

Manual zum Patientensicherheitsklima-Inventar (PaSKI)

ETH Zurich
Center for Organizational and Occupational Sciences
Kreuzplatz 5
CH-8032 Zurich

<http://www.pda.ethz.ch/>

Inhaltsverzeichnis:

1	Hintergrund	1
2	Ziele von Befragungen zum Patientensicherheitsklima.....	1
3	Entstehung des Patienten-Sicherheitsklima-Inventars (PaSKI)	2
4	Erfasste Dimensionen des Patientensicherheitsklimas.....	2
5	Einbezug aller relevanten betrieblichen Akteure	3
6	Bestimmung der zu untersuchenden Organisationseinheiten und Personengruppen.....	4
6.1	Organisationseinheiten und Personenmerkmale im PaSKI	4
6.2	Wichtige Hinweise für die Erfassung der Organisationseinheit und der Personengruppen	5
6.2.1	Bezeichnung der Organisationseinheiten und Personengruppen.....	5
6.2.2	Mehrfachzuordnungen.....	5
6.2.3	Differenzierungstiefe.....	6
6.3	Anpassung des PaSKI für die eigene Befragung	7
7	Gesamtbefragung oder Stichprobenbefragung?	7
8	Durchführung der Befragung	8
9	Erfassung des Rücklaufs und Nachfassaktionen	10
10	Datenauswertung und -darstellung.....	11
10.1	Rekodierung der negativ formulierten Items	11
10.2	Möglichkeiten der Datenauswertung und -darstellung	12
10.2.1	Der „Ausgefüllte Fragebogen“	12
10.2.2	Prozentuale Verteilung der Antwortmöglichkeiten eines Items	13
10.2.3	Durchschnittliche Ausprägungen der Organisationseinheiten auf einer bestimmten Klimadimension	14
10.2.4	Durchschnittliche Ausprägungen der Klimadimensionen für verschiedene Personengruppen	15
10.2.5	Kombination von Personengruppen und Organisationseinheiten.....	17
10.3	Angemessene Berücksichtigung der einzelnen Individuen	17
11	Präsentation und Rückmeldung der Ergebnisse	18
11.1	Ergebnispräsentation	18
11.2	Der Ergebnisbericht	19
12	Weiterführende Literatur	20
13	Anhang (Materialien).....	21
13.1	Anhang A: Items (originale U.S.-Version und deutschsprachige PaSKI-Version)	21
13.2	Anhang B: Fragebogen mit Itembezeichnungen	21

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Ausschnitt aus einem „Ausgefüllten Fragebogen“	S. 13
Abbildung 2	Prozentuale Verteilung der Antwortmöglichkeiten eines Items	S.14
Abbildung 3	Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Kliniken auf der Klimadimension X mit Gesamtspital als interner Benchmark.	S.15
Abbildung 4	Mittelwerte verschiedener Berufsgruppen pro Klimadimension	S.16
Abbildung 5	Mittelwerte der Klinikdimensionen für Personen mit vs. ohne Patientenkontakt	S.17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Items die rekodiert werden müssen	S. 11-13
Tabelle 2	Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) verschiedener Berufsgruppen in einer Klinik für drei Klimadimensionen	S. 18

1 Hintergrund

Befragungen zum Sicherheitsklima werden in Organisationen, in denen sicheres Arbeiten hohe Priorität hat, häufig durchgeführt. Entsprechend werden sie in den letzten Jahren verstärkt für das Gesundheitswesen gefordert und zunehmend international eingesetzt. Von besonderer Bedeutung für das Gesundheitswesen ist die Sicherheit der Patienten und damit das Patientensicherheitsklima. Im Folgenden wird ein Instrument vorgestellt, welches für die Erfassung des Patientensicherheitsklimas im deutschsprachigen Raum entwickelt worden ist: Das Patientensicherheitsklima-Inventar (PaSKI). Das vorliegende Manual gibt eine Beschreibung des PaSKI sowie Tipps und Hinweise zu seiner Anwendung.

2 Ziele von Befragungen zum Patientensicherheitsklima

Das Sicherheitsklima besteht aus den geteilten Einstellungen und Wahrnehmungen von Mitarbeitern bezüglich sicherheitsrelevanter Aspekte ihrer Arbeit. Diese Wahrnehmungen und Einstellungen können sich auf eine einzelne Organisationseinheit (z.B. eine Klinik) oder auf das gesamte Spital beziehen.

