader Partner (NLP) Programm in vier Schritten: Bewusstsein und Interesse, Wissen und Engagement, Aktion und Anpassung, Integration und nachhaltige Nutzung | Kombination CC und NLP zur Implementation von EBP und Reduktion Katheter-assoziiierter Harnwegsinfekte hocheffektiv |
| Eldh et al. (2018), Schweden | Mundpflege | Evaluation einer Pilotstudie zu Erfahrungen von Führungspersonen zur Implementierung von clinical practice guidelines (CPG) | Prä-post-Test, keine Kontrollgruppe | Interviews/ Telefonkonferenzen, Fragebögen: FARAX360, Alberta Context Tool (ACT) | n = 4 (5 Teilnehmende Interviews; 96 Teilnehmende Fragebögen) | Pflegeheim | 6 Monate | Implementierung von clinical practice guidelines (CPG) zur Mundhygiene mittels Workshops und Telefonkonferenzen | Führungspersonal sollte im Implementierungsprozess ebenso wie mitarbeitende Pflegenden involviert werden; Langzeitstrategien für Führungspersonen zur Umsetzung benötigt |
| Younan und Fralic (2013), Libanon | Übergabe | Evaluation einer Multi-Komponenten Intervention zur Verbesserung von Pflegeübergaben bei Schichtwechsel | Prä-post-Test, keine Kontrollgruppe | Audioaufzeichnung, Checkliste, Protokoll, Fragebogen | n = 1 (180 Checklisten, 84 Protokolle, 42 Fragebögen) | Krankenhaus | 5 Monate | Implementierung standardisierter Werkzeuge zur Übergabe: SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) und SHARQ (Situation, History, Assessment, Recommendation, Questions); Kommunikationstraining, um Unterbrechungen reduzieren | Rückgang nicht geteilter Informationen, Verbesserung der Übergaben-Kommunikation |

| Erstautor/-autor, VÖ Jahr, Land | Parameter | Ziel | Design | Erhebungsmethode, Erhebungsinstrument | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Setting | Dauer | Intervention | Ergebnis |
|---|--------------------------|---|---|--|------------------------------------|-------------|----------|---|--|
| Kessels-Habraken et al. (2010), Niederlande | Berichts- und Lernsystem | Testung der Implementierung einer prospektiven Risikoanalyse vor Nutzung eines Incident Reporting Systems | retrospektiver post-Test mit Kontrollgruppe | Fragebogen und Berichte unerwünschter Ereignisse | n = 2 (199 Fragebögen) | Krankenhaus | 9 Monate | Anwendung prospektiver Risikoanalyse (Health Care Failure Mode and Effect Analysis, HFMEA) zusammen mit retrospektiver Risikoanalyse (CIRS) im Vergleich zu alleiniger Anwendung CIRS | kein Unterschied bei Anzahl gemeldeter Ereignisse zwischen einfacher und kombinierter Anwendung; prospektive Risikoanalyse erhöhte Spektrum gemeldeter Ereignisse und Anteil der Meldungen durch Ärztinnen/Ärzte |

4.2 Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews

Zwischen Mai und September 2021 wurden zwölf leitfadengestützte Interviews geführt. Vier der Befragten stammten aus dem Forschungsfeld zur Patienten-/Pflegesicherheit und Sicherheitskultur und vier weitere waren professionell Pflegende. Daneben wurden drei pflegende Angehörige sowie eine pflegebedürftige Person befragt.

Die Gesprächspartnerinnen aus der Wissenschaft wiesen mehrere Jahre Berufserfahrung in der Forschung zur Sicherheitskultur im Pflegekontext auf. Sie waren weiblich und zwischen 50 und 57 Jahren alt. Die Gespräche dauerten zwischen 27 und 49 Minuten (Ø 38 Minuten). Zwei der befragten professionell Pflegenden waren weiblich, zwei waren männlich. Alle vier verfügten über jahrelange Berufserfahrung, insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege, wo sie zum Zeitpunkt des Gesprächs tätig waren. Sie waren zwischen 36 und 58 Jahre alt, und die Gespräche dauerten zwischen 43 und 58 Minuten (Ø 49 Minuten). Drei der interviewten Pflegefachpersonen arbeiteten in der unmittelbaren Versorgung der Klientinnen und Klienten, daneben erstreckten sich die aktuell ausgeübten Tätigkeitsfelder auf Pflegeberatung, Praxisanleitung, Qualitätsmanagement sowie Pflegedienstleitung. Von den drei interviewten pflegenden Angehörigen waren zwei weiblich, eine männlich. Zwei dieser Personen verfügten neben ihrer Rolle als pflegende Angehörige auch über Erfahrungen als professionell Pflegende in der Vergangenheit. Die interviewten Personen waren zwischen 49 und 59 Jahre alt und die Gespräche dauerten zwischen 51 und 64 Minuten (Ø 56 Minuten). Die pflegebedürftige Person war männlich, 77 Jahre alt und früher Sozialarbeiter. Das Gespräch mit ihm dauerte 24 Minuten. Die Aussagen der pflegenden Angehörigen und der pflegebedürftigen Person wurden zusammengefasst ausgewertet.

Die Interviews wurden aufgrund der Kontaktbeschränkungen durch die COVID-19-Pandemie ausschließlich telefonisch oder mithilfe eines Videokonferenztools geführt.

4.2.1 Begriff Sicherheitskultur in der Pflege

Als Ausgangspunkt für das Gespräch wurde den Interviewteilnehmenden zu Beginn die folgende Beschreibung von Pflegesicherheit und Sicherheitskultur vorgestellt:

„Mit Sicherheitskultur meinen wir vor allem den Umgang des ambulanten Pflegediensts mit Risiken, die durch die Versorgung für den pflegebedürftigen Menschen entstehen, z. B. durch Medikamentengabe, Verbandswechsel oder die Weitergabe von Informationen, die für die Pflege relevant sind. Was die Sicherheit im Rahmen der professionellen Versorgung gefährdet, kann ganz unterschiedlich sein und hängt eng mit der individuellen Person der pflegebedürftigen Person zusammen. Zur Sicherheitskultur gehört es auch, mit Fehlern offen umzugehen und aus ihnen zu lernen.“

Die Interviewten wurden gebeten, Ergänzungen, Widersprüche oder Zustimmung zu dieser Beschreibung zu äußern. Die Auswertung der Interviews ergab, dass das Verständnis von Sicherheitskultur in der Pflege zwischen den Gruppen variierte: Die Auffassung der Expertinnen aus der Forschung war in einer Linie mit Definitionen aus dem wissenschaftlichen Kontext: Sicherheitskultur begriffen sie als organisationsübergreifende Kultur, die von gemeinsamen Einstellungen, Annahmen, Werten, Haltungen und Wahrnehmungen bestimmt wird und einen offenen, konstruktiven Umgang mit Fehlern beinhaltet.

Pflegende Angehörige und professionell Pflegende, die in der Praxis bisher wenig bis gar nicht mit dem Begriff Sicherheitskultur in Berührung gekommen waren, hatten eher pragmatische Assoziationen zu sicherheitsfördernden Maßnahmen, beispielsweise Pflegeleistungen, die fachlichen und gesetzlichen Anforderungen entsprechen sollten. Zudem wurde das Risikomanagement in einigen Pflegebereichen, wie Ernährung oder Dekubitus, als Sicherheitskultur verstanden. Eine Pflegefachperson sprach dabei von der Wichtigkeit einer „*einheitliche[n] Handlungsgrundlage*“ (9ely6R8bg: 7), auch bei plötzlichen Veränderungen oder Verschlechterungen im Zustand der pflegebedürftigen Person angemessen zu reagieren und über verlässliche Informationen verfügen zu können. Von den pflegenden Angehörigen und der pflegebedürftigen Person wurden darüber hinaus Vertrauen, ein guter zwischenmenschlicher Umgang der professionell Pflegenden und eine ganzheitliche präventive Sicht auf die Pflegesituation mit dem Begriff Sicherheitskultur in Verbindung gebracht.

In allen befragten Gruppen wurde im Hinblick auf die Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege auch die Berücksichtigung der individuellen Situation und der Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person thematisiert:

„Die Kopplung muss ja dann stattfinden, ne, also es geht ja nur, wenn die Organisationen sich an diese Bedürfnisse und an die Haltung des Patienten koppelt und daraufhin eben professionell auch reagiert. Und das ist für mich/da geht es dann wirklich los, finde ich, mit einer Sicherheitskultur, wenn das stattfindet und diese gemeinsame Entwicklung von einer individuellen Patientensicherheit dann auch umgesetzt wird, ne, also wenn man mit dem Patienten sagt, ‚Okay, das sind die Rahmenbedingungen [...]‘. Das verstehen Sie unter dieser Sicherheit, so möchten Sie leben.‘ oder aber auch ‚Das lehnen Sie ab‘, und das dann eben umsetzt. Und dann denken Sie sich das jetzt nochmal bitte interdisziplinär und dann wissen wir, wie anspruchsvoll es ist, über Sicherheitskultur im ambulanten Setting wirklich zu denken.“ – Expertin aus der Forschung, bsdlx8m: 23-26

4.2.2 Bedeutung von Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting

Alle befragten Personen wiesen dem Thema Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege eine hohe Bedeutung zu – allerdings unter der Prämisse, dass das individuelle Begriffsverständnis (wie in Kapitel 4.2.1 ausgeführt) einer einheitlichen Verständnisgrundlage entbehrt. Zur Frage, inwieweit Sicherheitskultur in ambulanten Diensten bereits verbreitet ist, herrschten divergierende Ansichten zwischen den befragten Personen.

Die pflegenden Angehörigen hatten eher Schwierigkeiten, dies einzuschätzen und hegten zum Teil auch Zweifel daran, ob in dem Pflegedienst, der das pflegebedürftige Familienmitglied betreut, Hinweise zu Sicherheitsbedenken oder Beschwerden eine Konsequenz hätten:

„Und immer, wenn ich mich gemeldet habe: ‚Ja, ist gut‘ oder ‚Entschuldigung‘, aber letztlich ist immer wieder was anderes Schlimmes passiert, sozusagen. Ich weiß nicht, ob das jetzt, sozusagen, billigend in Kauf genommen wird, weil einfach der Stress zu groß ist. Ich weiß nicht, ob die daraus wirklich was gemacht haben.“ – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 33

Zwei professionell Pflegende attestierten ein starkes Bewusstsein für die Sicherheit bei einem Großteil der Mitarbeitenden in ihren Pflegediensten. Begründet wurde die Aussage damit, dass Pflegefachpersonen ausreichend Kenntnisse über Gesundheitsrisiken Pflegebedürftiger hätten. Einstellungen, Haltungen und kulturelle Aspekte wurden in diesem Zusammenhang jedoch nicht angesprochen. Eine

weitere Pflegefachperson beschrieb auf die Frage nach der Bedeutung der Sicherheitskultur in ihrem Pflegedienst, dass das Risikomanagement in die tägliche Arbeit und in die Pflegeabläufe gut integriert wäre – allein schon deshalb, weil der Medizinische Dienst für die Langzeitpflege überprüfe, wie mit Sicherheitsrisiken umgegangen wird. Eine Pflegefachperson stellte fest, dass viele Kolleginnen und Kollegen keine entsprechenden „*Handlungsketten*“ (9ely6R8bg: 13) ableiten könnten, wenn Sicherheitsrisiken identifiziert würden.

Passend zu den Antworten der professionell Pflegenden erklärte eine der interviewten Expertinnen aus der Forschung, dass „*messbar[e]*“ (bsdlzx8m: 14) Ergebnisse der Sicherheit (z. B. Stürze, Dekubitus, Infektionen) eher im Bewusstsein von Pflegefachpersonen wären als eine „*gemeinsame Haltung*“ (bsdlzx8m: 18) zur Sicherheit. Diese sei gerade in der ambulanten Pflege sehr wenig verbreitet – darüber waren sich alle interviewten Expertinnen aus der Forschung einig.

Dass professionell Pflegenden möglicherweise weniger mit dem Konzept der Sicherheitskultur vertraut sind, könnte erklären, warum die Befragten teilweise diesbezüglich auch keinen Handlungsbedarf sahen:

„Also bei unserer Pflegedienstleitung muss man da eigentlich nicht dran arbeiten lassen, weil die schon sorgsam sind. [...] Also mir fällt jetzt spontan nicht ein, welche Sicherheit wir jetzt noch verbessern könnten, ja.“ – Pflegefachperson, VQR76Cop: 83

Spezifisch zum Umgang mit negativen Ereignissen im Pflegedienst befragt, berichteten die Pflegefachpersonen von einem eher personenabhängigen Vorgehen, wobei Sicherheitsbedenken oder Fehler in der Regel ohne Angst vor negativen Konsequenzen bei Vorgesetzten oder im Team angesprochen werden könnten. Eine einrichtungsweite Vorgehensweise bei negativen Ereignissen oder ein Verfahren, nach welchem negative Vorkommnisse gemeldet und systematisch aufgearbeitet werden, gab es allerdings in keinem der vier Pflegedienste, für die die interviewten Personen arbeiteten.

Eine eher kritische Haltung gegenüber bereits bestehenden Maßnahmen, die die Sicherheit erhöhen sollen, vertrat eine der Pflegefachpersonen. Sie beschrieb in diesem Kontext eine „*angstgetriebene Dokumentation*“ (1ZRSj5ju: 29) und ein Übermaß an Beratung, um die Anforderungen des Medizinischen Dienstes (MD) zu erfüllen, was letztlich nicht zu einer höheren Sicherheit für die pflegebedürftigen Personen führe:

„[...] dieses Hörigkeitsdenken gegenüber den Prüfinstitutionen. Weil, wir machen zu viel mit der Sicherheit. Ich sage mal, wir schütten manchmal den Bewohner oder Patienten oder Klienten, Pflegeanspruchsberechtigten irgendwo zu mit Informationen, nur damit nichts passiert. Und wenn doch was passiert irgendwo, dann wird uns ja doch die Schuld gegeben.“ – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 29

4.2.3 Sicherheitsrelevante Handlungsfelder mit Verbesserungspotenzial

Die befragten Personen benannten zahlreiche Aspekte, die ihrer Einschätzung nach sicherheitsrelevant, aber in Pflegediensten bisher nicht zufriedenstellend berücksichtigt seien. Diese wurden in folgende Handlungsfelder kategorisiert:

- Kultur und Klima des Pflegediensts
- interne Prozesse
- Prävention
- Fehler- und Risikobereiche
- Gesundheitssystem

Einen Überblick über die jeweiligen Handlungsfelder bieten die Tabellen 8 bis 12.

Zum Handlungsfeld Kultur und Klima des Pflegediensts gehörten die Themen Fehlerkultur, Kommunikation, Werte und Umgang im Team sowie Psyche und Stress, wie in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Handlungsfeld Kultur und Klima des Pflegediensts

| sicherheitsrelevantes Handlungsfeld | | Beschreibung, Ankerbeispiel, Quelle der Aussage |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Kultur und Klima des Pflegediensts | | Einstellungen, Verhaltensweisen, Vorstellungen und zwischenmenschliche Aspekte, die Einfluss auf Betriebsabläufe und die Versorgung haben |
| Fehlerkultur | Wahrnehmung negativer Ereignisse | Bewusstsein für negative Ereignisse bei der pflegerischen Versorgung; z. B. <i>„Und es gibt natürlich auch dann die Situation, wenn ich im Bereich der Pflege einen Fehler mache, dann ist das was, das ist mir unendlich unangenehm, wenn mir das bewusst wird, dass ich einen Fehler gemacht habe. Weil das ein Bereich ist, wo man immer so davon ausgeht für sich selber und gesellschaftlich auch, da darf es keine Fehler geben.“</i> – Pflegefachperson, aPrKn986: 35 |
| | Umgang mit negativen Ereignissen | Konsequenz aus negativen Ereignissen, z. B., ob sie gemeldet und besprochen oder gar vertuscht wurden; z. B. <i>„[...] es war mir auch heikel, mit der Familie zu sprechen und zu sagen: ‚Ich habe da einen Fehler gemacht‘. Und habe das mit denen besprochen und die haben gesagt: ‚Ist okay, und wir klären das jetzt‘. Und das meine ich für mich, dass das okay so gelaufen ist.“</i> – Pflegefachperson, VQR76Cop: 35 |
| | Ursachen von negativen Ereignissen | Identifikation von Ursachen eines negativen Ereignisses; z. B. <i>„Also Fehlerquellen liegen eigentlich am meisten darin, dann Veränderungen oder Gewohnheiten einschleichen zu lassen.“</i> – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 13 |
| Kommunikation | | Art und Weise sowie Inhalte der Kommunikation im Team und mit pflegebedürftigen Personen und/oder Angehörigen; z. B. <i>„Und das ist für mich viel ebenfalls, wie kommuniziere ich als Leitung mit meinem Team. Welche Kommunikationsstrukturen habe ich innerhalb dieses Pflegediensts?“</i> – Expertin aus der Forschung, zzd457oj: 13 |
| Werte und Umgang | | Überzeugungen, Ansichten, Wertvorstellungen im Zusammenhang mit der pflegerischen Arbeit und dem Miteinander im Unternehmen; z. B. <i>„Wenn dort pflegende Angehörige sozusagen als gewichtige Partner angesehen werden nach einer Leitung, dann fällt es auch den Mitarbeiterinnen an der Basis, mit denen man ja als Angehöriger normalerweise zu tun hat, leicht, auf dieses Kommunikationsbedürfnis der Angehörigen einzugehen, als wenn</i> |

| | |
|-------------------|--|
| | <i>der Betrieb so ausgerichtet ist, dass nur die bezahlte Leistung auch auf dem Abrechnungsschein zählt.</i> – pflegende Angehörige, aPrKn986: 21 |
| Psyche und Stress | psychische Belastungen wie Stress und Druck bei der Versorgung von pflegebedürftigen Personen; z. B. „[...] wenn ich das von mir sagen kann, das ist meist so eine fahrigte Geschichte, wo man den Kopf zu voll hat, Stress hat, den Druck hat, du musst weiter und sowas.“ – Pflegefachperson, VQR76Cop: 41 |

Verbesserungsbedarf wurde zudem in Bezug auf interne Prozesse im Pflegedienst sowie dem Einsatz von Richtlinien und Arbeitsmitteln gesehen. Die Beschreibungen mit Ankerbeispielen und Häufigkeiten können Tabelle 9 entnommen werden.

