PATIENTENSICHERHEIT 01.06.2016

Safety Clip: Schweigen oder melden?



Das Teamklima für Innovation im Krankenhaus und seine Bedeutung für das CIRS

Mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes [4] wurden ab 2014 unter anderem für Krankenhäuser gesetzliche Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme gefordert [8]. Die Einführung eines Fehlermeldesystems, auch als critical incident reporting system [16] bezeichnet, wurde so zur gesetzlichen Vorgabe für Krankenhäuser.

Ein kritischer Faktor bei der Nutzung dieser Systeme kann allerdings das Engagement der Krankenhausmitarbeiter sein: Schließlich können Meldungen nur dann für Verbesserungsmaßnahmen ausgewertet und damit Risiken minimiert werden, wenn diese Meldungen auch tatsächlich im CIRS eingehen [9].

Bedeutsam ist daher, Faktoren zu identifizieren, die mit diesem freiwilligen Engagement beim Melden im CIRS zusammenhängen, damit Ansatzpunkte zur Verbesserung der Meldebereitschaft bekannt werden.

Ein solcher Ansatzpunkt könnte die Atmosphäre – das Klima – im Team sein.

Teamklima für Innovation und Fehlermanagement im Krankenhaus

Das Arbeitsklima, das im Krankenhausteam herrscht, hängt damit zusammen, ob erkannte sicherheitsrelevante Ereignisse1 gemeldet werden oder nicht [7, 10, 17]. Definiert wird das Klima als „subjektive Wahrnehmung von Individuen über ihre soziale Umgebung in Organisationen oder Arbeitsgruppen, die mehr oder weniger sozial geteilt sind“ [3]. Spricht man vom Klima im Team, ist noch spezifischer das direkte Arbeitsumfeld von Mitarbeitern gemeint [4].

Ereignisse, die im CIRS gemeldet werden, sollen hier unter dem Überbegriff „sicherheitsrelevante Ereignisse“ nach Gunkel et. al (2013) zusammengefasst werden, da dieser diverse Begrifflichkeiten einschließt (u.a. unerwünschtes Ereignis, vermeidbares unerwünschtes Ereignis, kritisches Ereignis, Fehler, Beinaheschaden).

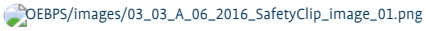
Bei den Klimakonzepten werden verschiedene Facetten unterschieden, etwa das Klima für Gerechtigkeit, das Klima für Sicherheit, das Klima für Qualität oder auch das Klima für Veränderung [13]. Beim Umgang mit

sicherheitsrelevanten Ereignissen in Krankenhausteams könnte insbesondere das Teamklima für Innovation bedeutsam sein, weil der CIRS-Prozess einem Innovationsprozess ähnelt.
Unter Innovationen versteht man „die Entwicklung, Einführung und Anwendung neuer Ideen, Prozesse, Produkte oder Vorgehensweisen, von denen Einzelne, Gruppen oder ganze Organisationen profitieren sollen. Diese innovativen Ideen können sich auf die Verbesserung bestehender Produkte oder Dienstleistungen beziehen, sie können sich auf die Optimierung interner Abläufe konzentrieren, oder sie haben die Entwicklung ganz neuer Produkte zum Ziel“ [14].

Phasen des Innovationsprozesses

Der Innovationsprozess verläuft in Phasen, die zur Modifikation bestehender Abläufe/Systeme führen [14, 15]. Auch der Umgang mit sicherheitsrelevanten Ereignissen im CIRS ist an diese Phasen adaptierbar: Beim Identifizieren, Melden und Analysieren der Ereignisse und den daraus abgeleiteten (Verbesserungs-)Maßnahmen soll ebenfalls durch veränderte (innovative) Ansätze die Patientensicherheit kontinuierlich gesteigert werden [16]. Der Verbesserungsprozess folgt dabei dem PDCA-Zyklus [Plan-Do-Check-Act; 20], der in die Innovationsprozess-Phasen mit den entsprechenden Faktoren, die das Klima für Innovation im Team abbilden, integrierbar ist (Abb. 1).

Abb. 1: Modell zu den theoretischen Zuordnungen zwischen den vier Faktoren des Teamklimas für Innovation, den Phasen des Innovationsprozesses und dem PDCA-Zyklus, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Brodbeck et al., 2000 sowie Wachter, 2008/2010, S. 2010



Nach West (1990) besteht das Teamklima für Innovation aus den vier Facetten Vision, Partizipative Sicherheit, Unterstützung für Innovationen und Aufgabenorientierung, die in jeweils unterschiedlichen Innovationsprozess-Phasen zum Tragen kommen [4].