Erhebungen des Sicherheitsklimas können mehrere Ziele verfolgen:

- *Diagnose des Sicherheitsklimas*, um Veränderungsbedarf aufzudecken und zu identifizieren, welche Organisationseinheiten und/oder welche Aspekte des Sicherheitsklimas mit hoher Priorität verändert werden sollten.
- *Sensibilisierung der Mitarbeitenden des Spitals* für die verschiedenen Einflussfaktoren auf Patientensicherheit.
- *Erfassung der Veränderungen des Sicherheitsklimas* über die Zeit.
- *Evaluation von Massnahmen*, die zur Verbesserung der Patientensicherheit eingeführt wurden.
- *Internes Benchmarking*: Eine Organisationseinheit (z.B. eine bestimmte Klinik) kann „ihre“ Einschätzungen bezüglich Sicherheitsklima mit denjenigen des Gesamtsitals vergleichen.
- *Externes Benchmarking*: Die Spitalleitung kann die Werte ihres Spitals mit denjenigen von anderen Spitälern vergleichen, bzw. die Leitung einer Organisationseinheit kann ihre Organisationseinheit mit vergleichbaren Kliniken anderer Spitäler vergleichen.

Befragungen zum Sicherheitsklima können auch von externen Regulationsinstanzen verpflichtend vorgegeben werden.

3 Entstehung des Patienten-Sicherheitsklima-Inventars (PaSKI)

Das Patienten-Sicherheitsklima-Inventar (PaSKI) basiert auf dem amerikanischen Befragungsinstrument „Hospital Survey on Patient Safety Culture“ (HSOPSC)¹. Dieses Instrument wurde im Auftrag der amerikanischen „Agency for Healthcare Research and Quality“ entwickelt, um das Patientensicherheitsklima in amerikanischen Spitälern zu erfassen. Im Rahmen einer spitalweiten Erhebung des Patientensicherheitsklimas am Universitätsspital Zürich (USZ) wurde der HSOPSC von einem Team des Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe übersetzt und an Besonderheiten des Schweizer Gesundheitswesens angepasst. Das so entstandene PaSKI wurde am Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich psychometrisch überprüft.

Verschiedene Gründe sprachen dafür, den HSOPSC als Grundlage für das PaSKI zu nehmen. Das PaSKI ist ein auf internationaler Ebene zunehmend eingesetztes Instrument. Entsprechend lagen zum Zeitpunkt der Instrumentauswahl schon Studien zur Reliabilität und Validität des Instrumentes sowie Vergleichsdaten aus verschiedenen Ländern vor. Dadurch wird es möglich, externe Benchmarks zu nutzen und internationale Vergleiche zu ziehen.

4 Erfasste Dimensionen des Patientensicherheitsklimas

Das PaSKI besteht aus einzelnen Aussagen, denen die befragten Personen auf einer 5-stufigen Skala zustimmen können (von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll zu“). Diese zu bewertenden Aussagen werden als *Items* bezeichnet. Für die Auswertung der Fragebögen werden die Items zu verschiedenen thematischen *Dimensionen* zusammengefasst. Zum Beispiel werden alle Items zum Thema „Nicht-straftender Umgang mit Fehlern“ zusammengefasst. Die Dimensionen stellen die verschiedenen Aspekte des Sicherheitsklimas dar.

Die Items des HSOPSC lassen sich zu zwölf Dimensionen zusammenfassen. Drei der zwölf Dimensionen beziehen sich auf das Gesamtspital. Die restlichen neun Dimensionen betreffen die Klinik/Abteilung, in der der/die Befragte arbeitet. Zusätzlich zu den zwölf Dimensionen werden vier „Outcome“-Masse erhoben. Sie erfassen u.a. eine gesamthafte Einschätzung der Patientensicherheit und die Häufigkeit, mit der kritische Ereignisse gemeldet werden, aus Sicht der befragten Personen.