Tabelle 9: Handlungsfeld interne Prozesse

| PA: Pflegende Angehörige bzw. Pflegebedürftige Person, PP: Professionell Pflegende, E: Expertinnen Forschung | |
|---|---|
| sicherheitsrelevantes Handlungsfeld | Beschreibung, Ankerbeispiel, Quelle der Aussage |
| Interne Prozesse | personelle, zeitliche oder materielle Mittel des Pflegediensts |
| Ressourcen | Personal-kompetenz Know-how, Wissen, Sachverstand, Ausbildung oder Qualifikation der Pflegenden; z. B. „Also wir haben, sage ich jetzt mal, 50 Prozent der Fachkräfte und 50 Prozent der Pflegekräfte, die das Bewusstsein [für Risiken in der Versorgung] haben. Und die anderen müssen wir eben häufig darauf hinweisen auf die Notwendigkeit, dass sie es erkennen. Die sind lieb und nett aber erkennen das Problem an sich nicht. Kann man denen auch nicht verübeln. Ich meine, gerade eine Ungelernte, woher soll sie es wissen?“ – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 9 |
| | Ausstattung (Nicht-)Vorhandensein von Ressourcen/Hilfsmitteln für den Dienst; z. B. „Die organisatorische Ebene muss natürlich die Ressourcen, die nötig sind, zur Verfügung stellen, die Materialien, die nötig sind.“ – Expertin aus der Forschung, ra63vsha: 7 |
| Organisation | betriebsinterne Abläufe, Regeln und das Führungsverhalten der Vorgesetzten im Zusammenhang mit Sicherheit und Sicherheitskultur; z. B. „Das heißt, alles, was da natürlich mit Kommunikation, mit Informationsweitergabe, mit Informationsaustausch, mit Koordination zu tun hat sind natürlich Dinge, die auch die Sicherheit in der organisationalen Ebene letztendlich beeinflussen.“ – Expertin aus der Forschung, 8glbac1n: 11 |
| Regeln, Leitlinien, Standards, Verfahrens-anweisungen | Regularien bzw. interne Richtlinien für die pflegerische Versorgung; z. B. „Das ist durchaus so etwas, was im Qualitätsmanagement-Handbuch eines ambulanten Pflegediensts hinterlegt werden müsste, dass das dazu gehört, wenn ich einen Patienten zunächst einmal neu aufnehme in meiner Tour oder ihn vielleicht ebenfalls nur unregelmäßig einmal die Woche besuche, dass ich da den Blick darauf habe, das müsste als Vorgabe an die Kollegen weitergegeben werden“ – Expertin aus der Forschung, zzd457oj: 13 |

Die Hälfte der befragten Personen thematisierte den Aspekt Prävention als sicherheitsrelevantes Handlungsfeld. Speziell wurde die Relevanz von Beratung zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken benannt, wie in Tabelle 10 ausgeführt.

Tabelle 10: Handlungsfeld Prävention

| PA: Pflegende Angehörige bzw. Pflegebedürftige Person, PP: Professionell Pflegende, E: Expertinnen Forschung | |
|---|---|
| sicherheitsrelevantes Handlungsfeld | Beschreibung, Ankerbeispiel, Quelle der Aussage |
| Prävention | Vorbeugung von Schäden für die pflegebedürftige Person mit Hilfe von professionell Pflegenden oder pflegerischen Beratungsstellen |
| Beratung | Beratung zu gesundheitlichen Risiken bzw. sicherheitsrelevanten Aspekten, die die pflegebedürftige Person oder die pflegenden Angehörigen adressiert; z. B. <i>„Und auch wiederum die Angehörigen beraten, zu informieren, was machen wir denn eigentlich, warum machen wir das dann letztendlich, auch da so eine Verständniskultur entwickeln.“</i> – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 3 |
| Schutz der pflegebedürftigen Person vor Gefahren | Aufklärung oder Handlungen, die dem Schutz der pflegebedürftigen Person dienen; z. B. <i>„Und da ist es ja schon originäre Aufgabe und auch Vorbehaltsaufgabe der Pflege, sich um die Risiken und Gefahren, die den Menschen zugefügt werden könnten oder sie sich selbst zufügen könnten, sich darum zu bemühen und danach zu schauen.“</i> – Pflegefachperson, 4yALK5cs: 4-5 |

Ein großer Fokus der Interviews – vor allem für die pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden – lag auf konkreten für Risiken und negative Ereignisse anfällige Bereiche. Dabei beschrieben die Interviewten persönliche Erfahrungen mit sicherheitsrelevanten Problemen. Diese wurden in folgende 14 Bereiche zusammengefasst: Medikation, häusliche Pflege allgemein, Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen, Sturz, Hygiene, Einfluss Angehöriger, Mobilisation, Gewalt, Überleitungsmanagement, Datenschutz, Körperpflege, andere Aspekte der Behandlungspflege, Wundpflege, Arbeitssicherheit.

Zentral war das Thema Medikation, das von neun Interviewpartnerinnen und -partnern – drei aus jeder Interviewgruppe – thematisiert wurde. Jeweils drei pflegende Angehörige und professionell Pflegende sowie eine Expertin aus der Forschung sprachen zudem über generelle Besonderheiten der häuslichen Pflege, etwa den Stellenwert der Haltung, die die pflegebedürftige Person selbst zur Sicherheit in der Versorgung vertritt. Die professionell Pflegenden nannten in diesem Kontext auch umgebungsbedingte Faktoren, die familiäre Situation und das häufig entfallende Vier-Augen-Prinzip als Herausforderungen für die Sicherheit in der ambulanten Pflege. Von allen professionell Pflegenden wurden die Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen, insbesondere zu den Hausärzten, in Bezug auf die Sicherheit als problematisch wahrgenommen; es fehle an Absprachen, teilweise würden Ärztinnen und Ärzte Hinweise nicht ernst nehmen oder fehlerhafte Verordnungen ausstellen. Daneben wurden einzelne Themen wie Körperpflege, Mobilisation sowie Formen von Gewalt angesprochen. Einen Überblick über die thematisierten 14 Risiko- und Fehlerbereiche gibt Tabelle 11.

Tabelle 11: Handlungsfeld Risiko- und Fehlerbereiche

| PA: Pflegende Angehörige bzw. Pflegebedürftige Person, PP: Professionell Pflegende, E: Expertinnen Forschung | |
|---|--|
| sicherheitsrelevantes Handlungsfeld | Beschreibung, Ankerbeispiel, Quelle der Aussage |
| Risiko- und Fehlerbereiche | Bereiche mit erhöhtem Risiko- oder Fehlerpotenzial für die pflegebedürftige Person im ambulanten Pflege-Setting |
| Medikation | Medikation und damit verbundene Prozesse; z. B. „ <i>Ein Hauptrisiko im pflegerischen Verantwortungsbereich ist ebenfalls die Medikamentenverabreichung.</i> “ – Expertin aus der Forschung, zzd457oj: 9 |
| häusliche Pflege allgemein | Risiken und Fehler, die im häuslichen Umfeld bzw. durch die Versorgung daheim entstehen können; z. B. „ <i>Und dann haben wir in der Häuslichkeit natürlich auch die Sicherheit der Häuslichkeit und des Hauses. Also jetzt, wie ist die Umgebung gestaltet? Wie kann sich der pflegebedürftige oder in der Regel alte Mensch da drin bewegen, ohne, dass er sich dabei verletzt, Gefahren zufügt?</i> “ – Pflegefachperson, 4yALK5cs: 5 |
| Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen | Abstimmung mit Ärzten, Therapeuten, Apothekern usw.; z. B. „ <i>Der Informationsfluss zwischen den verordnenden Arzt und denjenigen, die mit der Behandlung beauftragt sind, ist teilweise sehr, sehr dünn. Man muss sehr aufwendig kommunizieren und auch hinterher telefonieren, um da was Konkretes zu erfahren, um da wirklich eine Abstimmung herbeizuführen.</i> “ – Pflegefachperson, 9ely6R8bg: 9 |
| Sturz | Situationen in denen ein Sturz der pflegebedürftigen Person thematisiert wird; z. B. „ <i>Ja, ich denke, das betrifft die meisten Pflegebedürftigen, das Thema Stürze ist ja ganz allgegenwärtig.</i> “ – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 49 |
| Hygiene | Infektionsschutz der pflegebedürftigen Person; z. B. „ <i>Also mit Mundschutz arbeiten strengt an und das macht mich mehr müde, weil einfach auch der Sauerstoffmangel da ist. Oder was heißt Sauerstoffmangel? Durch die Maske, FFP2, immer zu tragen. Ja, das stresst einen. Und immer daran zu denken, du musst Mundschutz, du musst Handschuhe, du musst das alles, auch so richtig ist, dass man die Abläufe richtig hat. Gut, das läuft ja bei MRSA und anderen Infektionskrankheiten ja genauso.</i> “ – Pflegefachperson, VQR76Cop: 75 |
| Einfluss Angehöriger | Risiken und negative Ereignisse, die durch Angehörige begünstigt bzw. verursacht werden; z. B. „ <i>Weil das ist auch sehr schwierig, weil dadurch eben auch manchmal Schaden entstehen kann, wenn die Angehörigen, wie heißt es so schön, Non-Compliance zeigen [...].</i> “ – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 3 |
| Mobilisation | Positionswechsel der pflegebedürftigen Person im Bett (bei Bettlägerigkeit) oder Unterstützung bei der Fortbewegung; z. B. „ <i>Was ich auch erlebt habe, unfachmännische Versuche, die Lage im Bett zu verändern. Katastrophal.</i> “ – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 37 |

| | | |
|--------|------------------------|--|
| Gewalt | körperlich | körperliche Gewalt gegenüber der pflegebedürftigen Person, bewusst oder unbewusst; z. B. <i>„Er hat also gegen seinen Willen ihn geduscht und dabei ist er zu Boden gegangen in der Dusche und hat sich verletzt.“</i> – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 9 |
| | FEM | Freiheitsentziehende Maßnahmen, auch, wenn sie zum Schutz der pflegebedürftigen Person, etwa vor Selbstgefährdung oder vor Einbrechern, dienen sollen; z. B. <i>„Klassisches Beispiel Abschießen der Wohnungstür kann auch fatale Folgen haben.“</i> – Pflegefachperson, aPrKN986: 19 |
| | psychisch | Situationen, in denen die Pflege Druck oder Stress bei der pflegebedürftigen Person verursacht; z. B. <i>„Auch Hektik, Stress. Zumindest war das bei meinem Vater. Er war sehr sensibel. Das war gefährlich für ihn. Wenn er sich bedrängt fühlte, war das sehr gefährlich. Er wollte keinem zur Last fallen.“</i> – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 49 |
| | Überleitungsmanagement | Wechsel des Versorgungssettings, z. B. vom Krankenhaus in die häusliche Pflege oder umgekehrt; z. B. <i>„Also, was wirklich ein riesiges Problem ist, die Rücküberleitungen aus dem Krankenhaus, die sind teilweise eine Katastrophe, wo es wirklich ganz, ganz übel teilweise losgeht, von wirklich so Entlassung am Freitag mit einem sehr unsicheren Status, keine Hilfsmittel, weder Verbandsmaterial.“</i> – Pflegefachperson, 9ely6R8bg: 31-35 |
| | Datenschutz | Umgang mit persönlichen und pflegerischen/medizinischen Daten der pflegebedürftigen Person im Rahmen der Versorgung; z. B. <i>„Dann das Unternehmen selber auch entsprechend gegenüber Institutionen, weil man ja bestimmten Datenschutz einzuhalten hat, Abrechnungswesen, was da alles dazu gehört. Auskunftspflichten auch gegenüber Ärzten, was ein ganz heikles Thema ist, auch gegenüber Kassen, die da immer was wissen wollen, was die eigentlich nichts angeht, sage ich jetzt mal gerade so, gerade wenn es um Verordnungen geht. Also das ist ein ganz heikles Thema. Dann Sicherheitskultur, auch Datenschutz untereinander; was die Mitarbeiter untereinander angeht, muss man ja auch bestimmte Sachen einhalten.“</i> – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 3 |
| | Körperpflege | Aspekte der Körperhygiene der pflegebedürftigen Person: waschen, duschen, baden, Mundpflege, Intimpflege; z. B. <i>„Zähne wurden offensichtlich nicht geputzt. Einmal hat meine Mutter gesagt, weil sie hatte immer oben das Badezimmer und die hat die da einfach machen lassen, und sie hat dann gesagt: ‘Das war offenbar ein Fehler’, ne, das war traurig. Sie hat dann gesagt: ‚Komisch, die haben ihn gewaschen und die Waschlappen sind trocken‘.“</i> – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 37 |
| | Wundpflege | Versorgung von Wunden im Sinne der Behandlungspflege; z. B. <i>„Da habe ich ein paar Fälle eben mit Verbandswechsel eben, da habe ich immer noch großes Bauchweh. Also, dass das eben einheitlich gemacht wird, ja?“</i> – Pflegefachperson, Gk2bcF74: 19 |
| | andere Aspekte der | Handhabung von behandlungspflegerischen Aufgaben wie Umgang mit Zugängen wie Ports, Kathetern, Magensonden oder Vitalzeichenmessung im |

| | |
|------------------------|--|
| Behandlungs- pflege | Sinne der Behandlungspflege; z. B. <i>„Ja, zum Beispiel mit der Portspülung. Da waren wir so in einem intensiven Gespräch, dass ich da gearbeitet habe und gearbeitet und dann hinterher gedacht habe: ‚Ach du Schreck, du hast vergessen, zu spülen‘.“</i> – Pflegefachperson, VQR76Cop: 43 |
| Arbeits- sicherheit | Gefährdungen der Mitarbeitenden im Rahmen der Versorgung, z. B. im Hinblick auf die Anwendung von Spritzen, fehlender Unterstützung bei körperlichen Tätigkeiten; z. B. <i>„Also ich bin jetzt mal bei den subkutanen Injektionen. Es gibt dort die Sicherheitskanülen, aber die werden eben nicht von jedem Arzt verordnet. Das ist eine ganz große Gefahr auch für die Mitarbeiter, was Sicherheitskultur angeht, in der Richtung.“</i> – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 17 |

Alle pflegenden Angehörigen, die pflegebedürftige Person und drei Pflegefachpersonen berichteten zudem über Begrenzungen aufgrund des Finanzierungssystems von Leistungen (siehe Tabelle 12): der Bedarf an weiteren Maßnahmen zur Gewährleistung der Pflegesicherheit würde zwar oftmals gesehen, aber die zeitlichen Ressourcen reichten, begrenzt durch die Planung und Vergütung der vereinbarten Leistungskomplexe, hierfür oftmals nicht aus:

„[...] Wir arbeiten natürlich in dem Rahmen, in dem wir können, entgegen. Aber man darf nicht vergessen, wir sind nicht 24/7 da. Das ist ja auch immer dieses Argument. Ich finde es zwar immer doof, weil natürlich kann man trotzdem dafür sorgen, dass diese Risiken ausbleiben in einem gewissen Maß. [...] Beispiele verwahrloste Haushalte. Beispiele eben auch Kontrakturen, die sich bilden. Wenn ich einen Patienten positioniere in seinem Bett und erst 24 Stunden später wiederkommen darf, ja, oder zwölf Stunden, wenn ich am Abend nochmal komme, was soll ich da noch Größeres tun als natürlich aufklären, beraten. Aber mehr ist nicht. Und das ist halt so. Wie gesagt, da gibt es natürlich Fehler, denen wir sehenden Auges zusehen.“ – Pflegefachperson, 4yALK5cs: 21

Zwei pflegende Angehörige bezogen sich in den Gesprächen auch auf äußere Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems als Weichensteller zur Sicherheitskultur in Pflegediensten, beispielsweise wenn Personalknappheit der Grund für gefährliche Pflege ist.