Erkennen

In der Erkennen-Phase werden sicherheitsrelevante Ereignisse von Mitarbeitern des Krankenhaus-Teams bemerkt. Führt das Erkennen dieser Ereignisse zur Generierung von Verbesserungsmöglichkeiten, sind die Ereignisse der Auslöser für Innovationen. Im PDCA-Zyklus entspricht diese Phase der PLAN-Phase.

Wichtig in dieser Phase ist, dass klare, verbindliche, sozial geteilte und erreichbare Ziele vorhanden sind (Visionen), damit Pläne für Qualitäts- und Risikomanagementmaßnahmen im Team diskutierbar sind.

Für CIRS-Meldungen ist diese Dimension bedeutsam, da zur Identifikation der Ereignisse im Team Klarheit und Einigkeit über die Qualitätsmaßstäbe der eigenen Arbeit herrschen sollte, um Abweichungen davon festzustellen.

Auslösen

In der Auslösen– bzw. DO-Phase werden die CIRS-Meldungen bewertet, um Optimierungsansätze auszulösen, die ein verändertes Vorgehen beinhalten.

Partizipative Sicherheit ist hier wichtig, damit Teammitglieder Vertrauen ineinander und keine Angst vor negativen Konsequenzen haben, weil sie sich am Verbesserungsprozess beteiligen. Für CIRS-Meldungen ist diese Sicherheit essenziell, damit eine konstruktive Analyse erfolgen kann. Partizipation meint die Mitwirkung des Teams in Entscheidungsprozessen; es wird also in die weiteren Entscheidungen zum Umgang mit den Meldungen einbezogen. Die (psychologische) Sicherheit bedeutet zudem, dass sich die Teammitglieder auch „sicher“ fühlen, wenn sie Veränderungen/Verbesserungen vorschlagen.

Umsetzen

In der Umsetzen– bzw. CHECK-Phase werden Reorganisationsmaßnahmen auf Basis der innovativen Ansätze, die in PLAN und DO entwickelt wurden, realisiert. Die Auslöser der sicherheitsrelevanten Ereignisse werden modifiziert. Ein Praxistest erfolgt. Dabei sind weitere Modifikationen möglich.

Im Veränderungsprozess kann es zu Konflikten und Koalitionsbildungen im Team kommen, sodass die Unterstützung für Innovation vonseiten der Leitungsebene wichtig für die erfolgreiche Einführung der Veränderungen ist. Die Bereitschaft im Team, Innovationen umzusetzen, muss geschaffen werden.

Stabilisieren

Die innovativen Ansätze werden in der Stabilisieren – bzw. ACT-Phase gefestigt und gegebenenfalls werden Kontrollprozesse installiert.

Die Aufgabenorientierung ist hier bedeutsam, damit die Innovationen auch tatsächlich von den Teammitgliedern anwendet werden. Das Team muss sich darüber einig sein, sich bei der Aufgabenerfüllung um den höchsten erreichbaren Standard zu bemühen. Auch Reflexionsprozesse (z. B. regelmäßige systematische Evaluation, standardisierte Kontrollsysteme), konstruktive Kontroversen und gegenseitige Unterstützung sind in dieser Phase wichtig.

Ziel: Kontinuierliche Verbesserung

Letztendlich ergibt sich die kontinuierliche Verbesserung als Summe mehrerer gleichzeitig ablaufender Innovationszyklen, deren „Auslöser“ immer wieder neue CIRS-Meldungen sein können [4, 16, 20].

Forschungsergebnisse

Die genannten vier Dimensionen des Teamklimas für Innovation – Vision, Partizipative Sicherheit, Unterstützung für Innovation und Aufgabenorientierung – sind bereits in Krankenhausstudien validiert worden

[2]. Alle Dimensionen weisen insgesamt positive Zusammenhänge mit selbst- und fremdeingeschätzter Innovation und Leistung in Teams auf [4].

Die drei Facetten Vision, Aufgabenorientierung und Unterstützung für Innovationen haben sich zudem auch metaanalytisch als Teamprozess-Variablen erwiesen, die Innovation fördern; lediglich Partizipative Sicherheit zeigt in der Metaanalyse eine geringe positive, nicht generalisierbare, Korrelation [12].