¹ Vergleiche: Sorra, J. S. & Nieva, V. F. (2004); genaue Angaben siehe Kapitel „Weiterführende Literatur“

Auf der Ebene des **gesamten Spitals** werden die folgenden drei Dimensionen des Sicherheitsklimas erhoben:

- Unterstützung der Spitalleitung hinsichtlich der Patientensicherheit (3 Items)
- Teamarbeit zwischen den Kliniken/Abteilungen (4 Items)
- Übergaben und Verlegungen zwischen Kliniken (4 Items)

Auf der Ebene der **einzelnen Klinik/Abteilung** werden die folgenden neun Dimensionen erhoben:

- Sicherheitsbezogene Haltung des direkten Vorgesetzten (4 Items)
- Organisationales Lernen und kontinuierliche Verbesserung (3 Items)
- Teamarbeit innerhalb der Klinik/der Abteilung (3 Items)
- Offenheit der Kommunikation (3 Items)
- Rückmeldung und Kommunikation zu Fehlern (3 Items)
- Nicht-straftender Umgang mit Fehlern (3 Items)
- Personalausstattung (3 Items)
- Unterstützung der Klinik-/Abteilungsleitung hinsichtlich der Patientensicherheit (4 Items)
- Übergaben und Verlegungen innerhalb der Klinik/Abteilung (4 Items)

Die vier „**Outcome**“-**Masse** sind:

- Gesamteinschätzung der Sicherheit (4 Items)
- Häufigkeit des Meldens von Ereignissen (3 Items)
- Patientensicherheitsbeurteilung (1 Item)
- Anzahl der Ereignisberichte (1 Item)

5 Einbezug aller relevanten betrieblichen Akteure

Um eine Befragung zum Patientensicherheitsklima erfolgreich durchführen zu können, müssen die relevanten Personengruppen einbezogen werden. Relevant sind Personen, deren Unterstützung gebraucht wird, die ein Interesse an den Resultaten haben oder die in den Prozess des Austeilens und des Einsammelns der Fragebögen involviert sein werden. Erfahrungsgemäss sollten diese Personengruppen von Anfang an in die Planung der Befragung involviert werden, da sonst unter Umständen bereits vollzogene Schritte und Entscheidungen nochmals durchlaufen werden müssen.

Wichtige Personengruppen sind:

- *Qualitäts- und Risikomanager*. Sie sind vom Thema der Patientensicherheit direkt betroffen. Häufig sind dies diejenigen Personen, welche die Befragung ohnehin durchführen.

- *Die Spitalleitung und der Verwaltungsrat des Spitals.* Sie sind wichtig für die Legitimierung der Befragung und für die Bereitstellung von Ressourcen. Sie sind zudem verantwortlich für die Integration der Befragungsergebnisse in die strategische Planung des Spitals sowie für die Förderung von Projekten zur Erhöhung der Patientensicherheit. Die Beteiligung der Spitalleitung und des Verwaltungsrates signalisiert zudem ein gewisses Commitment zur Befragung, d.h. sie verleiht der Befragung Nachdruck und Relevanz.
- *Die leitenden Personen der Organisationseinheiten (der Departemente und Kliniken).* Ihre Unterstützung und positive Haltung gegenüber der Befragung sind wichtig für die organisationsweite, reibungslose Durchführung der Befragung und später für die Umsetzung allfälliger Massnahmen.
- *Das zu befragende Personal.* Es ist wichtig, sie frühzeitig über die Befragung mit ihren Zielen zu informieren und ihnen im Anschluss an die Befragung die Ergebnisse und Schlussfolgerungen zurückzumelden. So können sie sehen, welche Auswirkungen die Befragung hat. Dies ist auch im Hinblick auf Folgebefragungen entscheidend: wenn Mitarbeitende lediglich einen Fragebogen ausfüllen und danach „nie wieder etwas davon hören“, wird der Rücklauf erwartungsgemäss deutlich niedriger ausfallen bei einer zweiten Befragung. Des Weiteren ist es im Sinne eines „Geben und Nehmens“ fair, die Mitarbeitenden, die im Fragebogen Auskunft über ihre Wahrnehmungen bei der Arbeit gegeben haben, über die Ergebnisse der Befragung zu informieren oder sie einzubeziehen in die Ableitung allfälliger Massnahmen.

6 Bestimmung der zu untersuchenden Organisationseinheiten und Personengruppen

Die zentrale Ausgangsfrage jeder Befragung lautet, welche Organisationseinheiten hinsichtlich des herrschenden Patientensicherheitsklimas untersucht werden sollen. Neben den Organisationseinheiten stellt sich als zweite Frage, ob verschiedene Personengruppen unterschieden werden sollen.

6.1 Organisationseinheiten und Personenmerkmale im PaSKI

Das PaSKI erfasst die sicherheitsrelevanten Wahrnehmungen der Mitarbeitenden bezüglich ihrer eigenen Klinik/Abteilung und hinsichtlich des Gesamspitals. Das PaSKI erfasst also das Patientensicherheitsklima auf diesen beiden Organisationsebenen.