Tabelle 12: Handlungsfeld Gesundheitssystem

| PA: Pflegende Angehörige bzw. Pflegebedürftige Person, PP: Professionell Pflegende, E: Expertinnen Forschung | |
|---|--|
| sicherheitsrelevantes Handlungsfeld | Beschreibung, Ankerbeispiel, Quelle der Aussage |
| Gesundheitssystem | sozialpolitische oder berufliche Rahmenbedingungen und Strukturen, die Einfluss auf die Arbeit von Pflegediensten bzw. die häusliche Situation haben |
| Handlungsspielraum | Grenzen im Zusammenhang mit der Planung und Finanzierung, etwa von Leistungskomplexen; z. B. <i>„Aber schlussendlich verkaufen wir Pakete an Leistungen, wie es der Frisör tut. Wenn wir nur waschen, schneiden und <u>nicht</u> föhnen verkaufen, dann föhnen wir auch nicht. Erstens dürfen wir es nicht und zweitens kriegen wir die Leistung nicht finanziert. Und dieser Konflikt führt halt dazu, auch im Fehlermanagement, dass wir manche Fehler sehenden Auges zulassen müssen.“</i> – Pflegefachperson, 4yALK5cs: 21 |
| Personal | Auswirkungen der begrenzt personellen Ressourcen in den Pflegediensten; z. B. <i>„Und da sehe ich auch ein großes Problem. Das ist aber, solange wir einen Pflegenotstand haben und keine Menschen bekommen dafür, da dreht es sich im Kreis. Kann man das attraktiver machen? Das ist so das Ei des Kolumbus. Wenn das die Politik wüsste, hätte sie es getan, glaube ich.“</i> – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 18 |

4.2.4 Modelle, Theorien und Strategien zur Stärkung von Sicherheitskultur

In den Gesprächen mit den Expertinnen aus der Forschung zur Sicherheitskultur im Pflege- und Gesundheitsbereich kamen Konzepte zur Sprache, die für die Stärkung von Sicherheitskultur in Pflegediensten bedeutsam sein könnten.

Eine Interviewpartnerin erwähnte in diesem Zusammenhang den sogenannten Speak-up-Ansatz. Dabei werden Sicherheitsbedenken, die akuten Handlungsbedarf erfordern, von den Mitarbeitenden unmittelbar in der Situation durch Worte, Mimik oder Gesten zum Ausdruck gebracht. Voraussetzungen hierfür bilden eine gute Kommunikation innerhalb des Teams sowie ein konstruktiver Umgang mit Kritik – also ein Klima, in der sich Mitarbeitende überhaupt trauen, Sicherheitsbedenken oder Kritik zu äußern (Okuyama et al., 2014):

„Sind sie in einer Atmosphäre, wo sie sich wohlfühlen? Wo sie auch das Gefühl haben, sie können Dinge, die ihnen auffallen, auch ansprechen? Oder ist es eben das Gegenteil, dass sie sich psychologisch unsicher fühlen? Das hängt halt viel von der Organisation ab. Natürlich auch von der Führungskraft, was für ein Organisationsklima herrscht.“ – Expertin aus der Forschung, 8glbac1n: 11

Zwei Expertinnen aus der Forschung stellten theoretische Modelle heraus. Dazu gehören das Schweizer-Käse-Modell systemischer Fehler und die Fehlerklassifikationen nach Reason (2000). Eine andere Expertin aus der Forschung nannte als eine Strategie zur Stärkung der Sicherheitskultur, die Arbeit generell an den Sicherheitsbedürfnissen der pflegebedürftigen Person auszurichten:

„Also vielleicht ist es dann auch eher, dass erstmal der Patient gefragt wird, wie empfinden Sie denn Ihre Patientensicherheit hier gerade, ne? Und ich mir nicht eine Dokumentation anschau und sage: ‚Hier ist ein Handzeichen gesetzt ja oder nein‘.“ – Expertin aus der Forschung, bsdlx8m: 22

4.2.5 Praxisbewährte Maßnahmen

Die Expertinnen aus der Forschung und aus der professionellen Pflegepraxis wurden gefragt, welche Maßnahmen oder Instrumente sie für geeignet halten, um die Sicherheitskultur in Pflegediensten zu stärken. Auch in den Interviews mit der pflegebedürftigen Person und den pflegenden Angehörigen kamen entsprechende Maßnahmen zur Sprache. Diese wurden als normative, personelle und strukturell-prozessuale Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheitskultur zusammengefasst. Außerdem äußerten die professionell Pflegenden und pflegenden Angehörigen einige Ideen, wie Familienmitglieder und die Klientinnen und Klienten selbst einbezogen werden könnten, um die Sicherheit zu fördern.

Normative Maßnahmen

Unter normativen Maßnahmen wurden organisationale Regeln und Normen zusammengefasst, die die Sicherheitskultur beeinflussen (siehe Tabelle 13).

Expertinnen aus der Forschung und professionell Pflegende nannten in diesem Zusammenhang zum Beispiel Checklisten, Expertenstandards, Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Verfahrensanweisungen:

„Ich bin da dran, wie geht man damit um, Fehlermanagement oder irgendwo, oder dann Sicherheitskultur im ambulanten Pflegedienst auch mitaufzunehmen in das QM-Handbuch, zumindest so als Verfahrensanweisung“ – Pflegefachperson, 1ZRSj5ju: 35

Eine Pflegefachperson hob die Bedeutung von Leitbildern der Einrichtungen hervor, welche Orientierung zu deren Werten und Normen gibt.

Tabelle 13: Bewährte normative Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur

| Pflegende Angehörige | Professionell Pflegende | Expertinnen Forschung |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Regeln/Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> Leitbild Verfahrensanweisungen Expertenstandards Checklisten/Protokolle offene Kommunikation über negative Ereignisse | <ul style="list-style-type: none"> Handlungsempfehlungen Checklisten Leitlinien |

Personelle Maßnahmen

Personelle Maßnahmen beschreiben solche, die das Personal des Pflegediensts betreffen (siehe Tabelle 14). Alle befragten Personengruppen nannten in diesem Zusammenhang Fortbildungsangebote für die Mitarbeitenden. Eine pflegende Angehörige sprach über die Wichtigkeit, bei Bedarf externe Expertise und Beratung hinzuziehen, etwa qualifizierte Wundberaterinnen und -berater.

Sowohl professionell Pflegende als auch Expertinnen aus der Forschung berichteten von positiven sicherheitsrelevanten Effekten durch fachlichen Austausch und Schulung im Rahmen von begleiteten Einsätzen oder Touren. Des Weiteren wurde wiederholt die Bedeutung der Personaleinsatzplanung für

eine positive Sicherheitskultur angeführt, speziell der Einsatz von Mitarbeitenden entsprechend ihren Kompetenzen, Präferenzen und ihrer Belastbarkeit.

„Also mir ist das schon mal passiert, aus einem Stress heraus, doppelt gearbeitet, musste abends dann nochmal raus, da habe ich einen falschen Patienten angefahren. Und dann habe ich gesagt: ‘Das funktioniert so nicht mehr. Ich schaffe das momentan nicht, Doppeldienste zu fahren’. Und dann haben wir das auch so geregelt, dass ich sehr, sehr, sehr wenig Doppeldienste fahre.“ – Pflegefachperson, VQR76Cop: 95

Tabelle 14: Bewährte personelle Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur

| Pflegende Angehörige/ Pflegebedürftige Person | Professionell Pflegende | Expertinnen Forschung |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbezug von Fachexpertinnen/-experten z. B. Wundberatung ▪ Schulung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personaleinsatzplanung entsprechend Kompetenzen, Präferenzen, Belastbarkeit ▪ Schulung ▪ Pflege- bzw. Mitarbeitendenvisiten, Begleitung von Einsätzen/Touren | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortbildungsprogramme, Schulungen ▪ Workshops, z. B. simulative Situationen ▪ fachlicher Austausch/Praxisanleitung i. S. v. Einsatzbegleitung ▪ interdisziplinäre Team-Meetings |

Strukturell-prozessuale Maßnahmen

Unter strukturell-prozessualen Maßnahmen wurden Aussagen subsumiert, die die Ausstattung und Abläufe von Pflegediensten betreffen. Diese wurde in Allgemein, Kommunikation und Dokumentation eingeteilt (siehe Tabelle 15). Die meisten strukturell-prozessualen Maßnahmen kamen in den Gesprächen mit professionell Pflegenden auf: Zur Sprache kamen etwa flache Hierarchien und eine umfangreiche Einarbeitung als sicherheitskulturfördernde Maßnahmen. Weiterhin wurden eine offene Kommunikation etwa bei Dienstbesprechungen, der fachliche Austausch zum Beispiel in Fallbesprechungen und die aktive Rücksprache mit an der Versorgung beteiligten Personen genannt:

„Ich habe auch immer schon behauptet, wir haben kein Mobbing und so Hintenrum im Team. Und ich erlebe es jetzt, [...] wenn einem Kollegen auffällt, also wenn der abends fährt, dann ist immer das und das, dann wird hier das Gespräch gesucht, absolut. Da ist nicht sich drüber aufregen und ärgern. Dann geht das hier über das Büro. Also wir sind hier zwei Pflegedienstleitungen und dann wird das hier kommuniziert. Dann ist das offen. Dann ist das klar. Und dann gucken wir halt, wie kann man das ausbessern.“ – Pflegefachperson, 4yALK5cs: 21

Von einzelnen Pflegefachpersonen wurde zudem positiv über die Nutzung eines Tourenhandys sowie einer Team-Chat-Gruppe berichtet – gleichzeitig wurde letztere von der interviewten Person als datenschutzrechtlich problematisch beurteilt.

Zu Maßnahmen hinsichtlich der Dokumentation beschrieben professionell Pflegende vor allem Aspekte, die vordergründig der Pflegesicherheit und weniger der Sicherheitskultur dienen. Hierbei ging es zum Beispiel um die Chancen der Digitalisierung, Datensicherheit, Aktensichtung für Fortbildungszwecke und die Integration von Risiko-Assessments in die Dokumentation:

„Aber wir sind ja auf dem Weg zu digitalisieren und da wird es dann auch so sein, bevor ich eine Tour beginne oder meine Arbeit antrete, habe ich ein Handy, auf dem ist dann runtergeladen, was aktueller Stand ist. Und zwar bei allen Patienten. Und dann lese ich auch, was der

Frühdienst vor fünf Tagen geschrieben hat, in dem Moment, in dem ich es lesen will und nicht nur, wenn ich dort vor Ort bin. Also da sehe ich schon im Moment eine große Veränderung in der Versorgung.“ – Pflegefachperson, 4yALK5cs: 13

Die Expertinnen aus der Forschung berichteten zudem von guten Erfahrungen bei der Nutzung von Kommunikationstools und Berichts- und Lernsystemen zur Stärkung der Sicherheitskultur – beispielsweise in Hausarztpraxen oder im klinischen Versorgungssetting.

Tabelle 15: Bewährte strukturell-prozessuale Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur

| | Pflegende Angehörige/ Pflegebedürftige Person | Professionell Pflegende | Expertinnen Forschung |
|---------------|--|--|---|
| Allgemein | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ umfangreiche Einarbeitung, auch in neue Digitalisierungsmaßnahmen ▪ flache Hierarchien ▪ Verknüpfung von Supervision vor Ort mit Beratung und Interessen der Pflegebedürftigen | |
| Kommunikation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weitergabe von Informationen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation und Monitoring: Fallbesprechungen, Dienstbesprechungen, fachlicher Austausch ▪ aktive Rücksprache mit z. B. Ärztinnen/Ärzten, Krankenhaus, Klientinnen/Klienten ▪ Team-Chat-Gruppen, Tourenhandy, Anrufe für kurzfristige Änderungen ▪ offene Kommunikation, Voraussetzung: gutes Vertrauensverhältnis | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schulungen und Tools zur Stärkung der Kommunikation, z. B. SBAR |
| Dokumentation | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewährleistung Datensicherheit ▪ Risiko-Assessment in Dokumentation integrieren ▪ Evaluation und Monitoring ▪ Aktensichtung, auch für Fortbildungszwecke ▪ digitaler Schicht-/Tourenplan, Pflegebericht | <ul style="list-style-type: none"> ▪ CIRS nutzen |

Pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen betreffende Maßnahmen

Ein weiterer Schwerpunkt der Interviews mit den pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden war die Rolle der Klientinnen und Klienten sowie der Angehörigen bei der Stärkung der Sicherheitskultur der Pflegedienste.

Die pflegenden Angehörigen betonten in diesem Kontext den Stellenwert von Eigeninitiative, entsprechende Informationsangebote wahrzunehmen und sich bei Fragen oder Problemen stets an den Pflegedienst zu wenden:

„Das sind viele Bereiche. Ja, aber was man selber tun kann, ich kann nur empfehlen, dranbleiben, dranbleiben, hartnäckig sein, aber freundlich und höflich und mit Respekt. Das sollte selbstverständlich sein. Aber immer, immer, immer reagieren, immer was dagegen unternehmen und nachfragen und auch ganz vorsichtig.“ – pflegende Angehörige, W6xL9gd2: 65

Eine Pflegefachperson verwies auf die Möglichkeit, im Rahmen der eigenen Tätigkeit aktiv zu werden und in Gesprächen die Klientinnen und Klienten zu Sicherheitsthemen zu coachen beziehungsweise Wissen zu vermitteln und sie zu beraten.

4.2.6 Weitere vorgeschlagene Maßnahmen

Neben Maßnahmen, mit denen die interviewten Personen bereits gute Erfahrungen gemacht haben, äußerten sie auch Ideen für Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur, die in den Pflegediensten bisher nicht umgesetzt werden beziehungsweise mit denen sie bisher keine Erfahrung gemacht hatten. Diese können ebenfalls in normative, personelle und strukturell-prozessuale Maßnahmen unterteilt werden. Außerdem gibt es Vorschläge der befragten Personen auf politisch-struktureller Ebene.

Normative Maßnahmen

Eine Expertin aus der Forschung sprach sich dafür aus, die Etablierung von Sicherheitskultur durch konkrete Maßnahmen zu beginnen, etwa standardisierte Abläufe im Rahmen der Kommunikation und des Fehlermanagements zu entwickeln. In diese Richtung zielte auch der Vorschlag einer Pflegefachperson: Zur Verbesserung des Fehlermanagements in der Organisation sollte zunächst ein gemeinsames Verständnis im Pflegedienst dazu entwickelt werden, was ein Fehler ist und wie damit umzugehen ist. Eine pflegende Angehörige schlug organisationale Regeln und Normen vor, welche Pflegefachpersonen zur Einhaltung eines allgemeinen Verhaltenskodex mit ethischen Standards³ verpflichten sollten. Ähnlich äußerte sich ein anderer pflegender Angehöriger, der eine Arbeitshilfe für das „gute Miteinander [...] von allen Pflegebeteiligten“ oder für Aspekte „wünschenswerten sozialen Miteinanders“ (aPrKn986: 53) vorschlug, in dessen Rahmen Probleme besser angesprochen und gelöst werden könnten.

Personelle Maßnahmen

Bezüglich Maßnahmen, die das Personal von Pflegediensten betreffen, sprachen alle Interviewgruppen über Schulungen von Mitarbeitenden mit Ausrichtung auf Themen der Sicherheitskultur. Fortbildungen sollten auch soziale Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit und den Umgang der Beschäftigten miteinander adressieren. Eine Pflegefachperson schlug vor, zukünftig im Rahmen von Schulungen vermehrt auf den Umgang mit Risiken und Kommunikationsproblemen einzugehen. Expertinnen aus der Forschung thematisierten die Wichtigkeit von Schulungen, um für das Thema Sicherheitskultur zu sensibilisieren und Team-Coachings zur Reflexion von Handlungsabläufen. Zum besseren Umgang mit negativen Ereignissen, zur Kommunikation und zum Teambuilding wurde das Programm TeamSTEPPS® der Agency for Healthcare Research and Quality Health (AHRQ) aus den USA (King et al., 2008) empfohlen. Eine Expertin aus der Forschung betonte, dass in Schulungen von Leitungspersonen auch deren

³ Es wird angenommen, dass nicht flächendeckend bekannt ist, dass Grundlagen zu guter Pflege bereits sowohl in rechtlichen Dokumenten als auch in fachlichen und ethischen Leitlinien festgehalten sind, zum Beispiel im ICN-Ethikkodex, im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI), im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), in den Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (Pflege-Charta).

Rolle und Verantwortung bei der Etablierung von Sicherheitskultur im Pflegedienst thematisiert werden sollte:

„[...] bei der Leitung muss auf jeden Fall rein, was die Aufgaben der Leitung sind. Und dass die Leitung das vorlebt und dass die Leitung mit gutem Beispiel vorangeht. Ich weiß nicht, ob man das in einer Schulung so einfach vermitteln kann. Das haben wir nicht so gemacht. Unsere Schulung richtete sich immer an das gesamte Praxis-Team. Aber wenn man Extra-Schulungen macht für die Leitung, darf das besondere Aufmerksamkeit bekommen.“ – Expertin aus der Forschung

Strukturell-prozessuale Maßnahmen

Die vorgeschlagenen strukturell-prozessualen Maßnahmen wurden, wie oben, ebenfalls in die Subkategorien Allgemein, Kommunikation und Dokumentation unterteilt. Insgesamt ging es den Befragten um eine verbesserte, möglichst transparente Kooperation innerhalb und außerhalb des Pflegeteams. Zentraler Wunsch der pflegenden Angehörigen und Pflegefachpersonen in den Gesprächen war eine offene Kommunikation auf Augenhöhe mit allen beteiligten Personen und Professionen. Als mögliches Werkzeug schlug ein pflegender Angehöriger eine (digitale) Kommunikationsplattform vor, die von allen genutzt werden könnte. Das steht in einer Linie mit dem Vorschlag einer Expertin aus der Forschung, ein Dokumentationssystem für alle am Pflegeprozess Beteiligten (z. B. Pflegedienst, pflegende Angehörige, pflegebedürftige Person, Ärztinnen/Ärzte) zu etablieren:

„Ja also das wäre ja schon mal gut, wenn wir eine gemeinsame Dokumentation hätten, und wenn diese Dokumentation von jedem, an jedem Ort, also von dem Behandlungsteam eben auch aufgerufen werden könnte und aktualisiert werden könnte. [...] und da wäre ein Zugriff auf eine gemeinsame Dokumentation natürlich hilfreich, wenn ich sehe, was hat meine Kollegin jetzt aktuell geschrieben? Hat der Arzt das gelesen, weiß der Physiotherapeut Bescheid? Wer auch immer. Wissen die Angehörigen, was sie zu tun haben? Gibt es Rezepte, die Apotheke? Es ist so ein großes Feld, und jeder dokumentiert für sich. Kultur hört sich immer so schön an, aber da sind wir nicht. Das ist irgendwie so ein Einzelding, und wenn wir von einer Kultur, von einer gemeinsamen Haltung sprechen, dann müssen wir die anderen Berufsgruppen auch da mit einbeziehen. Und da sind wir, glaube ich, wenn überhaupt, irgendwo an einem Anfang.“ – Expertin aus der Forschung, bsdlx8m: 18

Pflegenden Angehörigen und Expertinnen aus der Forschung war es zudem ein Anliegen, pflegende Angehörige und die pflegebedürftige Person künftig stärker in den Versorgungsprozess einzubeziehen – insbesondere in Bezug auf ihre Wahrnehmungen zur Sicherheit und die Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz, beispielsweise durch gezielte Beratungen.