Laut Campbell et al. (2001) ist ein durch die Mitarbeiter von Hausarztpraxen als gut bewertetes Teamklima für Innovation positiv mit der Zufriedenheit des Personals verbunden.

Außerdem finden Ambrosio und Lieb (2006) eine positive Verbindung des Teamklimas für Innovation und erfolgreicher Zusammenarbeit in Teams.

Praxisrelevanz

Das Teamklima für Innovation könnte einen Ansatzpunkt für Interventionen in Krankenhausteams bilden, um das Engagement im CIRS zu fördern. Es könnten Verhaltensmodifikationen [19] auf Teamebene durchgeführt werden, indem das Teamklima für Innovation in den Teams erhoben und die Ergebnisse gemeinsam im Team analysiert würden, um spezifische Maßnahmen zur Modifikation einzelner Klimadimensionen abzuleiten [3].

Eine mögliche Modifikation könnte beispielsweise so aussehen, dass bei gering ausgeprägter Vision gemeinsam im Team realistische und erreichbare Ziele vereinbart werden [3]. Dazu könnten Leitbilder erstellt werden, um einen Konsens über die Ziele und deren Nutzen im Team zu schaffen.

Erhebung des Teamklimas für Innovation mit dem Teamklima-Inventar

Das Teamklima-Inventar [3] ist ein Fragebogen mit 44 Items, der sich in die Skalen Vision (11 Items), Aufgabenorientierung (7 Items), Partizipative Sicherheit (12 Items) und Unterstützung für Innovation (8 Items) gliedert. Zusätzlich messen 6 Items die Soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen.Die Beantwortung erfolgte auf einer fünfstufigen Antwortskala (1 = trifft gar nicht zu; 5 = trifft völlig zu). Zur Auswertung liegen spezifische Normen vor. Insbesondere existiert auch eine Normstichprobe „Pflege und Betreuung“, anhand derer die Ergebnisse in Krankenhausteams vergleichend eingeordnet werden können. Zur Visualisierung und anschaulichen Analyse der Ergebnisse ist es ebenfalls möglich, ein Profilblatt der Ergebnisse im jeweiligen Team zu erstellen.

Interventionen zur Förderung der Partizipativen Sicherheit könnten erfolgen, indem das Team an Entscheidungsprozessen beteiligt wird, um das gegenseitige Vertrauen zu stärken [3]. Informationsflüsse im Team könnten verbessert werden, indem beispielsweise geregelte (in)formelle Austauschmöglichkeiten festgelegt werden. Hierbei könnte zusätzlich vereinbart und umgesetzt werden, dass die Sicht jedes Teammitgliedes ernstgenommen und in Entscheidungen einbezogen wird.

Soll die Unterstützung für Innovation im Team gefördert werden, könnte zum Beispiel die Bereitschaft für Innovationen im Team dadurch gestärkt werden [3], dass sich Führungskräfte klar dazu bekennen, Innovationen zu unterstützen. Um neue Ideen auch tatsächlich zu realisieren und Schwachstellen zu beseitigen, müssen natürlich die entsprechenden zeitlichen, personellen, finanziellen und technischen Ressourcen bereitstehen.

Fazit

Weiterhin sind Forschungsarbeiten nötig, um die Zusammenhänge von Mechanismen in Krankenhausteams und den Umgang mit sicherheitsrelevanten Ereignissen zu verstehen. Dennoch bietet das Teamklima für Innovation einen Ansatzpunkt zur Verhaltensmodifikation auf Teamebene, der genutzt werden kann, um die Aktivität im CIRS zu unterstützen.

Literatur

[1] Ambrosio, G. & Lieb, A. (2003). Soziale Prozesse und Führung in virtuellen Teams. Lizenziatsarbeit: Universität Zürich. Online im Internet: http://www.tm.ifap.ethz.ch/lizteam/Liz_II_Ambrosio_Lieb.pdf (Zugriff: 31.03.2016).

[2] Anderson, N. R. & West, M. A. (1996). The team climate inventory: Development of the TCI and its applications in teambuilding for innovativeness. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5, 53-66. Doi: 10.1080/13594329608414840.

[3] Brodbeck, F. C., Anderson, N. & West, M. A. (2000). TKI Teamklima-Inventar: Manual. Göttingen: Hogrefe.

[4] Brodbeck, F. C. & Maier, G. W. (2001). Das Teamklima-Inventar (TKI) für Innovation in Gruppen. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 45, 59-73. Doi: 10.1026//0932-4089.45.2.59.