Hinsichtlich der Personenmerkmale erfasst das PaSKI standardmässig die folgenden Variablen:

- Tätigkeitsbereich (Patientenversorgung, Forschung und „andere“)
- Dauer der Anstellung am Spital

- Berufsgruppe (z.B. Diplomierte Pflegefachperson, Arzt/Ärztin, medizinisch-therapeutische Berufe, „andere“).
- Dauer der Berufsausübung
- Personalverantwortung/Führungsfunktion (ja/nein)
- Direkter Patientenkontakt (ja/nein)

6.2 Wichtige Hinweise für die Erfassung der Organisationseinheit und der Personengruppen

Bei der Erfassung der Organisationseinheiten und Personengruppen ist drei Aspekten *vor* der Durchführung der Befragung besondere Beachtung zu schenken. Es geht dabei

- um die verwendeten Bezeichnungen der Organisationseinheiten und Personengruppen,
- um den Umgang mit Mehrfachzuordnungen,
- und um die Frage der Differenzierungstiefe.

6.2.1 Bezeichnung der Organisationseinheiten und Personengruppen

Bezeichnungen der Organisationseinheiten

Bei der Festlegung der Organisationseinheiten besteht die Schwierigkeit, dass die befragten Personen sich den vorgegebenen Formulierungen möglicherweise nicht zuordnen können. Es empfiehlt sich deshalb, die Bezeichnungen der Organisationseinheiten festzulegen und *bevor* der Fragebogen grossflächig verteilt wird in einem Pre-est zu überprüfen, ob die Bezeichnungen für das Personal verständlich sind und eine klare Zuordnung erlauben. Wird dies nicht überprüft, kann es vorkommen, dass manche Personen den Fragebogen zwar ausfüllen, sich aber keiner Organisationseinheit zuordnen können. Die Antworten dieser Person können dadurch nicht mehr oder nur auf Ebene des Gesamtsitals in die Auswertungen einbezogen werden.

Bezeichnungen der Personengruppen

Bei der Überlegung, welche Personengruppen unterschieden werden sollen, können ebenfalls Zuordnungsprobleme auftreten. Das gilt insbesondere für eher spezifische Berufe, die nicht in allen Organisationseinheiten vorkommen (z.B. Hebammen). Es empfiehlt sich deshalb, wie bei den Bezeichnungen der Organisationseinheiten zu überprüfen, ob die Berufsbezeichnungen für die zu befragenden Personen Sinn machen und ob sie sich eindeutig zuordnen können.

6.2.2 Mehrfachzuordnungen

Mehrfachzuordnungen bei den Organisationseinheiten

In Spitalern kommt es häufig vor, dass Personen in verschiedenen Organisationseinheiten arbeiten oder sich verschiedenen Organisationseinheiten zugehörig fühlen. Es ist ratsam, im Fragebogen festzulegen, wie die ausfüllende Person damit umgehen soll. Man kann sie z.B. anweisen,

nur diejenige Organisationseinheit zu markieren, zu der sie sich am stärksten zugehörig fühlt oder in der sie den meisten Teil Ihrer Arbeitszeit verbringt, und den Fragebogen mit Bezug auf diese Einheit auszufüllen. Treten Mehrfachzuordnungen auf, muss dies in den Auswertungen entsprechend berücksichtigt werden. Zum Beispiel können die Antworten der Person gemäss ihrer Zuordnung gewichtet werden, d.h. wenn sich eine Person drei Kliniken zugeordnet hat, werden ihre Antworten mit dem Faktor 0.33 multipliziert und anschliessend diese neuen Werte den einzelnen Kliniken zugeordnet.

Mehrfachzuordnungen bei den Personengruppen

Bei den Personengruppen die Mehrfachzuordnung weniger wahrscheinlich als bei den Organisationseinheiten. Es lohnt sich trotzdem, dies vor der Befragung zu überprüfen und wenn nötig im Fragebogen eine Anweisung einzufügen, wie der Befragte damit umgehen soll.