Die Vorschläge der interviewten Personen sind in Tabelle 16 zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 16: Vorgeschlagene strukturell-prozessuale Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur

| | Pflegende Angehörige/ Pflegebedürftige Person | Professionell Pflegende | Expertinnen Forschung |
|---------------|--|--|---|
| Allgemein | <ul style="list-style-type: none"> ▪ gemeinsamen Plan erarbeiten und alle an Versorgung Beteiligten darin einbeziehen ▪ transparentes Beschwerdemanagement einführen ▪ im Pflorgeteam über eigene Verantwortung sprechen ▪ ganzheitliche Sichtweise auf die Pflegesituation entwickeln | <ul style="list-style-type: none"> ▪ offener, konstruktiver Umgang mit negativen Ereignissen ▪ Kreativschmiede im Team, um gemeinsam Lösungen für Probleme zu finden ▪ pflegende Angehörige und Pflegebedürftige systematisch einbeziehen und beraten | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Audits zur Identifikation von Sicherheitslücken ▪ pflegende Angehörige und Pflegebedürftige systematisch einbeziehen und beraten |
| Kommunikation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervision ▪ Fallkonferenz ▪ (digitale) Kommunikationsplattform für alle am Pflegeprozess Beteiligten | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikationskultur verbessern ▪ andere an der Versorgung Beteiligte informieren und einbeziehen | |
| Dokumentation | | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentationssystem für alle am Pflegeprozess Beteiligten |

Politisch-strukturelle Maßnahmen

Unter politisch-strukturellen Maßnahmen wurden jene zusammengefasst, die vor allem die gesetzlichen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege betreffen (siehe Tabelle 17). Knapp die Hälfte der Befragten äußerten den Wunsch nach einer Stärkung des Berufsfeldes der ambulanten Pflege. Diesbezüglich wurde zum Beispiel vorgeschlagen, Kompetenzen der ambulant tätigen Pflegefachpersonen zu erweitern, etwa selbstständig Hilfsmittel verordnen zu können.

Des Weiteren wurde vorgeschlagen, die Sicherheitskultur der Organisationen bei externen Qualitätsprüfungen gemäß § 114 SGB XI zu berücksichtigen.

Eine Expertin aus der Forschung beschrieb hierzu Verbesserungspotenzial bei externen Kontrollen von ambulanten Diensten. Demnach sollte hierbei deren Beratungsaufgabe einschließen, einen offenen Umgang mit Risiken und negativen Ereignissen zu unterstützen:

„[...] das habe ich in der Vergangenheit auch sehr stark und sehr nicht fördernd erlebt, [...] diese ständigen Kontrollen von externen Organisationen. Und da ist es auch so, dass ich mittlerweile denke, dass da auch eine andere Kultur angebracht wäre in dieser beratenden Funktion, dass nicht diese Überprüfung, sondern wirklich eine Art von, wenn wir Sicherheitskultur denken, dann gehen wir offen mit Fehlern um, dann ist es auch eine Art von anderer Beratung mit Organisationen über diese Fehler und Risiken zu sprechen, weil, die werden die zukünftig nicht ansprechen, wenn sie dafür gedist werden, ne? Das macht keiner, sondern alle werden so tun, als wäre alles in Ordnung und dafür werden sie auch belohnt, dafür bekommen sie eine sehr gute Note“ – Expertin aus der Forschung, bsdlx8m: 28

Darüber hinaus wurde angebracht, dass Pflegedienste ihr Engagement für Sicherheitskultur bei Vergütungsverhandlungen mit den Kranken-/Pflegekassen einbringen sollten.

Tabelle 17: Vorgeschlagene politisch-strukturelle Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur

| Pflegende Angehörige/ Pflegebedürftige Person | Professionell Pflegende | Expertinnen Forschung |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Qualitätsprüfungen Thema Sicherheitskultur berücksichtigen ▪ Engagement für Sicherheitskultur im Rahmen von Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegediensten und Kranken-/Pflegekassen einbringen | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeit, dass Pflegefachpersonen Hilfsmittel verordnen können | <ul style="list-style-type: none"> ▪ flächendeckend tarifliche Bezahlung professionell Pflegenden ▪ bei Qualitätsprüfungen Thema Sicherheitskultur berücksichtigen ▪ Aufnahme von Sicherheitskultur in Curriculum der Pflegeausbildung |

4.2.7 Implementierung von Sicherheitskultur

Im Rahmen der Interviews wurden verschiedene Aspekte angesprochen, die die Implementierung von Sicherheitskultur stärken könnten.

Vorbereitung

Die Expertinnen aus der Forschung beschrieben gute Erfahrungen, zur Implementierung von Sicherheitskultur Kick-Off-Veranstaltungen in den Pflegediensten durchzuführen, um alle Beteiligten zu informieren und zu sensibilisieren. Alle Mitarbeitenden des Diensts sollten in den Implementierungsprozess einbezogen werden beziehungsweise daran partizipieren. Dem Leitungspersonal der Pflegedienste wurde dabei eine besonders wichtige Rolle bei der Vermittlung des Themas zugeschrieben. Eine Expertin stellte fest, dass ein „[...] *Mix aus Interventionen* [...]“ (8glbac1n: 21) benötigt werde, um Sicherheitskultur zu entwickeln. Zwei Interviewpartnerinnen aus der Forschung berichteten, dass in ihnen bekannten Projekten zur Entwicklung von Sicherheitskultur der PDCA-Zyklus angewendet wurde. Im Rahmen dieses Vorgehens wurden gute Erfahrungen mit einem partizipativen Vorgehen in den Pflegediensten gemacht. Eine der befragten Expertinnen aus der Forschung betonte „*Man darf es nicht zu kompliziert machen* [...]“ (ra63vsha: 15): Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur sollten niedrigschwellig sein und schrittweise eingeführt werden. Diese Meinung teilte auch eine weitere Expertin aus der Forschung. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass Bedürfnisse und Wissen der Klientinnen und Klienten bei der Umsetzung von Maßnahmen beachtet werden sollten. Seitens der pflegenden Angehörigen wurden keine Empfehlungen gegeben.

Medien und Methoden

Sowohl die befragten pflegenden Angehörigen als auch die professionell Pflegenden schlugen vor, mithilfe von Edukationsmaterial und Schulungen Aspekte von Sicherheitskultur zu vermitteln. Diese sollten so ausgerichtet und organisiert sein, dass sie die gesamte Belegschaft erreichen können. Zwei der befragten Pflegefachpersonen führten an, dass Materialien und Schulungen zum Thema unbedingt praxisorientiert gestaltet sein sollten. Eine zusätzliche Möglichkeit wäre laut professionell Pflegenden die Nutzung einer Übersicht, die Sicherheitsrisiken und -maßnahmen zusammenfasst und professionell Pflegende regelmäßig daran erinnert. Als weitere Methoden wurden die Videoanalyse sowie die Analyse negativer Ereignisse mithilfe von Diagrammen beschrieben. In drei Interviews kam zur Sprache,

dass es hilfreich sein könnte, Schulungen als Webinare und E-Learnings durchzuführen, um ihre Erreichbarkeit zu erhöhen. Dabei sollte auf Interaktivität geachtet werden, um die Lerninhalte nachhaltiger zu vermitteln. Die Erfahrungen der Expertinnen aus der Forschung zeigten einerseits, dass diese auf hohe Akzeptanz bei den Schulungsteilnehmenden stießen:

„Die Leute haben das gut gefunden, dass sie nirgends hinfahren mussten, dass sie sich auch abends auf dem Sofa so etwas anschauen konnten. Und dass sie das nach ihrem eigenen Tempo machen konnten.“ – Expertin aus der Forschung, ra63vsha: 21

Andererseits wurde von zwei Expertinnen aus der Forschung berichtet, dass es Schwierigkeiten in der Wahrnehmung von sowohl Präsenz- als auch Online-Schulungen geben könnte, unter anderem, wenn die Teilnehmenden keine Zeit hätten oder nicht freigestellt würden. Das Konzept „train-the-trainer“ (ra63vsha: 25) könnte einer Expertin zufolge den Zugang zu wichtigen Lerninhalten verbessern, indem zunächst beispielsweise Leitungspersonen im Rahmen von Präsenzveranstaltungen geschult werden und diese ihre Erkenntnisse an die Belegschaft weitergeben. In einem Interview wurde zudem die Kombination von Präsenz- und Online-Schulungen erwähnt, um das jeweils Gelernte vertiefen zu können.

Die Nutzung von Berichts- und Lernsystemen sowie weitere Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur sollten durch spezifische Schulungen sowie regelmäßige Rücksprachen unterstützt werden.

Alle vier Expertinnen aus der Forschung zur Sicherheitskultur waren sich einig, dass der Einsatz interaktiver Tools wie beispielsweise Simulations-Schulungen in einem Room of Horrors⁴ sowie Rollenspiele und Kommunikationsübungen anhand von Alltagsbeispielen hilfreich für die Vermittlung von Sicherheitskulturaspekten wären.

Rahmenbedingungen für Schulungen

Bezüglich der Rahmenbedingungen wurde unter anderem über die Größe von Schulungsgruppen gesprochen. Zwei der Expertinnen aus der Forschung berichteten von Teilnehmendenzahlen zwischen acht und zehn Personen mit zwei Anleitenden, während die beiden anderen Erfahrungen mit Veranstaltungen für Gruppen von 20 bis 30 Personen schilderten.

Darüber hinaus wurden sie über die Zusammensetzung von Schulungen befragt, wobei eine Person empfahl, lediglich das Team eines Pflegediensts zu schulen:

„Einmal in Bezug auf diese Heterogenität und dann in Bezug darauf, dass Patientensicherheit sehr viel mit Teamstrukturen zu tun hat und wir uns sonst die Chance wieder vergeben, dass diese Teams möglicherweise sich auch verbessern in der Kommunikation, wenn ich welche aus einem anderen Pflegedienst dazu nehme.“ – Expertin aus der Forschung, zzd457oj: 37

Zwei Befragte berichteten hingegen auch von positiven Erfahrungen mit gemischten Schulungsgruppen, da in diesem Kontext ein Austausch über ähnliche Probleme und Lösungsvorschläge stattfinden könnte. Zur Dauer von Schulungen empfahl eine Expertin aus der Forschung die Durchführung mehrerer Ganztags-Schulungen im Jahr, wobei in einem anderen Interview von Workshops von zwei bis drei Stunden berichtet wurde. Für regelmäßige Webinare war eine Dauer von maximal 15 Minuten im Gespräch.

⁴ Simulationstraining, bei welchem in einem Trainingsraum Gefahren für das Wohl der pflegebedürftigen Person simuliert werden, die von Schulungsteilnehmenden zu Übungszwecken identifiziert werden sollen (Zimmermann et al., 2021)

4.2.8 Potenzielle Schwierigkeiten bei der Implementierung

Die Interviewpartnerinnen und -partner berichteten neben positiven Erfahrungen auch von Schwierigkeiten bei der Implementierung von Sicherheitskultur.

So äußerte beispielsweise ein pflegender Angehöriger, welcher gleichzeitig über einschlägige Erfahrungen als Pflegedienstleiter verfügt, Bedenken, dass Berichts- und Lernsysteme die Sicherheitskultur in Pflegediensten verbessern könnten, wenn sie ohne weitere Begleitung lediglich zur Verfügung gestellt würden. Angesprochen wurde außerdem, dass Arbeitshilfen wie Beratungsleitfäden nicht von allen Pflegediensten genutzt würden sowie Schulungen und Ratgeber zur Sicherheitskultur nicht ausreichend vorhanden und etabliert wären. Letzteres wurde ebenfalls in einem Interview der professionell Pflegenden angemerkt.

Daneben erklärten drei Pflegefachpersonen, dass Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheitskultur, zum Beispiel Schulungen oder Dokumentationssysteme, als zusätzliche Belastung empfunden werden könnten. Eine Pflegefachperson monierte, dass etwa die „*Kommunikationskultur*“ (1ZRSj5ju: 37) nicht einfach durch allgemeine Anleitungen verbessert werden könnte.

Analog zu den professionell Pflegenden waren sich die Expertinnen aus der Forschung über Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Schulungen zur Sicherheitskultur einig. Erfahrungsgemäß sei es oftmals nicht möglich, die Teilnahme von Mitarbeitenden von Pflegediensten an Schulungen sicherzustellen. Gründe wären fehlende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie unterschiedliche Arbeitszeiten. Eine weitere Hürde, welche in drei Interviews dieser Gruppe geäußert wurde, stelle eine fehlende Sensibilisierung und fehlendes Bewusstsein für Sicherheitskultur seitens Pflegefachpersonen, Leitungen, Klientinnen und Klienten sowie externen Organisationen dar. Darüber hinaus wurde in zwei Interviews die Komplexität des Themas und der damit zusammenhängende Zeitaufwand angesprochen: „*Das ist ja ein langer Weg, so eine Kultur aufzubauen.*“ (Expertin aus der Forschung, 8glbac1n: 51). Eine der Expertinnen aus der Forschung beschrieb zudem die dezentrale Struktur der ambulanten Pflege als Erschwernis bei der Entwicklung der Sicherheitskultur, etwa beim Teambuilding. Zusätzlich erschwerende Faktoren wären die Heterogenität der Pflegedienste hinsichtlich der Strukturen der Mitarbeitenden und Klientinnen sowie Klienten sowie eine mangelnde technische Ausstattung und digitale Kompetenz der Mitarbeitenden der Pflegedienste.

4.2.9 Ansätze zum Umgang mit Schwierigkeiten

Neben Schwierigkeiten in der Implementierung sind von den Befragten auch Ansätze zum Umgang damit dargestellt worden.

Eine Pflegefachperson sah eine Chance in der Digitalisierung. So könnten aktuelle Informationen schneller und umfassender geteilt werden. Auch wären eine zentrale Fachstelle sowie einheitliche Materialien zum Thema Sicherheitskultur hilfreich, um Pflegedienste bei der Umsetzung von sicherheitsrelevanten Aspekten zu unterstützen.

Zwei der Expertinnen aus der Forschung waren der Ansicht, dass die Sicherheitskultur gestärkt werden könne, indem Mitarbeitenden Risiken der ambulanten Pflege und der Nutzen von Sicherheitskultur vermittelt werden würden. Dies könnte beispielsweise mithilfe von Schulungen erfolgen. Besonders

wichtig sei die Überzeugung des Leitungspersonals von Pflegediensten, unter anderem da dieses die Mitarbeitenden zur Teilnahme an Schulungen freistellen müsste.

„[...] wenn man bestimmte Sachen, die nicht gut laufen, wenn man sich den Prozess anschaut und diesen verbessert, dass das auch Zeit einsparen kann. [...] Wenn sie den Nutzen besser verstehen, dann ist die Akzeptanz auch größer.“ – Expertin aus der Forschung, ra63vsha: 17-19

Einer der befragten Expertinnen aus der Forschung zufolge könne so das Thema seitens der Pflegedienste besser verstanden und zielgerichtete Maßnahmen abgeleitet werden.

4.3 Arbeitsmaterial zur Sicherheitskultur

Auf Basis des Scoping Reviews und der leitfadengestützten Interviews wurde praxisbezogenes Arbeitsmaterial zur Stärkung von Sicherheitskultur in Pflegediensten entwickelt (siehe Anhang D). Zielgruppe sind professionell Pflegende in ambulanten Pflegediensten inklusive der Leitungsebene sowie Auszubildende und Studierende für Pflegeberufe. Das Arbeitsmaterial kann vollständig oder auszugsweise zum Beispiel in Fortbildungen, Workshops oder Qualitätszirkeln in Pflegediensten sowie im Unterricht an Pflegeschulen Anwendung finden. Ziel des Arbeitsmaterials ist, Wissen zu vermitteln, Kompetenzen zu stärken sowie Reflexion und Austausch zu fördern.

Es soll Wissen darüber vermittelt werden,

- was Sicherheitskultur in der Pflege bedeutet
- warum Pflegesicherheit und Sicherheitskultur wichtig sind
- welche Folgen mangelnde Sicherheitskultur haben kann
- welche Potenziale mit der Stärkung der Sicherheitskultur verbunden sind
- welche Faktoren eine sichere Pflege erschweren können
- wie es zu negativen Ereignissen kommen kann
- was Einfluss auf die Sicherheitskultur hat
- wie die Sicherheitskultur gestärkt werden kann
- wie Risiken gemeinsam reduziert werden können
- was nach negativen Ereignissen zu tun ist
- wo es weiteres Wissen und Qualifizierung gibt
- wo es Handlungshilfen und Materialien gibt.