[5] Bundesministerium für Gesundheit (2014). Patientenrechte. Online im Internet: http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html (Zugriff: 31.03.2016).

[6] Campbell, S., Hann, M., Hacker, J., Burns, C., Oliver, D., Thapar, A., Mead, N., Safran, D. & Roland, M. (2001). Identifying predictors of high quality care in english general practice: Observational study. British Medical Journal, 323, 784. Doi: 10.1136/bmj.323.7316.784.

[7] Edmondson, A. C. (1996). Learning from mistakes is easier said than done: Group and organizational influences on the detection and correction of human error. Journal of Applied Behavioral Science, 32, 5-28. Doi: 10.1177/0021886396321001.

[8] Gemeinsamer Bundesausschuss (2014). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser: Umsetzung des § 137 Absatz 1d Sat z 1 SGB V. Beschluss vom 23.01.2014. Online im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1919/2014-01-23_KQM-RL_137-1d_BAnz.pdf (Zugriff: 31.03.2016).

[9] Gunkel, C., Rohe, J., Sanguino-Heinrich, A., Hahnenkamp, C. & Thomeczek, C. (2013). CIRS – Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme. Köln: TÜV Media GmbH. Online im Internet: http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe42.pdf (Zugriff: 31.03.2016).

[10] Hammond, M. M. & Farr, J. L. (2011). The role of errors in the creative and innovative process. In D. A. Hofmann & M. Frese (Hrsg.), Errors in organizations (S. 67-96). New York: Routledge.

[11] Hutchinson, A., Young, T., Cooper, K., McIntosh, A., Karnon, J., Scobie, S. & Thomson, R. (2009). Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: Results from the national reporting and learning system. Quality and Safety in Health Care, 18, 5-10. Doi: 10.1136/qshc.2007.022400.

[12] Hülsheger, U. R., Anderson, N. & Salgado, J. F. (2009). Team-level predictors of innovation at work: A comprehensive meta-analysis spanning three decades of research. Journal of Applied Psychology, 94, 1128-1145. Doi: 10.1037/a0015978.

[13] Kauffeld, S., Wesemann, S. & Lehmann-Willenbrock, N. (2011). Organisation. In S. Kauffeld (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie für Bachelor (S. 29-49). Heidelberg: Springer.

[14] Maier, G. W., Frey, D., Schulz-Hardt, S. & Brodbeck, F. C. (2001). Innovation. In G. Wenninger (Hrsg.), Lexikon der Psychologie (S. 264-269). Frankfurt: Spektrum.

[15] Maier, G. W. & Hülsheger, U. R. (2009). Innovation und Kreativität in Projekten. In M. Wastian, I. Braumandl & L. v. Rosenstiel (Hrsg.), Angewandte Psychologie für Projektmanager. Ein Praxisbuch für die erfolgreiche Projektleitung (S. 247-262). Heidelberg: Springer.

[16] Meilwes, M. (2007). Klinisches Risikomanagement in der Praxis. In J. Ennker, D. Pietrowski & P. Kleine (Hrsg.), Risikomanagement in der operativen Medizin (S. 155-168). Darmstadt: Steinkopff.

[17] Naveh, E., Katz-Navon, T. & Stern, Z. (2006). Readiness to report medical treatment errors. Medical Care, 44, 117-123. Doi: 10.1097/01.mlr.0000197035.12311.88.

[18] Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser (2014). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in der Fassung vom 21.06.2005, Bundesanzeiger BAnz AT Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005 in Kraft getreten am 23. Dezember 2005 (zuletzt geändert am 23. Januar 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.04.2014 B4 in Kraft getreten am 17. April 2014). Online im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-865/KQM-RL_2014-01-23.pdf (Zugriff: 31.03.2016).

[19] Rosenstiel, L. v. (2003). Grundlagen der Organisationspsychologie: Basiswissen und Anwendungshinweise (5. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

[20] Wachter, R. M. (2010). Fokus Patientensicherheit: Fehler vermeiden, Risiken managen (J. Koppenberg, P. Gausmann & M. Henninger, Übers.). Berlin: ABW Wissenschaftsverlag. (Original erschienen 2008: Understanding patient safety).

[21] West, M. A. (1990). The social psychology of innovation in groups. In M. A. West & J. L. Farr (Hrsg.), Innovation an Creativity at Work (S. 309-333). Chichester: Wiley.