6.2.3 Differenzierungstiefe

Differenzierungstiefe der Organisationseinheiten

Eine weitere wichtige Frage lautet, wie detailliert die Organisationseinheiten aufgegliedert werden sollen. Wenn z.B. eine Klinik innerhalb des Spitals aus mehreren Stationen besteht, so kann die Klinik als Organisationseinheit befragt werden. In diesem Falle muss man sich bewusst sein, dass allfällige Unterschiede zwischen den Stationen nicht ausgewertet werden können. Daher muss im Vorfeld klar sein, über welche Organisationseinheiten schlussendlich Aussagen gemacht werden sollen. Diese Entscheidung leitet sich aus den Gestaltungszielen, die mit der Befragung verbunden sind, ab.

Erfahrungsgemäss empfiehlt es sich, die Organisationseinheiten nicht zu fein aufzugliedern. Differenziert man z.B. zwischen sehr kleinen Organisationseinheiten, kann die Aussagekraft der Auswertungen schwinden und die Anonymität der Befragten unter Umständen nicht mehr gewährleistet werden. Mindestens acht Personen sollten für eine Organisationseinheit geantwortet haben, um als selbstständige Einheit in die Auswertung eingehen zu können. Das bedeutet bei einer Rücklaufquote von ca. 50% kann man lediglich für Organisationseinheiten mit mindestens 16 Mitarbeitenden Ergebnisse zurückmelden.

Differenzierungstiefe der Personengruppen

Ebenfalls stellt sich die Frage, über welche Personengruppen schlussendlich Aussagen getroffen werden sollen. Werden die Personengruppen zu wenig differenziert, können nur pauschale Auswertungen gemacht werden, ist der Differenzierungsgrad zu hoch, werden die Auswertungen sehr komplex und verlieren an Aussagekraft. Zudem stellt sich bei einem hohen Differenzierungsgrad die Frage, ob die Anonymität der Befragten noch gewährleistet werden kann. Auch hier gilt, dass je Personengruppe je Organisationseinheit eine Mindestanzahl an Antworten vorliegen muss. Dies kann unter Umständen zu einer niedrigeren Rücklaufquote führen, da sich die Mitarbeitenden durch die differenzierte Erfassung „identifizierbar“ fühlen können.

6.3 Anpassung des PaSKI für die eigene Befragung

Wie unter 6.2 dargestellt, kann es nötig werden, die Formulierung der Items des PaSKI an den Sprachgebrauch in der eigenen Organisation anzupassen. Dies gilt besonders für die Bezeichnungen der Organisationseinheiten und der Personenmerkmale. Es ist auf jeden Fall nötig, *sämtliche* Items des Fragebogens einmal durchzugehen und diesbezüglich zu überprüfen.

Im Prinzip können auch inhaltliche Änderungen durch Hinzufügen zusätzlicher Items oder Weglassen vorhandener Items vorgenommen werden. Es ist jedoch zu bedenken, dass durch die Änderung des Itempools die zu Grunde liegenden Dimensionen des Patientensicherheitsklimas ebenfalls geändert werden! Die Angaben zur Reliabilität und zur Validität des PaSKI sind dann nicht mehr ohne weiteres gültig, d.h. es ist von veränderten „Messeigenschaften“ auszugehen. Auch wird das externe Benchmarking, der Vergleich mit anderen Spitälern, dadurch erschwert, wenn nicht gar verunmöglicht.

Lässt sich eine Änderung nicht vermeiden, so ist entscheidend, veränderte Dimensionen nicht mehr auf Dimensionsebene auszuwerten. Im Falle des Weglassens eines Items können die verbleibenden Items individuell ausgewertet werden, die Dimension hingegen muss weggelassen werden. Wenn der Wortlaut eines Items geändert wird, kann dieses Item sowie die Items derselben Dimension ebenfalls nur auf Itemebene ausgewertet werden. Wird ein neues Items hinzugefügt, kann dieses einzeln ausgewertet, aber nicht mit einer bestehenden Dimension vermengt werden. Diese Punkte sind unbedingt zu beachten.

7 Gesamtbefragung oder Stichprobenbefragung?

Wie im vorangehenden Kapitel dargelegt wurde, muss im Rahmen einer Befragung festgelegt werden, wer genau befragt werden soll (welche Organisationseinheiten und/oder welche Personengruppen). Wenn der Bereich der Befragung festgelegt ist, kann man das gesamte Personal des festgelegten Bereiches befragen oder pro Organisationseinheit/Personengruppe jeweils nur eine Stichprobe.