Dieses Wissen soll Schulungsteilnehmende befähigen,

- eine gemeinsame Verständnisbasis über Pflegesicherheit und Sicherheitskultur zu entwickeln
- besonders aufmerksam hinsichtlich sicherheitsrelevanter Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen zu sein
- bewusst die eigene Verantwortung und Wirksamkeit im Pflegedienst wahrzunehmen
- ihr kritisches Denkvermögen zu nutzen, um Risiken zu identifizieren
- durch aktive und offene Kommunikation konstruktiv zusammenzuarbeiten
- negative Ereignisse als Chance zu verstehen, um daraus zu lernen
- Rahmenbedingungen im Pflegedienst zu gestalten und hilfreiche Instrumente anzuwenden.

Das Material umfasst Präsentationsfolien zur Schulung und Arbeitsblätter für die Gruppenarbeit mit informativen und interaktiven Elementen. Die Aufbereitung der Inhalte erfolgte systematisch unter Beachtung internationaler Standards zur Aufbereitung von Pflege- und Gesundheitsinformationen.

Präsentationsfolien zur Schulung

Die Präsentationsfolien sind entsprechend der etablierten Struktur des bestehenden ZQP-Arbeitsmaterials in die drei Bereiche *Wissen*, *Handeln* und *Hilfe finden* gegliedert.

Im ersten Teil (Wissen) werden Definitionen im Kontext Sicherheitskultur in der Pflege vorgestellt. Zudem finden sich Informationen über Grundlagen, Relevanz und Potenziale von Sicherheitskultur in der Pflege sowie Faktoren, die eine sichere Pflege erschweren, zur Entstehung negativer Ereignisse beitragen und die Sicherheitskultur beeinflussen können.

Der zweite Teil (Handeln) stellt Maßnahmen und Instrumente vor, mithilfe derer Risiken reduziert und die Sicherheitskultur gestärkt werden können. Dies umfasst auch Impulse zur Reaktion auf negative Ereignisse.

Teil drei (Hilfe finden) zeigt weiterführende Angebote und Materialien auf. Auf einzelnen Folien thematisch verankerte Fallbeispiele und Fragen an die Schulungsteilnehmenden sollen zum Austausch und (inter-)aktiven Lernen anregen.

Arbeitsblätter für die Gruppenarbeit

Zur Ergänzung und Vertiefung der Folieninhalte dienen sechs Arbeitsblätter. Sie bieten Anregungen zur Diskussion und Reflexion relevanter Begriffe im Zusammenhang mit Sicherheitskultur, pflegebedingter Risiken und vermeidbarer schwerwiegender Ereignisse (Never Events) sowie individueller Perspektiven, Haltungen und Verhaltensweisen in Bezug auf die Pflegesicherheit und die Sicherheitskultur in der Pflege. Außerdem soll für eine aktive Kommunikation (Speak-up-Ansatz) und die Analyse und Aufarbeitung negativer Ereignisse sensibilisiert werden.

Zur Vorbereitung und Durchführung der Gruppenarbeit sind allen Arbeitsblättern Hinweise für die Schulungsleitung vorangestellt.

Zeitaufwand und Anforderung an die Schulungsleitung

Bei Verwendung der Präsentationsfolien in Verbindung mit zwei Arbeitsblättern dauert die Schulung bei einer Gruppe von 15 Personen etwa acht Stunden. Schulungsleitende sollten über Vorkenntnisse zur Sicherheitskultur in der Pflege und Pflegesicherheit verfügen. Zudem sollten sie Erfahrung in der Moderation sowie in der Unterstützung von Gruppen in Lernprozessen mitbringen.

5 Einordnung der Gesamtergebnisse

Im Rahmen der wissenschaftlichen Literaturanalyse wurden verschiedene Modelle, Theorien, Instrumente und Strategien identifiziert, die im Zusammenhang mit der Sicherheitskultur in Pflegeorganisationen stehen. Der wissenschaftliche Fokus wurde ergänzt durch leitfadengestützte Interviews mit Forscherinnen mit spezifischen Fachkenntnissen zur Sicherheitskultur im Pflege- und Gesundheitsbereich, professionell Pflegenden sowie pflegenden Angehörigen und einer pflegebedürftigen Person zu ihren Perspektiven auf Sicherheitskultur in der Pflege. Auf dieser Basis entstand praxisnahes Arbeitsmaterial zur Stärkung der Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege.

5.1 Literaturbewertung

Sicherheitskultur wird als Konstrukt auf Basis gemeinsamer Haltungen, Werte, Kompetenzen und Verhaltensweisen beschrieben (Cooper, 2000; Guldenmund, 2000; Pfaff et al., 2009) (vgl. Kapitel 1.1). Konsens über das Konzept Sicherheitskultur besteht nicht (Hammer & Manser, 2022; Lee et al., 2017). Sicherheitskultur in der Pflege, und besonders in der ambulanten Pflege, ist bisher ein eher wenig beforschtes Feld. Die Literaturanalyse ergab lediglich sieben Studien, die auf die Stärkung der Sicherheitskultur in der Pflege fokussierten – keine davon zielte auf das ambulante Pflege-Setting. Um Schlüsse für Pflegedienste zu ziehen, kann ein Transfer von Erkenntnissen aus dem klinischen oder stationären Bereich angedacht werden. Demnach sind Bestrebungen, die Sicherheitskultur positiv zu beeinflussen, vor allem dann vielversprechend, wenn verbesserungsbedürftige Bereiche von den Mitarbeitenden der Einrichtung selbst identifiziert und in einem strukturiertem, mehrschrittigem Prozess angegangen werden. Ein möglicher Schritt dabei ist die Befähigung der Mitarbeitenden zur selbstständigen Evaluation zuvor festgelegter Variablen mit Bezug zur Sicherheitskultur oder sicherheitsbezogener pflegerischer Outcomes. Ein partizipatives, befähigendes und nachhaltiges Vorgehen ist auch im Sinne des Gesundheitsförderungsprozesses zur Prävention in Lebenswelten nach § 20 SGB V (GKV-Spitzenverband, 2021). Wichtig scheinen außerdem der Erfahrungsaustausch sowie gute Kommunikationsstrukturen im internen Team und mit externen Partnern zu sein. Der Wert guter Kommunikationsfähigkeiten für die Erhöhung der Sicherheit wurde auch in anderen Studien beschrieben, beispielsweise in Bezug auf Achtsamkeit durch verbesserte Kommunikation der Führungsperson (Roussel, 2019) oder mit Fokus auf die interprofessionelle Kommunikation (O'Donovan et al., 2019).

Etwas verbreiteter sind wissenschaftliche Arbeiten im ambulanten Pflege-Setting zur Implementierung von einzelnen Instrumenten sowie zu komplexen Interventionen zur Verbesserung pflegerischer Outcomes wie Medikationssicherheit, Prävention von Stürzen und Hygiene. Komplexe Interventionsstudien, die nicht explizit auf die Sicherheitskultur zielen, beziehen sich zum Beispiel auf die Reduktion von Krankenhauseinweisungen, die Implementierung von evidence based practice (EBP) oder die Vermeidung von Infektionen. Entsprechende Interventionen könnten auch für den Aufbau einer positiven Sicherheitskultur nützlich sein, da sie einige hierfür relevante prozessuale und strukturelle Aspekte umfassen. Als wiederholt beschriebene und möglicherweise auf mehrere Settings übertragbare Elemente sind train-the-trainer-Konzepte, Schulungen für Mitarbeitende und Leitungspersonen, strukturierter Informationsaustausch und eine klare Kommunikationsstrategie, der Speak-up-Ansatz, das Berichten von negativen Ereignissen sowie die gemeinsame Entwicklung eines Plans zur Veränderung (sog. Action Plan) zu nennen.

Die Sichtung der Interventionsstudien und weiterer Literatur ergab zudem Hinweise auf förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung von Interventionen zur Stärkung der Sicherheitskultur. So konnten die konsistente und aktive Unterstützung der angestrebten Ziele durch die Leitung und Moderation des Programms, konstante und ausreichende Personalstrukturen, kleinschrittige und realistische Zielvereinbarungen sowie ein konstruktives Fehlermanagement als förderlich für die Implementierung identifiziert werden. Für die Entwicklung von Kompetenzen der Pflegenden spielen Führungspersonen eine wichtige Rolle und sollten als Vorbild dienen (Halligan et al., 2014; Lunden et al., 2017; Wong et al., 2013). Allerdings wird von manchen Autorinnen und Autoren auch betont, dass Führungspersonen zunächst einmal den Zugang zu evidenzbasierten Interventionen benötigten, um das gemeinsame Lernen zu unterstützen und Infrastrukturen zu schaffen, die die

Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden erleichtern können (Lunden et al., 2017; Uchmanowicz et al., 2020). Als eher hinderlich bei der Implementierung von Interventionen zur Stärkung der Sicherheitskultur wurden in den eingeschlossenen Studien Skepsis und Unwissen gegenüber dem Konzept, hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck sowie ein schlechtes Vertrauensverhältnis im Team beschrieben. Etablierte Ansätze zur Einführung und Entwicklung von Sicherheitskultur sind das Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP)⁵ (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017b; Ganaden & Mitchell, 2018; Smith et al., 2018), TeamSTEPPS® (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017a) und das Manchester Patient Safety Framework (Marshall et al., 2017). Diese sind jeweils online verfügbar und in verschiedenen Settings anwendbar. Daneben kann eine gezielte Prozessbeobachtung hilfreich sein, um die Situation zu analysieren und Interventionsansätze entsprechend anzupassen. Denn: Die Sichtbarmachung von Problemen ist ein wesentlicher Schritt zu Veränderungen (Jones-Roberts, 2008). Auch Prozessanalysen, wie zum Beispiel beim Medikationsprozess (Kavanagh & Donnelly, 2020), sind hierfür geeignet.

Die Interventionsstudien haben gemeinsam, dass sie aus einer Kombination mehrerer Maßnahmen bestehen. Diese Komplexität wirkt sich auch auf die Endpunkte und den Effekt der Intervention aus (Craig et al., 2004; Mühlhauser et al., 2011; O'Cathain et al., 2019). So deuten einige Ergebnisse darauf hin, dass Veränderungen zur Stärkung der Sicherheitskultur auch positive Effekte auf Sicherheitsindikatoren wie Infektionsraten (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017a), Medikationssicherheit (Ganaden & Mitchell, 2018), Stürze oder Dekubitalulcera (Damery et al., 2019) haben könnten. Gleichzeitig war jedoch ein positiver Effekt der Interventionen auf die Sicherheitskultur nicht immer nachzuweisen. Dies könnte, laut Autorinnen und Autoren der Studien, unter anderem daran liegen, dass Veränderungen in der Sicherheitskultur mit dem genutzten Instrument nicht erfasst werden konnten (Smith et al., 2018).

5.2 Interviewbewertung

Den Interviews zufolge ist das Konzept der Sicherheitskultur nicht flächendeckend bekannt. Zwar wurde deutlich, dass die interviewten Personen verschiedene Risiken, die in der ambulanten Pflege bestehen, kennen und es für wichtig erachten, diese zu reduzieren. Allerdings ließen die Antworten vermuten, dass mit dem Konzept der Sicherheitskultur eher konkrete sicherheitsgefährdende Erfahrungen und ihre Ursachen assoziiert wurden als ein holistischer Ansatz von Sicherheitskultur im Sinne von geteilten Werten und Einstellungen zu Sicherheit. Der Umgang mit negativen Ereignissen in den Pflegediensten wurde von den interviewten professionell Pflegenden als eher personenabhängig beschrieben: Sie gaben an, dass über negative Ereignisse ohne Angst vor Konsequenzen gesprochen werden könne, es werde aber nicht systematisch damit umgegangen. Ein Bewusstsein für Risiken im Rahmen der Versorgung war bei den Pflegefachpersonen wahrzunehmen, es bezog sich aber weniger auf die eigene Pflegetätigkeit. Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgungssicherheit wurde eher außerhalb des Diensts gesehen, beispielsweise beim Vergütungssystem von Pflegeleistungen sowie der Kommunikation vonseiten der Ärztinnen und Ärzten und der Angehörigen.

⁵ Acht-Schritte-Programm zur Identifikation und Minderung von Gefahren, Verbesserung der Sicherheitskultur, Befähigung der Mitarbeitenden, Verantwortung an ihrem Arbeitsplatz zu übernehmen und Stärkung der Zusammenarbeit im Team von der Agency for Healthcare Research and Quality aus den USA (Ganaden & Mitchell, 2018)

Des Weiteren bestätigten die Interviews die Relevanz einiger Konzepte, die bereits in der Literaturrecherche auffielen. Etwa die Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit zu Berichts- und Lernsystemen, die systematische Kommunikationsförderung im Team und mit anderen Professionen, beispielsweise unter Zuhilfenahme der TeamSTEPPS®-Materialien, die psychologische Bestärkung, Bedenken zu äußern und teambildende Maßnahmen. Zudem betonten die Befragten die Wichtigkeit der Unterstützung durch die Leitung, Schulungen der Pflegenden, sowie Partizipation des Pflorgeteams und der Angehörigen.

5.3 Diskussion

Forschungen zur Sicherheitskultur sind bisher vornehmlich im klinischen und medizinischen Sektor vertreten (Bienassis & Klazinga, 2022). Für das ambulante Pflege-Setting liegen hingegen bis dato kaum Forschungen vor, sodass die Sicherheitskultur auch in der Praxis einen geringen Bekanntheitsgrad hat und die Tendenz herrscht, negative Ereignisse dort selten als Lernmöglichkeit für etwaige Veränderung zu betrachten.

Um Sicherheitskultur zu entwickeln oder zu stärken, könnte deren systematische Erfassung in der jeweiligen Organisation ein geeigneter Ausgangspunkt sein, um entsprechende Maßnahmen abzuleiten. Die Erfassung der Sicherheitskultur wird dadurch erschwert, dass es keine allgemeingültige Definition hierzu gibt. Gleichzeitig existiert eine Reihe teils auch für den deutschsprachigen Raum validierter Instrumente, jedoch keines zur Erhebung der Sicherheitskultur speziell im ambulanten Pflege-Setting. In der Regel kommen zur Erfassung von Aspekten der Sicherheitskultur quantitative Methoden zum Einsatz. Eine Möglichkeit der Erhebung besteht in der Anwendung validierter Fragebögen im prä- und post-Test-Verfahren, wie sie beispielsweise für den klinischen (z. B. HSOPSC (Palmieri et al., 2020)), stationären (z. B. NHSPSC (Zúñiga et al., 2013)) oder hausärztlichen Bereich (z. B. FraSiK (Hoffmann et al., 2009a)) vorliegen. Allerdings gibt es erhebliche Unterschiede der Erhebungsdimensionen verschiedener Instrumente und psychometrischer Eigenschaften in diversen Ländern, die ihre Vergleichbarkeit erschweren (Cappelen et al., 2016; Hedsköld et al., 2013; Perneger et al., 2014; Pfeiffer & Manser, 2010; Zhao et al., 2019).

Für rein quantitative Messinstrumente werden Limitationen beschrieben, die sich darauf beziehen, dass die Komplexität von Sicherheitskultur nicht eingehend genug erforscht werden könnte: Fragebögen wären in der Regel zu oberflächlich, um etwa individuell beeinflussende Faktoren, Haltungen und Werte zu erfassen (Hoffmann et al., 2009b). Eine weitere Option, vor allem, um differenzierte Einsichten in die Sicherheitskultur einer Organisation zu erhalten, besteht in qualitativen Interviews und Beobachtungen (Gartshore et al., 2017). Gerade zur Messung eines so vielschichtigen Konstrukts wie der Sicherheitskultur gilt eine Kombination aus quantitativen und qualitativen Verfahren als günstig (Hoffmann et al., 2009b). Interessant wäre es zudem, zur Eruierung einer ganzheitlich verstandenen Sicherheitskultur auch die pflegenden Angehörigen und die pflegebedürftigen Menschen selbst zu befragen. Die subjektive Nutzerperspektive einzubeziehen, wird von einigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zumindest mit Blick auf eine verbesserte Patientensicherheit gefordert (Dowell et al., 2005; Lang et al., 2008; Schaepe & Ewers, 2017). Dies könnte außerdem dabei helfen, bei allen professionellen Bestrebungen zur Sicherheit das Recht auf Selbstbestimmung der zu versorgenden Menschen im Blick zu behalten (Silverglow et al., 2020).

Über die Praxis der ambulanten Pflege hinaus scheint das Themenfeld Sicherheit und Sicherheitskultur in der Pflege bisher auch auf Ebene der Leistungsträgerinnen und Leistungsträger und Politik eher wenig beachtet zu sein. Dies zeigt sich zum Beispiel daran, dass Sicherheitsaspekte im Rahmen der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Diensts gemäß § 114 Abs. 2 SGB XI nicht explizit, sondern lediglich implizit thematisiert sind (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), 2020). Das relativ neue Pflegeberufegesetz (PflBG, 2020) greift das Thema ebenfalls nicht explizit auf. Sicherheitskultur, Fehlerkultur oder Patientensicherheit sind in dem Gesetzestext nicht erwähnt. Derzeit bestehen zudem keine konkreten gesetzlichen Anforderungen zur Implementierung von Sicherheitskultur (und zu entsprechenden einsetzbaren Instrumenten wie Berichts- und Lernsystemen) im gesamten Langzeitpflegebereich. Allerdings zeichnet sich ab, dass die Stärkung von Sicherheitskultur auch für Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste an Wichtigkeit gewinnen wird – denn die Vereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege der Bundesregierung sehen vor, dass eine „[...] moderne und wertschätzende Fehler- und Lernkultur [...]“ in allen Pflegeeinrichtungen (und Krankenhäusern) zu etablieren ist (Die Bundesregierung, 2020).