Grundsätzlich nimmt da die Repräsentativität der Resultate mit der Anzahl an Befragten zu. Auch werden die statistischen Berechnungen bei zunehmender Stichprobengrösse stabiler, da der Einfluss von Extremereignissen (sogenannten „Ausreissern“) kleiner wird. Gleichzeitig ist aber klar, dass mehr Befragte auch mehr organisatorische, zeitliche und finanzielle Ressourcen verlangen, so dass dem Ideal der Gesamtbefragung nicht immer entsprochen werden kann.

Wie viele Personen schlussendlich befragt werden sollen, kann nur unter Berücksichtigung der Ziele der Befragung festgelegt werden. Soll z.B. das Personal hinsichtlich der Aspekte des Patientensicherheitsklimas sensibilisiert werden, müssen alle Personen befragt und die Projektres-

sources von Anfang an entsprechend eingeplant werden. Für die Diagnose, die Massnahmen-evaluation oder die Erfassung der Veränderung des Patientensicherheitsklimas können auch repräsentative Stichproben befragt werden. Dabei bleibt allerdings zu bedenken, dass normalerweise nicht alle Personen, die einen Fragebogen erhalten, diesen auch ausfüllen und zurück senden. Eine Stichprobe muss deshalb immer ein „Polster“ aufweisen.

8 Durchführung der Befragung

Das wichtigste Anliegen der Durchführung der Befragung ist es, einen hohen Rücklauf zu erreichen, d.h. einen grossen Anteil an beantworteten Fragebögen. Je höher der Rücklauf, desto repräsentativer sind die Ergebnisse, die die Befragung hervorbringt. Repräsentative Ergebnisse wiederum sind die Voraussetzung dafür, dass griffige Massnahmen entwickelt werden können. Schliesslich stossen die Befragungsergebnisse und die abgeleiteten Massnahmen auch auf eine höhere Akzeptanz, wenn sie sich auf einen hohen Rücklauf gründen.

Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, sind mehrere Punkte zu beachten:

Bekanntmachung der Befragung vor der Verteilung der Fragebögen

Es ist zentral, die Befragung bereits im Vorfeld der eigentlichen Verteilung der Fragebögen bekannt zu machen. Dies dient der Information der Befragten, welche Ziele die Befragung verfolgt, wer mitmachen soll und welche Themen im Mittelpunkt stehen. An dieser Stelle ist es auch unbedingt nötig, dem Personal explizit mitzuteilen, dass das Ausfüllen des Fragebogens Teil der Arbeit ist und der Fragebogen während der Arbeitszeit ausgefüllt werden kann.

Begleitbrief zu jedem Fragebogen

Bei der Abgabe des Fragebogens wird jedem Fragebogen ein Begleitbrief beigelegt, der die Befragung beschreibt und betont, dass der Fragebogen während der Arbeitszeit ausgefüllt werden kann. Weiter muss darin beschrieben sein, bis wann, wo und wie der Fragebogen zurückgegeben werden kann. Schliesslich sollte der Begleitbrief erklären, wie die Anonymität der Befragten sichergestellt wird.

Sicherstellen der Anonymität

Zentral für jede Befragung ist die Sicherstellung der Anonymität der Befragten. Es darf nicht nachvollziehbar sein, wer einen bestimmten Fragebogen ausgefüllt hat. Die Wahrung dieser Anonymität muss den Befragenden glaubhaft vermittelt werden. Kann die Anonymität nicht garantiert werden, sinkt die Bereitschaft, den Fragebogen überhaupt auszufüllen und die Antworten in den ausgefüllten Fragebögen laufen Gefahr, eher die sozial erwünschten Antworten als die persönliche Meinung der befragten Person wiederzugeben.

Um die Anonymität sicherzustellen, empfehlen sich mehrere Massnahmen:

- Im Fragebogen dürfen keine Identifikationsmerkmale erfragt werden.
- Die Rohdaten sollten wenn möglich von einer externen Institution ausgewertet und auch dort gespeichert werden. Das muss dem Personal deutlich kommuniziert werden. In diesem Fall ist es auch nützlich, dass das Personal die Fragebögen direkt von der externen Organisation zugeschickt bekommt.
- Bei der Rückmeldung der Ergebnisse werden nur Ergebnisse von Organisationseinheiten bzw. Personengruppen zurückgemeldet, die mehr als acht Mitarbeitende umfassen.
- Bei der Austeilung der Fragebögen wird jedem Fragebogen ein unbeschriebenes Rückantwortcouvert beigelegt. Die befragte Person kann ihren ausgefüllten Fragebogen in diesem Couvert verschliessen und so anonym abgeben.
- Die Antwortcouverts können in Boxen gesammelt werden, die an zentralen Stellen aufgestellt werden. So kann jede Person ihren Fragebogen in einem neutralen Couvert in eine Sammelbox werfen, wodurch sie nicht mehr zurück verfolgt werden kann.
- Wenn die Auswertungen nicht im Spital selbst, sondern von einer externen Organisation durchgeführt werden, können die Sammelboxen weggelassen werden. Stattdessen wird das PaSKI zusammen mit einem adressierten Antwortcouvert verteilt, so dass die befragten Personen ihren ausgefüllten Fragebogen direkt an die entsprechende Organisation senden können.

Auswahl eines Verteilungskonzeptes

Zur Verteilung und Einsammlung der Fragebögen bestehen verschiedene Varianten, die auch miteinander kombiniert werden können:

- a) ***Verteilung der Fragebögen während einer Teamsitzung.*** D.h. ein Teil einer regelmäßigen Sitzung wird explizit dafür verwendet, den Fragebogen auszufüllen. Dieses Vorgehen vereinfacht die Austeilung und Einsammlung der ausgefüllten Fragebögen erheblich und führt erfahrungsgemäss zu hohen Rücklaufquoten. Bei diesem Vorgehen sollte unbedingt beachtet werden, dass die Teilnahme an der Befragung selbstverständlich weiterhin freiwillig ist und dass die Befragten sich beim Ausfüllen der Bögen nicht beobachtet oder kontrolliert fühlen.
- b) ***Persönliche Verteilung der Fragebögen.*** Eine andere Variante besteht darin, dass die Fragebögen persönlich bei den zu befragenden Personen abgegeben werden. Dabei empfiehlt es sich, zum Verteilen Personen aus dem gleichen Berufs- und Tätigkeitsfeld zu einzusetzen wie die zu befragenden Personen. Die persönliche Verteilung hat die Vorteile, dass die Befragung „ein Gesicht erhält“ und dass die befragten Personen allfällige Fragen oder Unsicherheiten gleich klären können.
- c) ***Verteilung via interne Post.*** Sofern im Spital ein internes Postsystem zur Verfügung steht, können die Fragebögen einzeln verschickt werden. Auch hier sollte unbedingt ein Antwortcouvert beigelegt werden, und die Personen sollten darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie den Fragebogen während ihrer Arbeitszeit ausfüllen können.

- d) **Verteilung via Post nach Hause.** Die Fragebögen können auch direkt an die Privatadressen der zu befragenden Personen verschickt werden. In diesem Falle ist ein detaillierter Begleitbrief von besonders grosser Bedeutung.

9 Erfassung des Rücklaufs und Nachfassaktionen

Sofern man das PaSKI nicht im Rahmen einer Sitzung austeilte und gleich wieder einsammelt, ist ein Zeitfenster zu definieren, bis wann das PaSKI ausgefüllt und abgegeben werden soll. Während des Zeitfensters zwischen Austeilung und Abgabetermin ist es sinnvoll, den Rücklauf kontinuierlich zu erfassen, um zu sehen, ob genügend Leute den Fragebogen ausfüllen oder ob Nachfassaktionen oder gar eine Änderung der Verteilungsstrategie nötig sind. Zu diesem Zwecke ist bereits in der Planung der Befragung eine Zeitreserve für die Ausdehnung des Befragungszeitraumes vorzusehen. So kann im Falle eines niedrigen Rücklaufs mehr Zeit zur Beantwortung der Fragebögen zur Verfügung gestellt werden.

Für die Erfassung des Rücklaufes muss in Erfahrung gebracht werden, wie viele Personen pro Organisationseinheit oder Berufsgruppe vorhanden sind oder wie viele befragt werden. Die Anzahl zurück gesandter Fragebögen wird dann laufend auf die Anzahl zu befragender Personen bezogen, um zu sehen, wie viel Prozent der Rücklauf beträgt.

Es lohnt sich, für jeden Tag festzuhalten, wie viele Fragebögen aus welcher Organisationseinheit oder Berufsgruppe eingegangen sind. Eine einfache Darstellung in Excel ist dazu ausreichend, mit dem fortlaufenden Datum in der ersten Spalte und den verschiedenen Organisationseinheiten in den nachfolgenden Spalten. Je nach Interesse können weitere Kategorien in die Spalten aufgenommen werden, z.B. spezifische Berufsgruppen. Dies erlaubt es, die Nachfassaktionen für Gruppen, in denen der Rücklauf besonders niedrig ist, zu verstärken.