5.4 Handlungsempfehlungen

Zur Stärkung der Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting bedarf es komplexer Interventionen. Eine essenzielle Voraussetzung ist, dass Leitungspersonen die Entwicklung von Sicherheitskultur aktiv unterstützen und die Mitarbeitenden sich an Maßnahmen zur Umsetzung engagiert beteiligen können.

Zur Stärkung der Sicherheitskultur sind unter anderem folgende Komponenten geeignet:

- gemeinsames Verständnis von Sicherheitskultur in der Einrichtung definieren (was Sicherheitskultur bedeutet, was dazu gehört, wie sie gestärkt werden soll)
- vertrauensbasierte Atmosphäre schaffen, in der Sicherheitsbedenken ohne Angst vor negativen Konsequenzen angesprochen werden können (Speak-up-Ansatz anwenden, Äußerung von Bedenken positiv bestärken/belohnen)
- konstruktiv mit negativen Ereignissen umgehen, um daraus zu lernen (z. B. Fehlermanagement mit einem system- statt personenzentrierten Verständnis etablieren, digitales Berichts- und Lernsystem (CIRS) nutzen)
- systematische Bestandsaufnahme der Sicherheitskultur und Risikoanalyse in der Organisation regelmäßig durchführen, Maßnahmen evaluieren und Zielsetzungen entsprechend anpassen
- Methode der partizipativen Organisationsentwicklung etablieren, individuelles Verantwortungsbewusstsein aller Mitarbeitenden stärken
- Fähigkeit zur Selbstreflexion und zum kritischen Denken im Hinblick auf sicherheitsrelevante Einstellungen, Prozesse und Strukturen in der Organisation bei allen Mitarbeitenden fördern
- Kommunikationstraining und Maßnahmen zum Teambuilding einsetzen (z. B. mithilfe von TeamSTEPPS®)
- Schulungen/Fortbildungen zu sicherheitsrelevanten Themen für alle Mitarbeitenden ermöglichen (z. B. Pflegesicherheit, Sicherheitskultur, Anwendung von Berichts- und Lernsystemen)
- leicht zugängliche Informations-, Schulungs- und weitere Interventionsmaterialien einsetzen, um für das Thema Pflegesicherheit und Sicherheitskultur zu sensibilisieren und Wissen zu vermitteln
- train-the-trainer oder Champions als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren einsetzen

5.5 Limitationen

Eine generelle Einschränkung von Literaturanalysen besteht darin, dass Forschungs- und Veröffentlichungszeitpläne eine Verzögerung zwischen den in die Überprüfung einbezogenen Publikationen und den neu veröffentlichten Informationen verursachen. Trotz einer umfangreichen Suche in zwei wissenschaftlichen Datenbanken (MEDLINE, CINAHL), einer Handsuche und vorwärts gerichtetem Zitations-Tracking mit Schwerpunkt auf englischer und deutscher Sprache könnte es sein, dass relevante Arbeiten zum Thema nicht enthalten sind, insbesondere erst kürzlich veröffentlichte Literatur. Andererseits werden die genannten Datenbanken häufig verwendet, decken viele pflegewissenschaftliche Bereiche ab und gelten als die umfassendsten in den Gesundheitswissenschaften (Tacconelli, 2010).

Es ist zu beachten, dass viele der eingeschlossenen Studien eine Reihe von Limitationen aufweisen und mögliche Effekte daher sehr vorsichtig betrachtet werden müssen. So liegen nur wenige Interventionsstudien vor, die rein die Stärkung der Sicherheitskultur untersuchten. Keine davon wurde randomisiert, nur wenige hatten eine Kontrollgruppe und nicht selten wurden Aussagen auf Basis kleiner Stichproben getroffen. Diese Umstände bergen ein hohes Verzerrungsrisiko. Ferner dürfte die große Anzahl internationaler Studien, in denen länderspezifisch andere organisatorische, personelle und finanzielle Rahmenbedingungen vorliegen als in Deutschland, die Übertragbarkeit der Erkenntnisse beeinflussen. Daneben muss auch davon ausgegangen werden, dass Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Ländern mit unterschiedlichen Problemen konfrontiert sind (Halfens et al., 2013; van Nie-Visser et al., 2013). Ähnliches gilt für die Transferfähigkeit verschiedener Settings: Methoden, die im stationären oder klinischen Pflege-Setting mit Erfolg angewandt wurden, funktionieren möglicherweise nicht im Bereich der ambulanten Pflege – zum Beispiel, weil Teamdynamiken anders sind, wenn die Kolleginnen und Kollegen seltener persönlich aufeinandertreffen. Die große Heterogenität der Interventionsstudien, insbesondere zur Messung und Zielsetzung in Bezug auf die Sicherheitskultur, reduziert zudem ihre Vergleichbarkeit.

Einschränkung bei der Aussagekraft der leitfadengestützten Interviews ist die den Interviews vorausgegangene Begrenzung der Gesprächspartnerinnen und -partner je Gruppe (Wissenschaftlerinnen auf dem Gebiet der Sicherheitskultur, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen, pflegende Angehörige). Zum einen fiel diese Entscheidung angesichts zur Verfügung stehender zeitlicher Ressourcen, zum anderen erwies sich die Rekrutierung pflegender Angehöriger, pflegebedürftiger Personen und professionell Pflegenden als herausfordernd: Es meldeten sich insbesondere nur wenige Personen, die aus aktuellen Erfahrungen als pflegende Angehörige mit der Arbeit von Pflegediensten berichten konnten. Zwei pflegende Angehörige verfügten selbst über einschlägige Erfahrungen als professionell Pflegende oder Leitung eines Pflegediensts, was sicherlich auch Einfluss auf ihre Perspektive als pflegende Angehörige hatte. Lediglich eine pflegebedürftige Person stand für ein Interview zur Verfügung.

Im Zusammenhang mit der Rekrutierung der professionell Pflegenden bestand die Herausforderung, Teilnehmende zu finden, die zum Zeitpunkt der Interviews und vordergründig in die direkte pflegerische Versorgung involviert waren. Die Mehrzahl an Rückmeldungen kam von Personen, die in Qualitätsmanagement-, Prüf-, Beratungs- oder Leitungsfunktionen tätig waren. Durch die geringe Anzahl interviewter professionell Pflegenden ($n = 4$), pflegender Angehöriger ($n = 3$) und pflegebedürftiger Menschen ($n = 1$) konnte keine theoretische Sättigung erreicht werden; Gespräche mit weiteren Personen hätten vermutlich weitere interessante Aspekte zutage gebracht. Möglicherweise wären durch eine umfassendere Rekrutierungsstrategie über andere Kanäle als den ZQP-Newsletter, Facebook und

Twitter sowie Werbung durch Multiplikatoren zusätzliche an einem Gespräch Interessierte auf das Projekt aufmerksam geworden. In Betracht zu ziehen ist außerdem, dass sich eher Personen mit größerem Redebedarf oder tendenziell negativen Erfahrungen für ein Interview zur Verfügung gestellt haben könnten. Das zöge ein Verzerrungsrisiko zugunsten eher negativer Erfahrungen nach sich – insbesondere, was die Gespräche mit pflegenden Angehörigen und der pflegebedürftigen Person betrifft.

Die Limitationen des Scoping Reviews und der leitfadengestützten Interviews wirken sich auch auf das entwickelte Arbeitsmaterial aus. Die Evidenz ist aufgrund unzureichender Literatur und Expertenmeinungen als eher niedrig anzusehen. Dennoch lassen die sichtbaren Überschneidungen zwischen Theorie und Praxis recherchégeleitete Empfehlungen zu.

5.6 Fazit und Ausblick

Der vorliegende Bericht bietet einen Überblick über den aktuellen Stand internationaler Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten zur Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting sowie zu komplexen Interventionen zur Stärkung der Sicherheitskultur und Verbesserung der Pflegesicherheit. Zudem liefert er Einblicke in Perspektiven und Erfahrungen professionell Pflegender, pflegender Angehöriger und pflegebedürftiger Menschen sowie Expertinnen aus der Forschung zur Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting.

Die Sicherheitskultur der Pflegedienste hat Einfluss auf die gesundheitliche Sicherheit der Klientinnen und Klienten. Sicherheitskultur ist im ambulanten Pflege-Setting bisher jedoch kaum etabliert.

Um Sicherheitskultur zu stärken, sollten komplexe Interventionen eingesetzt werden. Die Entwicklung und Umsetzung sollte von Leitungspersonen in einem partizipativen Prozess forciert werden, das heißt unter Einbezug aller Mitarbeitenden und weiterer Beteiligter (wie z. B. Angehörige, Klientinnen/Klienten, Ehrenamtliche, Ärztinnen/Ärzten) erfolgen. Die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche und der leitfadengestützten Interviews bieten hierzu einige Ansatzpunkte.

Das im Zuge dieses Projekts konzipierte Arbeitsmaterial ist frei zugänglich und kann als ein Bestandteil des Prozesses zur Entwicklung von Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege eingesetzt werden.

6 Literaturverzeichnis

Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG), zuletzt geändert durch Art. 13a G v. 24.2.2021 I 274. <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/> [Aufgerufen am 04.03.2022]

Absulem, S., & Hardin, H. (2011). Home Health Nurses' Perceived Care Errors. *Rehabilitation Nursing Journal*, 36(3), 98-105. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2011.tb00073.x>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2017a). AHRQ Safety Program for Long-Term Care: Preventing CAUTI and Other HAIs (AHRQ Publication No. 16(17)-0003-1-EF). Rockville: AHRQ. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/cauti-ltc/modules/final-report.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2017b). Guide to Implementing a Program To Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Long-Term Care: AHRQ Safety Program for Long-Term Care: HAIs/CAUTI (AHRQ Publication No. 16(17)-0003-5-EF). Rockville: AHRQ. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/cauti-ltc/modules/implementation/implementing-guide.pdf>

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). (Hrsg.). (2018). Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen: Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin: APS. <https://doi.org/10.21960/201802.1:L>

American College of Healthcare Executives, & IHI/NPSF Lucian Leape Institute. (2017). Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. Boston: American College of Healthcare Executives. https://www.osha.gov/sites/default/files/Leading_a_Culture_of_Safety-A_Blueprint_for_Success.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (o. J.). MeSH - Medical Subject Headings. AWMF online. <https://www.awmf.org/leitlinien/was-ist-mesh.html> [Aufgerufen am 20.09.2022]

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). (2005). Glossar Patientensicherheit: Definitionen und Begriffsbestimmungen. Berlin: ÄZQ. <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/patientensicherheit/glossar-patientensicherheit.pdf>

Ball, J. E. (2020). "Care left undone: Untold damage". *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3595-3596. <https://doi.org/10.1111/jocn.15242>

Barth, S., & Jonitz, G. (2022). Patientensicherheit international. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Aufl., S. 12-21). Berlin: De Gruyter.

Berland, A., & Bentsen, S. B. (2017). Medication errors in home care: a qualitative focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3734-3741. <https://doi.org/10.1111/jocn.13745>

Bienassis, K. D., & Klazinga, N. (2022). Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work: OECD Health Working Papers No. 134. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). <https://doi.org/10.1787/18152015>

Blumenberg, P., & Büscher, A. (2022). Patientensicherheit in der Pflege. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Aufl., S. 342-355). Berlin: De Gruyter.

Bonner, A., Tappen, R., Herndon, L., & Ouslander, J. (2015). The INTERACT Institute: Observations on Dissemination of the INTERACT Quality Improvement Program Using Certified INTERACT Trainers. *The Gerontologist*, 55(6), 1050-1057. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu103>

Braeseke, G., Lingott, N., & Schiffhorst, G. (2020). Prävention in der ambulanten Pflege: Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen. Berlin: GKV-Spitzenverband.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_16.pdf

Bucher, G. M., Szczerba, P., & Curtin, P. M. (2007). A comprehensive fall prevention program for assessment, interventions, and referral. *Home Healthcare Nurse*, 25(3), 174-183.
<https://doi.org/10.1097/01.Nhh.0000263435.30932.71>

Büscher, A. (2015). (Patienten-)Sicherheit im Langzeitpflegebereich. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (S. 529-538). Berlin: De Gruyter.

Büscher, A. (2022). (Patienten-)Sicherheit im Langzeitpflegebereich. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Aufl., S. 673-683). Berlin: De Gruyter.

Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2013). *Safety at Home: A Pan-Canadian Home Care Safety Study*. Edmonton: CPSI.
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/SafetyatHome/Documents/Safety%20At%20Home%20Care.pdf>

Cappelen, K., Aase, K., Storm, M., Hetland, J., & Harris, A. (2016). Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 16, 446. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1706-x>

Center for Patient Safety. (2021). *Patient Safety Glossary*. Center for Patient Safety
<https://www.centerforpatientsafety.org/patient-safety-glossary/> [Aufgerufen am 03.03.2022]

Colón-Emeric, C. S., Pinheiro, S. O., Anderson, R. A., Porter, K., McConnell, E., Corazzini, K., . . . Simpson, K. M. (2014). Connecting the learners: improving uptake of a nursing home educational program by focusing on staff interactions. *The Gerontologist*, 54(3), 446-459.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnt043>

Committee on Quality of Health Care in America, & Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D. C.: National Academy Press.

Conti, A., Scacchi, A., Clari, M., Scattaglia, M., Dimonte, V., & Gianino, M. M. (2022). Prevalence of Violence Perpetrated by Healthcare Workers in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042357>

Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), 111-136.
[https://doi.org/10.1016/s0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/s0925-7535(00)00035-7)

Craig, D., Donoghue, J., Seller, M., & Mitten-Lewis, S. (2004). Improving nursing management of patients with diabetes using an action research approach. *Contemporary Nurse*, 17(1-2), 71-79. <https://doi.org/10.5172/conu.17.1-2.71>

Cullen, L., Hanrahan, K., Farrington, M., Anderson, R., Dimmer, E., Miner, R., . . . Rod, E. (2020). Evidence-Based Practice Change Champion Program Improves Quality Care. *The Journal of Nursing Administration*, 50(3), 128-134. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000856>

Czakert, J., Lehmann, Y., & Ewers, M. (2018). Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung: Eine Übersichtsarbeit zu internationalen Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 135-136, 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.05.001>

Damery, S., Flanagan, S., Jones, J., Nayyar, P., & Combes, G. (2019). Improving Safety in Care Homes: Evaluation of the Safer Provision and Caring Excellence (SPACE) Programme: Final Evaluation Report. Birmingham: University of Birmingham. https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/about/centres/arc-wm/research/clahrc-projects/theme4-integrated-holistic-care-chronic-disease/publications/space_final_report.pdf

Die Bundesregierung. (2020). Konzertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-11-13_1_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_KAP.PDF

Diefenbacher, S., Fliss, P. M., Tatzel, J., Wenk, J., & Keller, J. (2019). A quasi-randomized controlled before-after study using performance feedback and goal setting as elements of hand hygiene promotion. *Journal of Hospital Infection*, 101(4), 399-407. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.02.001>

Dowell, D., Manwell, L. B., Maguire, A., An, P. G., Paluch, L., Felix, K., & Williams, E. (2005). Urban outpatient views on quality and safety in primary care. *Healthcare Quarterly*, 8(2), suppl 2-8. <https://doi.org/10.12927/hcq.2005.17230>

Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2016). Erfahrung mit Hygiene in ambulanten Pflegediensten. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Analyse_Hygiene_Ambulant_Pflege.pdf

Eggert, S., Sulmann, D., & Teubner, C. (2020). Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-SicherheitskulturAmbulant.pdf>

Eldh, A. C., Olai, L., Jönsson, B., Wallin, L., Denti, L., & Elf, M. (2018). Supporting first-line managers in implementing oral care guidelines in nursing homes. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), 87-95. <https://doi.org/10.1177/2057158517713379>

Eveillard, M., Raymond, F., Guilloteau, V., Pradelle, M. T., Kempf, M., Zilli-Dewaele, M., . . . Brunel, P. (2011). Impact of a multi-faceted training intervention on the improvement of hand hygiene and gloving practices in four healthcare settings including nursing homes, acute-care geriatric wards and physical rehabilitation units. *Journal of Clinical Nursing*, 20(19-20), 2744-2751. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03704.x>

Feng, X., Bobay, K., & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x>

Fisseni, H.-J. (2004). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik (3., überarb. und erw. Aufl. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Ganaden, R. E., & Mitchell, L. (2018). Implementing a Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) to Enhance a Culture of Patient Safety and Improve Medication Safety in a Regional Home Care Program. *Quality Management in Healthcare*, 27(3), 130-135.
<https://doi.org/10.1097/qmh.000000000000180>

Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17, Artikel 752.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>

Gausmann, P., & Härtel, I. (2022). Patientensicherheit international - Ministertreffen und internationale Organisationen - Impulse aus Deutschland. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Aufl., S. 1-11). Berlin: De Gruyter.

Gershon, R. R., Dailey, M., Magda, L. A., Riley, H. E., Conolly, J., & Silver, A. (2012). Safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. *Journal of Patient Safety*, 8(2), 51-59. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31824a4ad6>

Gifford, W., Davies, B., Tourangeau, A., & Lefebvre, N. (2011). Developing team leadership to facilitate guideline utilization: planning and evaluating a 3-month intervention strategy. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 121-132. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01140.x>

Gifford, W. A., Graham, I. D., & Davies, B. L. (2013). Multi-level barriers analysis to promote guideline based nursing care: a leadership strategy from home health care. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 762-770. <https://doi.org/10.1111/jonm.12129>

GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/2021_Leitfaden_Praevention_komplett_P2_10177_barrierefrei3.pdf

Görres, S., Warfelmann, C., Meinecke, P., & Riemann, M. (2018). Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das ZQP. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf>

Grewe, H. A., & Blättner, B. (2017). Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in der ambulanten und der stationären Langzeitpflege. Optionen und Hindernisse für den Beitrag von Pflegekräften. *Pflegewissenschaft*, 19(11/12), 558-564. <https://doi.org/10.3936/1542>

Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M., & Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10(4), 166-176. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2004.00476.x>

Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34(1-3), 215-257. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00014-X](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00014-X)

- Halfens, R. J. G., Meesterberends, E., van Nie-Visser, N. C., Lohrmann, C., Schönherr, S., Meijers, J. M. M., . . . Schols, J. M. G. A. (2013). International prevalence measurement of care problems: results. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), e5-e17. <https://doi.org/10.1111/jan.12189>
- Halligan, M. H., Zecevic, A., Kothari, A. R., Salmoni, A. W., & Orchard, T. (2014). Understanding safety culture in long-term care: a case study. *Journal of Patient Safety*, 10(4), 192-201. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31829d4ae7>
- Hammer, A., & Manser, T. (2022). Sicherheitskultur. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Aufl., S. 693-702). Berlin: De Gruyter
- Härkänen, M., Franklin, B. D., Murrells, T., Rafferty, A. M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Factors contributing to reported medication administration incidents in patients' homes – A text mining analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3573-3583. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.14532>
- Hecker, R. (2021). Nachhaltige Gesundheitsversorgung durch mehr Patientensicherheit: Sieben Anliegen für die nächste Legislaturperiode 2021-2025. Politische Forderungen des APS 2021 Berlin https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/03/Politische-Forderungen-des-APS_2021-2025.pdf
- Hecker, R., & Köster-Steinebach, I. (2022). Sicherheitskultur als Kernelement einer nachhaltigen Patientenversorgung: ein Überblick und eine Einordnung. In R. Hecker, & Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (Hrsg.), *Risiko- und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen* (S. 3-10). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hedsköld, M., Pukk-Härenstam, K., Berg, E., Lindh, M., Soop, M., Øvretveit, J., & Sachs, M. A. (2013). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research*, 13, 332. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-332>
- Henriksen, K., Joseph, A., & Zayas-Cabán, T. (2009). The Human Factors of Home Health Care: A Conceptual Model for Examining Safety and Quality Concerns. *Journal of Patient Safety* 5(4), 229-236. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181bd1c2a>
- Hignett, S., Edmunds Otter, M., & Keen, C. (2016). Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.011>
- Hoffmann, B., Domańska, O. M., Müller, V., & Gerlach, F. M. (2009a). Developing a questionnaire to assess the safety climate in general practices (FraSiK): Transcultural adaptation. A method report. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(8), 521-529. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.08.005>
- Hoffmann, B., Hofinger, G., & Gerlach, F. (2009b). (Wie) ist Patientensicherheitskultur messbar? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(8), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.08.004>
- Huckfeldt, P. J., Kane, R. L., Yang, Z., Engstrom, G., Tappen, R., Rojido, C., . . . Ouslander, J. G. (2018). Degree of Implementation of the Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) Quality

Improvement Program Associated with Number of Hospitalizations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(9), 1830-1837. <https://doi.org/10.1111/jgs.15476>

Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Kraus, S., Köster, V.-H., & Gehlen, D. (2010). *Pflege-Thermometer 2009 (Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Issue. Köln.*

https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf

Jachan, D. E., Müller-Werdan, U., & Lahmann, N. A. (2021). Patient safety. Factors for and perceived consequences of nursing errors by nursing staff in home care services. *Nursing Open*, 8(2), 755-765. <https://doi.org/10.1002/nop2.678>

Jones-Roberts, A. (2008). Change Management in a Home Care Nursing Service: A Partnership to Improve Organization Performance. *Home Health Care Management & Practice*, 21(1), 54-60. <https://doi.org/10.1177/1084822308318186>

Kavanagh, A., & Donnelly, J. (2020). A Lean Approach to Improve Medication Administration Safety by Reducing Distractions and Interruptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(4), e58-e62. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000473>

Kessels-Habraken, M., De Jonge, J., Van der Schaaf, T., & Rutte, C. (2010). Prospective risk analysis prior to retrospective incident reporting and analysis as a means to enhance incident reporting behaviour: A quasi-experimental field study. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1309-1316. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.035>

King, H. B., Battles, J., Baker, D. P., Alonso, A., Salas, E., Webster, J., . . . Salisbury, M. (2008). TeamSTEPPS™: team strategies and tools to enhance performance and patient safety. In K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes, & M. L. Grady (Hrsg.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches. Volume 3: Performance and Tools*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Kliger, J., Blegen, M. A., Gootee, D., & O'Neil, E. (2009). Empowering frontline nurses: a structured intervention enables nurses to improve medication administration accuracy. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(12), 604-612. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(09\)35085-0](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(09)35085-0)

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.)*. Weinheim: Beltz Juventa.

Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder Abuse. *New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947-1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1404688>

Lang, A., Edwards, N., & Fleischer, A. (2008). Safety in home care: a broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(2), 130-135. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm068>

Lang, A., Macdonald, M., Marck, P., Toon, L., Griffin, M., Easty, T., . . . Goodwin, S. (2015). Seniors managing multiple medications: using mixed methods to view the home care safety lens. *BMC Health Services Research*, 15, 548. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1193-5>

- Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D., & Park, C. G. (2017). Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*, 41(2), 279-304. <https://doi.org/10.1177/0193945917747416>
- Lehmacher-Dubberke, C. (2015). Fehlerkultur und Fehlermanagement: Mann muss einen Fehler nicht zweimal machen. *Pflegen*, (1+2), 9-11.
https://www.carelit.de/intranet/detail.php?document_id=160172
- Lousada, L. M., da Silva Dutra, F. C., da Silva, B. V., de Oliveira, N. L. L., Bastos, I. B., de Vasconcelos, P. F., & de Carvalho, R. E. F. L. (2020). Patient safety culture in primary and home care services. *BMC Family Practice*, 21(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01263-1>
- Lunden, A., Teräs, M., Kvist, T., & Häggman-Laitila, A. (2017). A systematic review of factors influencing knowledge management and the nurse leaders' role. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 407-420. <https://doi.org/10.1111/jonm.12478>
- Mai, T., & Dapper, M. (2014). Kollegiale Fallberatungen als Instrument zur Förderung von Achtsamkeit in der Pflege: Im Dienste der Sicherheitskultur. *Pflegezeitschrift*, 67(4), 206-209.
- Manderscheid, L., Meyer, S., Kuypers, M., & Köberlein-Neu, J. (2019). Reporting system for critical incidents in cross-sectoral healthcare (CIRS-CS): pre-test of a reporting sheet and optimization of a reporting system. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 147-148, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.11.002>
- Marshall, M., Cruickshank, L., Shand, J., Perry, S., Anderson, J., Wei, L., . . . de Silva, D. (2017). Assessing the safety culture of care homes: a multimethod evaluation of the adaptation, face validity and feasibility of the Manchester Patient Safety Framework. *BMJ Quality & Safety*, 26(9), 751-759. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006028>
- Marshall, M., Pfeifer, N., de Silva, D., Wei, L., Anderson, J., Cruickshank, L., . . . Shand, J. (2018). An evaluation of a safety improvement intervention in care homes in England: a participatory qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(11), 414-421. <https://doi.org/10.1177/0141076818803457>
- Masotti, P., McColl, M. A., & Green, M. (2010). Adverse events experienced by homecare patients: a scoping review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 115-125. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq003>
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 543-556). Wiesbaden: Springer.
- McDonald, K. M. (2013). Considering context in quality improvement interventions and implementation: concepts, frameworks, and application. *Academic Pediatrics*, 13(6 Suppl), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.013>
- McGraw, C. A. (2019). Nurses' perceptions of the root causes of community-acquired pressure ulcers: Application of the Model for Examining Safety and Quality Concerns in Home Healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3-4), 575-588. <https://doi.org/10.1111/jocn.14652>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). (Hrsg.). (2020). 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: MDS.

https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/6._PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf

Meissner, T. (2017). Mit klaren Regeln und Transparenz: Medikamentensicherheit in der ambulanten Pflege. *Pflegezeitschrift*, 70(10), 38-41.

Meyer-Masseti, C., Kaiser, E., Hedinger-Grogg, B., Luterbacher, S., & Hersberger, K. (2012). Medikationssicherheit im Home-Care-Bereich: Identifikation von kritischen Prozessschritten. *Pflege*, 25(4), 261-269. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000214>

Meyer-Masseti, C., Krummenacher, E., Hedinger-Grogg, B., Luterbacher, S., & Hersberger, K. E. (2016). Medikationssicherheit im Home Care Bereich. *Pflege*, 29(5), 247-255. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000498>

Mistele, P., & Kaufmann, J. (2022). Kollektive Achtsamkeit in High Reliability Organizations. In P. Gausmann, M. Henninger, & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (2. Aufl., S. 86-102). Berlin: De Gruyter.

Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R., Dunt, D., & Brand, C. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 22(1), 11-18. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>

Mühlhauser, I., Lenz, M., & Meyer, G. (2011). Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen: Eine methodische Herausforderung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(10), 751-761. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.11.001>

Nilsen, E. R., Söderhamn, U., & Dale, B. (2019). Facilitating holistic continuity of care for older patients: Home care nurses' experiences using checklists. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3478-3491. <https://doi.org/10.1111/jocn.14940>

O'Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., . . . Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 9(8), e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>

O'Donovan, R., Ward, M., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2019). Safety culture in health care teams: A narrative review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 871-883. <https://doi.org/10.1111/jonm.12740>

Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC Health Services Research*, 14(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>

Oliveira, P. C., dos Santos, O. P., de Moura Villela, E. F., & de Sá Barros, P. (2020). Patient safety culture in home care service. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54(e03586), 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018040703586>

Palmieri, P. A., Leyva-Moral, J. M., Camacho-Rodriguez, D. E., Granel-Gimenez, N., Ford, E. W., Mathieson, K. M., & Leafman, J. S. (2020). Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): a multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. *BMC Nursing*, 19(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00419-9>

Panfil, E.-M., & Mayer, H. (2013). Quantitative Designs. In H. Brandenburg, E.-M. Panfil, & H. Mayer (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung* (S. 93-114). Bern: Verlag Hans Huber.

Parand, A., Faiella, G., Franklin, B. D., Johnston, M., Clemente, F., Stanton, N. A., & Sevdalis, N. (2018). A prospective risk assessment of informal carers' medication administration errors within the domiciliary setting. *Ergonomics*, 61(1), 104-121. <https://doi.org/10.1080/00140139.2017.1330491>

Pejner, M. N., & Kihlgren, A. (2019). Reporting adverse events: Swedish Registered Nurses experience in a municipal home care context. *Nursing Open*, 6(2), 426-433. <https://doi.org/10.1002/nop2.223>

Perneger, T. V., Staines, A., & Kundig, F. (2014). Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 389-397. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002024>

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. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.08.007>

Pfeiffer, Y., & Manser, T. (2010). Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*, 48(10), 1452-1462. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.07.002>

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *The BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Ree, E. (2020). What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services. *Nursing Open*, 7(6), 1988-1996. <https://doi.org/10.1002/nop2.592>

Ree, E., & Wiig, S. (2019). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 19(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8>

Ree, E., & Wiig, S. (2020). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open*, 7(1), 256-264. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>

Resnick, B., Quinn, C., & Baxter, S. (2004). Testing the feasibility of implementation of clinical practice guidelines in long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(1), 1-8. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(04\)70037-7/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(04)70037-7/fulltext)

Riesenberg, L. A., Leitzsch, J. and Little, B. W. (2009). Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature. *American Journal of Medical Quality*, 24(3). <https://doi.org/10.1177/1062860609332512>

Roussel, L. (2019). Leadership's Impact on Quality, Outcomes, and Costs. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(2), 153-163. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.02.003>

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Eldh, A. C., Cox, K., Crichton, N., Harvey, G., . . . Wallin, L. (2018). A realist process evaluation within the Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE) cluster randomised controlled international trial: an exemplar. *Implementation Science*, 13(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0811-0>

Schaeffer, D., & Horn, A. (2018). Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 463-469). Köln: BZgA. <https://service.bzga.de/pdf.php?id=1c8f3696aaca6de116498e6e3b8029f4>

Schaepe, C., & Ewers, M. (2017). 'I need complete trust in nurses' - home mechanical ventilated patients' perceptions of safety. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 948-956. <https://doi.org/10.1111/scs.12418>

Schmucker, C., Motschall, E., Antes, G., & Meerpohl, J. J. (2013). Methoden des Evidence Mappings. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(10), 1390-1397. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1818-y>

Schrappe, M. (2018). APS-Weißbuch Patientensicherheit - Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (Hrsg.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf

Seers, K., Rycroft-Malone, J., Cox, K., Crichton, N., Edwards, R. T., Eldh, A. C., . . . Wallin, L. (2018). Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE): an international cluster randomised controlled trial to evaluate two models of facilitation informed by the Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation Science*, 13(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0831-9>

Silverglow, A., Lidèn, E., Berglund, H., Johansson, L., & Wijk, H. (2020). What constitutes feeling safe at home? A qualitative interview study with frail older people receiving home care. *Nursing Open*, 8. <https://doi.org/10.1002/nop2.618>

Smith, P. D., Boyd, C., Bellantoni, J., Roth, J., Becker, K. L., Savage, J., . . . Szanton, S. L. (2016). Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: an analysis of process data from CAPABLE. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3-4), 454-462. <https://doi.org/10.1111/jocn.13073>

Smith, S. N., Greene, M. T., Mody, L., Banaszak-Holl, J., Petersen, L. D., & Meddings, J. (2018). Evaluation of the association between Nursing Home Survey on Patient Safety culture (NHSOPS) measures and catheter-associated urinary tract infections: results of a national collaborative. *BMJ Quality & Safety*, 27(6), 464-473. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-006610>

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2020). Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Destatis. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile

Stolle, C. (2013). «Wirkungen und Effekte des Resident Assessment Instruments (RAI Home Care 2.0) in der ambulanten Pflege». *Pflege*, 26(2), 145-146. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a00279>

Storm, M., Schulz, J., & Aase, K. (2018). Patient safety in transitional care of the elderly: effects of a quasi-experimental interorganisational educational intervention. *BMJ Open*, 8(1), e017852. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017852>

Strube-Lahmann, S., Suhr, R., Kuntz, S., & Lahmann, N. (2018). Patientensicherheit – Einsatz von Richtlinien zum Umgang mitmultiresistenten Erregern in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für*

Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 135-136, 27-33.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.07.001>

Sturkey, E. N., Linker, S., Keith, D. D., & Comeau, E. (2005). Improving wound care outcomes in the home setting. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 349-355.
<https://doi.org/10.1097/00001786-200510000-00011>

Tacconelli, E. (2010). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet Infectious Diseases*, 10(4), 226. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(10\)70065-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(10)70065-7)

Tappen, R. M., Wolf, D. G., Rahemi, Z., Engstrom, G., Rojido, C., Shutes, J. M., & Ouslander, J. G. (2017). Barriers and Facilitators to Implementing a Change Initiative in Long-Term Care Using the INTERACT® Quality Improvement Program. *The Health Care Manager*, 36(3), 219-230.
<https://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000168>

ten Haken, I., Ben Allouch, S., & van Harten, W. H. (2018). The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18(1), 284.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5123-4>

Toivo, T., Airaksinen, M., Dimitrow, M., Savela, E., Pelkonen, K., Kiuru, V., . . . Puustinen, J. (2019). Enhanced coordination of care to reduce medication risks in older home care clients in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1), 332. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1353-2>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>

Uchmanowicz, I., Gurowiec, P., Zeleníková, R., Gurková, E., Jarošová, D., & Zborowska, A. (2020). Patient safety and nurse managers' competencies in decision making relating to rationing of care – the state of the art. *Problemy Pielęgniarstwa*, 28(1), 28-33. <https://doi.org/10.5114/ppiel.2020.96091>

van Nie-Visser, N. C., Schols, J. M., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M., & Halfens, R. J. (2013). An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), e18-e29.

von Elm, E., Schreiber, G., & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>

von Hippel, A., Kulmus, C., & Stimm, M. (2018). *Didaktik der Erwachsenen- und Weiterbildung*. Stuttgart: utb.

Wagner, L. M., Capezuti, E., & Rice, J. C. (2009). Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 184-192.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01270.x>

Walter, U. (2001). Präventionspotenziale für ein gesundes Altern. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 1, 21-26.
https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0101_walter.pdf

- Wiig, S., Aase, K., Johannessen, T., Holen-Rabbersvik, E., Thomsen, L. H., van de Bovenkamp, H., . . . Ree, E. (2019). How to deal with context? A context-mapping tool for quality and safety in nursing homes and homecare (SAFE-LEAD Context). *BMC Research Notes*, 12(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4291-3>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709-724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- World Health Organization (WHO). (1998). *The World health report: 1998: Life in the 21st century: a vision for all: executive summary*.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030: Auf dem Weg zur Beseitigung vermeidbarer Schäden in der Gesundheitsversorgung. Deutsche Übersetzung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/WHO_Global_Patient_Safety_Action_Plan_2021-2030_DE.pdf
- Yoder, M., Schadewald, D., & Dietrich, K. (2015). The effect of a safe zone on nurse interruptions, distractions, and medication administration errors. *Journal of Infusion Nursing*, 38(2), 140-151. <https://doi.org/10.1097/nan.0000000000000095>
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58-67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Younan, L. A., & Fralic, M. F. (2013). Using "best-fit" interventions to improve the nursing intershift handoff process at a medical center in Lebanon. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(10), 460-467. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(13\)39059-x](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(13)39059-x)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). (2018). *ZQP-Perspektivenwerkstatt 2018: Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. ZQP-Ergebnispapier*. Berlin: ZQP. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Ergebnispapier.pdf>
- Zhang, H., Wiegmann, D. A., von Thaden, T. L., Sharma, G., & Mitchell, A. A. (2002). Safety Culture: A Concept in Chaos? *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 46(15), 1404-1408. <https://doi.org/10.1177/154193120204601520>
- Zhao, C., Chang, Q., Zhang, X., Wu, Q., Wu, N., He, J., & Zhao, Y. (2019). Evaluation of safety attitudes of hospitals and the effects of demographic factors on safety attitudes: a psychometric validation of the safety attitudes and safety climate questionnaire. *BMC Health Services Research*, 19(1), 836. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4682-0>
- Zimmermann, C., Fridrich, A., & Schwappach, D. L. B. (2021). Training Situational Awareness for Patient Safety in a Room of Horrors: An Evaluation of a Low-Fidelity Simulation Method. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1026-e1033. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000806>
- Zúñiga, F., Schwappach, D., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). Psychometric properties of the Swiss version of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Safety Science*, 55, 88-118. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2012.12.010>

7 Anhang

Anhang A: Interviewleitfäden

Leitfaden – Expertinnen und Experten aus der Forschung

| Übergeordnete Frage | Spezifizierungsfragen |
|--|--|
| Um einen gemeinsamen Ausgangspunkt für dieses Gespräch zu haben, stelle ich Ihnen kurz unsere Definition zur Sicherheitskultur in der Pflege vor: „Mit Sicherheitskultur meinen wir vor allem den Umgang des ambulanten Pflegediensts mit Risiken, die durch die Versorgung für den pflegebedürftigen Menschen entstehen, z. B. durch Medikamentengabe, Verbandswechsel oder die Weitergabe von Informationen, die für die Pflege relevant sind. Was die Sicherheit im Rahmen der professionellen Versorgung gefährdet, kann ganz unterschiedlich sein und hängt eng mit der individuellen Person der pflegebedürftigen Person zusammen. Zur Sicherheitskultur gehört es auch, mit Fehlern offen umzugehen und aus ihnen zu lernen.“ | Würden Sie sich diesem Verständnis anschließen? Oder haben Sie Einwände, Ergänzungen? |
| Wie schätzen Sie die Bedeutung des Themas Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege ein? | Für wie wichtig halten Sie das Thema Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege im Vergleich zu anderen Organisationsentwicklungsthemen – und warum? |
| | Welchen Stellenwert hat das Thema Ihrer Ansicht nach in der Praxis? |
| In welchen Handlungsbereichen der professionellen Pflege kommt es besonders auf die Sicherheitskultur der Organisation an, um Pflegebedürftige vor gesundheitlichen Risiken zu schützen? | |
| Welche Maßnahmen oder Instrumente sind Ihrer Ansicht nach praktisch geeignet, um die Sicherheitskultur in Pflegediensten zu stärken? | |
| Welche Erfahrungen haben Sie bereits mit der <u>Entwicklung, Implementierung und dem Einsatz von Interventionen</u> für den Bereich Sicherheit in der Pflege gemacht? | Welcher Bereich/welches Setting? |
| | Welche Schritte wurden begleitet (Entwicklung, Implementierung, Evaluation)? |

| | |
|--|---|
| Welche Aspekte sind im Prozess der <u>Entwicklung, Implementierung</u> und dem Einsatz Ihrer Ansicht nach besonders wichtig, damit die Intervention erfolgreich ist? | Was ist im Vorfeld zu bedenken, damit die Intervention gut in der Praxis angenommen wird? |
| | Ggf. konkreter nachfragen: Was ist im Vorfeld zu bedenken, damit die Intervention möglichst nachhaltig eingesetzt wird, möglichst praktikabel und zielführend ist? |
| Wo liegen Ihrer Ansicht nach Hürden und Stolpersteine bei der Entwicklung, <u>Implementierung</u> und dem Einsatz von entsprechenden Interventionen? | Was sind praktische Hürden? |
| | Mit welchen Widerständen ist zu rechnen? |
| | Wie begegnet man diesen? |
| | Was könnten Anreize für Pflegedienste oder einzelne Mitarbeitende sein, um bestimmte Maßnahmen umzusetzen? |
| Welche <u>didaktischen Methoden</u> haben sich Ihrer Erfahrung nach für die professionelle Pflegpraxis bewährt? | Vor-Ort-Schulungen? |
| | Power-Point-Präsentationen, Rollenspiele, Gruppenarbeit? |
| | Welche Art von Materialien? |
| | Gemeinsame Gruppenschulungen der Leitungen aus mehreren Pflegediensten versus individuelle Schulungen in einzelnen Pflegediensten? |
| Welche inhaltlichen Aspekte sollen <u>Arbeitsmaterialien</u> zur Stärkung der Sicherheitskultur in der Pflege umfassen? | Haben Sie Erfahrungen mit konkreten Inhalten, <ul style="list-style-type: none"> ▪ die z. B. von Schulungsteilnehmenden oder in der Praxis besonders gut aufgenommen wurden? |
| | ▪ die sich besonders gut vermitteln ließen? |
| | ▪ zu denen bereits breites oder eher weniger Vorwissen bei Pflegenden bestand? |
| Gibt es noch <u>weitere Aspekte</u> , die Sie im Zusammenhang mit Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege anbringen möchten? | |
| Gibt es etwas, dass Sie zu diesem Gespräch selbst erwähnen möchten? | z. B. Länge, fehlende Fragen |

Leitfaden – Professionell Pflegende

| Übergeordnete Frage | Spezifizierungsfragen |
|---|--|
| Was verbinden Sie mit dem Begriff Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege? | Was kommt Ihnen direkt in den Sinn, wenn Sie an Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege denken? |
| | Wie würden Sie einem Laien erklären, was Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege bedeutet? |
| Um einen gemeinsamen Ausgangspunkt für dieses Gespräch zu haben, stelle ich Ihnen kurz unsere Definition zur Sicherheitskultur in der Pflege vor: „Mit Sicherheitskultur meinen wir vor allem den Umgang des ambulanten Pflegediensts mit Risiken, die durch die Versorgung für den pflegebedürftigen Menschen entstehen, z. B. durch Medikamentengabe, Verbandswechsel oder die Weitergabe von Informationen, die für die Pflege relevant sind. Was die Sicherheit im Rahmen der professionellen Versorgung gefährdet, kann ganz unterschiedlich sein und hängt eng mit den individuellen Voraussetzungen der pflegebedürftigen Person zusammen. Zur Sicherheitskultur gehört es auch, mit Fehlern offen umzugehen und aus ihnen zu lernen.“ | Würden Sie sich diesem Verständnis anschließen? Oder haben Sie Einwände, Ergänzungen? |
| Wie schätzen Sie die Bedeutung des Themas Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege ein? | Für wie bedeutsam halten Sie allgemein das Thema Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege im Vergleich zu anderen Organisationsentwicklungsthemen – und warum? |
| | Welche Bedeutung hat das Thema Sicherheitskultur in Ihrem Arbeitsalltag? Können Sie hierfür ein paar Beispiele nennen? |
| | Welche sicherheitsrelevanten Bereiche sind Ihnen besonders wichtig? Das heißt worauf legen Sie bei Ihrer Arbeit besonders viel wert? (falls keine Ideen, Beispiele anbringen: Medikation, Hygiene, offene Fehlerkommunikation) |
| Wie schätzen Sie das Bewusstsein, das Wissen und den Umgang in Ihrem Dienst hinsichtlich Sicherheitskultur ein? | Wie schätzen Sie <i>das Bewusstsein und Wissen</i> der Leitung des Diensts sowie der Mitarbeitenden zum Thema Sicherheitskultur ein? |
| | Wie gehen Sie persönlich mit Fehlern um? |
| | Wie schätzen Sie den Umgang mit Risiken und Fehlern Ihrer Vorgesetzten sowie Ihrer Kollegen ein? |

| | |
|---|--|
| | Welche Rolle/Aufgabe haben Ihrer Ansicht Klientinnen und Klienten der Pflegedienste und Angehörige, um die Sicherheitskultur zu unterstützen bzw. zur sicheren Versorgung beizutragen? |
| Wo bestehen vordringlich Verbesserungspotenziale, wenn es um die Sicherheit der Klientinnen und Klienten Ihres ambulanten Diensts geht? | Was sind Ihrer Ansicht nach typische Situationen, in denen bei der Versorgung von Klientinnen und Klienten durch ambulante Pflegedienste Fehler auftreten (z. B. Hygiene, Medikation, Wundversorgung)? |
| | Und was sind Ihrer Einschätzung nach typische Ursachen? |
| | Fallen Ihnen Situationen ein, in denen Klientinnen und Klienten Ihres Diensts beinahe oder tatsächlich zu Schaden gekommen sind? Wie ist es dazu gekommen? |
| | Was sind aus Ihrer Sicht NoGo's? Zu welchen Ereignissen darf es keinesfalls kommen? |
| Welche Maßnahmen oder Instrumente sind Ihrer Ansicht nach praktisch geeignet, um die Sicherheitskultur in Pflegediensten zu stärken? | Welche Instrumente setzen Sie aktuell in Ihrem Dienst gezielt für die Patientensicherheit ein (z. B. Schulungen, Audits, interne Befragungen, Berichts- und Lernsysteme)? |
| | Und welche davon halten Sie für praktikabel sowie wirksam? Was sind praktische Hürden, um bestimmte Instrumente zu verwenden? |
| | Was könnten Anreize für Pflegedienste oder Mitarbeitende sein, um Maßnahmen für die Stärkung der Sicherheitskultur umzusetzen? |
| | Wurden in Ihrem Pflegedienst schon Schulungen zur Sicherheitskultur durchgeführt – wenn ja, waren diese erfolgreich? |
| Was sollte bei der Entwicklung der Intervention bedacht werden? | Welche Themen/Aspekte sollte ein Schulungsprogramm zur Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege unbedingt aufweisen? |
| | Welche Methoden halten Sie für praktikabel – und für wirksam, um die Sicherheitskultur zu fördern? (z. B. praktische Anleitung, Fortbildungstag/Inhouse-Schulung, Broschüren, Plakate, Filme) |
| | Welche Hürden sehen Sie in Ihrem Dienst, um ein Schulungsprogramm zur Sicherheitskultur durchzuführen? |
| Gibt es weitere Aspekte, die Sie zum Thema anbringen möchten? | |
| Abschluss: Gibt es etwas, dass Sie zu unserem Gespräch anmerken möchten? | z. B. Länge, fehlende Fragen |

Leitfaden – Pflegende Angehörige bzw. pflegebedürftige Personen

| Übergeordnete Frage | Spezifizierungsfragen |
|--|--|
| Was verbinden Sie mit dem Begriff Sicherheitskultur in der Pflege? | Was kommt Ihnen direkt in den Sinn, wenn Sie an Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege denken? |
| Um einen gemeinsamen Ausgangspunkt für dieses Gespräch zu haben, stelle ich Ihnen kurz unsere Definition zur Sicherheitskultur in der Pflege vor: „Mit Sicherheitskultur meinen wir vor allem den Umgang des Pflegediensts mit Risiken, die durch die Versorgung für den pflegebedürftigen Menschen entstehen, z. B. durch Medikamentengabe, Verbandswechsel oder die Weitergabe von Informationen, die für die Pflege relevant sind. Was die Sicherheit im Rahmen der professionellen Versorgung gefährdet, kann ganz unterschiedlich sein und hängt eng mit den individuellen Voraussetzungen der pflegebedürftigen Person zusammen. Zur Sicherheitskultur gehört es auch, mit Fehlern offen umzugehen und aus ihnen zu lernen.“ | Ist dieses Verständnis für Sie nachvollziehbar/verständlich? Oder haben Sie Einwände, Fragen, Ergänzungen? Falls ja, welche? |
| Welche Bedeutung/Wichtigkeit hat für Sie die Sicherheitskultur der ambulanten Pflege? | Welche Aspekte/Bereiche sind Ihnen ganz besonders wichtig, wenn es um die Sicherheit Ihres Angehörigen/Ihre eigene Sicherheit bei der professionellen Pflege geht? (z. B. Medikation, offener Umgang des Personals mit Fehlern, Hygiene) |
| Welche Erfahrungen haben Sie mit der Umsetzung von Sicherheitskultur in Pflegediensten gemacht, die Sie kennengelernt haben? | Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger/Sie durch den Pflegedienst sicher versorgt ist/sind? Woran machen Sie das fest? |
| | Wie schätzen Sie das Bewusstsein und das Wissen der Leitung des Diensts sowie der Mitarbeitenden zum Thema Sicherheitskultur ein? |
| | Haben Sie den Eindruck, dass die Mitarbeitenden des Diensts in der Regel kompetent und sorgfältig arbeiten? |
| | Ist Ihnen bekannt, ob der Dienst bestimmte Instrumente/Verfahren einsetzt, um die Sicherheit der Klientinnen und Klienten zu fördern? Von welchen wissen Sie? |

| | |
|--|--|
| | Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Umgang des Pflegediensts mit Risiken und Fehlern bei der Arbeit gemacht? |
| Wo bestehen vordringlich Verbesserungspotenziale, wenn es um die Sicherheitskultur geht? | Was sind Ihrer Erfahrung nach typische Situationen, in denen bei der ambulanten Pflege Fehler auftreten können? (z. B. Hygiene, Medikation, Wundversorgung) |
| | Und was sind Ihrer Einschätzung nach typische Ursachen? |
| | Fallen Ihnen Situationen ein, in denen Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger/Sie durch die ambulante Pflege beinahe oder tatsächlich zu Schaden gekommen ist/sind? Welche Folgen hat das gehabt? Wie ist es Ihrer Einschätzung nach dazu gekommen? |
| | Welche Sicherheitsrisiken/Gefahrenquellen sehen Sie bei der Pflege zuhause, die von Pflegediensten mehr beachtet werden sollten? |
| | Welche Rolle/Aufgabe haben Ihrer Ansicht nach Klientinnen und Klienten der Pflegedienste und Angehörige, um die Sicherheitskultur zu unterstützen bzw. zur sicheren Versorgung beizutragen? |
| Was sollte bei der Entwicklung der Arbeitsmaterialien für Pflegedienste bedacht werden? | Welche Themen sollte das Programm unbedingt aufgreifen? |
| Gibt es weitere Aspekte, die Sie allgemein zum Thema anbringen möchten? | |
| Abschluss: Gibt es etwas, dass Sie zu unserem Gespräch anmerken möchten? | z. B. Länge, fehlende Fragen |

Anhang B: Sozialdatenbogen



ZQP-Sozialdatenbogen für Interviews

| |
|---|
| Interview-Code |
| 1. Interviewdatum und -zeit |
| 2. Interviewort (auch Art des Raumes) |
| 3. Geschlecht |
| <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| 4. Alter |
| 5. Welche Schul-, Hochschul- und Berufsabschlüsse haben Sie? |
| 6. Wie genau ist Ihre derzeitige berufliche Position zu bezeichnen – und wie lange arbeiten Sie bereits darin? |
| 7. Welche <u>praktischen</u> Pflegeerfahrungen haben Sie – privat oder/und beruflich? |
| Interview Code |
| 8. Welche weiteren beruflichen Erfahrungen haben Sie mit dem Thema Pflege, z. B. durch pädagogisches Arbeiten bzw. Lehrtätigkeit, Curriculumentwicklung, Forschung oder Politikarbeit? Und wie lange waren Sie jeweils darin tätig? |
| 9. Würden Sie sagen, dass Sie über Fachwissen zur Sicherheitskultur in der Pflege oder allgemein im Gesundheitswesen verfügen? |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Anmerkungen |
| |

Anhang C: Postscript



ZQP-Postscript für Interviews

Interview-Postscript

Interview-Code: _____

Interviewerin/Interviewer: _____

Interviewdatum: _____

Interviewzeit: _____ bis _____

Sozialdatenbogen (SDB) ausgefüllt? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Nein: Warum kein SDB? _____

Interview erfolgreich aufgenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Nein: Warum nicht? _____

Ort des Interviews (Art d. Raumes): _____

Störungen während des Interviews? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja: Welche Art von Störungen? _____

Waren während des Interviews andere Personen als Interviewerin/Interviewer und Interviewte/Interviewter anwesend?

☐ Nein☐ Ja, während der gesamten Dauer/für einen längeren Zeitraum☐ Ja, für eine kurze Zeit

Falls Ja: Erklärungen bezüglich der Anwesenheit Dritter (Person, Umstände, Dauer, mögliche Einflüsse auf das Interview etc.)

Informationen (der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners) vor Beginn der Bandaufnahme

Informationen (der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners) nach Ende der Bandaufnahme

Welche zentralen Inhalte/Themen hat die/der Interviewte angesprochen?

„Aha-Erlebnisse“ der Interviewerin/des Interviewers/mögliche Ansatzpunkte für die Auswertung und Interpretation der Daten

Sonstige Auffälligkeiten/Besonderheiten/Eindrücke/Probleme:

Anhang D: Arbeitsmaterial

Das im Rahmen dieses Projekts erstellte Arbeitsmaterial zur Stärkung der Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege wurde überarbeitet und erweitert. Die aktuelle Version kann über die Webseite des ZQP abgerufen werden: www.zqp.de/angebot/sicherheitskultur-pflege