Nachfassaktionen werden am einfachsten im Rahmen der gängigen Kommunikationskanäle des Spitals durchgeführt. Wenn z.B. normalerweise über das Intranet im Spital Informationen an die Mitarbeitenden weitergegeben werden, kann auch eine Erinnerung für die Befragung über das Intranet verbreitet werden. Denkbar ist auch das Verteilen von Erinnerungsbriefen über die Ansprechpersonen der Befragung, im Rahmen einer Sitzung oder über die interne Post. Auf jeden Fall sollten die befragten Personen aufgefordert werden, den Fragebogen auszufüllen. Dabei sind die Ziele und die Themen der Befragung nochmals zu beschreiben.

10 Datenauswertung und -darstellung

Nach dem Einsammeln der Fragebögen und den Nachfassaktionen, geht es an die Auswertung und die Darstellung der Ergebnisse. Wichtig dabei ist, als erstes alle Items in das gleiche Antwortformat zu bringen, so dass die Interpretation einheitlich ist (Rekodierung der Items). Auf dieser Grundlage kann die Auswertung und Darstellung der Daten erfolgen; hierzu werden im Unterkapitel 10.2 einige Beispiele aufgezeigt. Zusätzlich ist es wichtig, die einzelnen Kommentare am Schluss der Fragebögen zu analysieren (evtl. klassifizieren). Daraus können wertvolle Hinweise zum Patientensicherheitsklima und zu möglichen Veränderungsmassnahmen gewonnen werden.

10.1 Rekodierung der negativ formulierten Items

Der grösste Teil der Items im PaSKI ist positiv formuliert, d.h. wenn jemand der Aussage *zustimmt*, spiegelt dies eine *positive* Ausprägung des Patientensicherheitsklimas wider (z.B. „Die Mitarbeitenden in dieser Klinik nehmen Rücksicht aufeinander“). Es gibt aber auch negativ formulierte Items, bei denen die Zustimmung eine *problematische* Ausprägung des Patientensicherheitsklimas bedeutet (z.B. „Das Personal in dieser Klinik macht mehr Überzeit, als für das Patientenwohl gut ist“). Zur Vereinfachung der Interpretation der Ergebnisse werden die negativ formulierten Items umkodiert, d.h. ihre Werte auf der Antwortskala werden umgekehrt: Aus der 5 wird eine 1, aus der 4 eine 2, 3 bleibt 3, aus der 2 wird eine 4 und aus der 1 eine 5. Das führt dazu, dass alle Items gleich interpretiert werden können: Hohe Werte (4 und 5) bedeuten ein positives Patientensicherheitsklima, tiefe Werte (1 und 2) eine negative Aussage zum Patientensicherheitsklima.

Die folgenden Items müssen rekodiert werden:

u_B3r	„Sobald Druck entsteht, verlangt meine direkte Vorgesetzte / mein direkter Vorgesetzter ein schnelleres Arbeitstempo, selbst wenn dadurch Dinge abgekürzt oder ausgelassen werden müssen.“
u_B4r	„Meine direkte Vorgesetzte / mein direkter Vorgesetzter übersieht Probleme im Bereich Patientensicherheit, die immer wieder auftreten.“
u_C6r	„Die Mitarbeitenden trauen sich nicht, Fragen zu stellen, wenn sie den Eindruck haben, dass etwas nicht stimmt.“
u_A7r	„Wir setzen mehr Aushilfspersonal ein, als im Sinne des Patientenwohls vertretbar ist.“
u_A8r	„Die Mitarbeitenden haben das Gefühl, dass ihnen ihre Fehler zur Last gelegt werden.“
u_A12r	„Wenn ein Ereignis (z. B. Fehler) gemeldet wird, entsteht der Eindruck, dass die betreffende Person kritisiert wird, während das Problem unbeachtet bleibt.“
u_A16r	„Die Mitarbeitenden sind besorgt, dass von ihnen gemachte Fehler in ihrer Personalakte vermerkt werden.“
u_A5r	„Das Personal in dieser Klinik / diesem Bereich macht mehr Mehrzeit, als für das Patientenwohl gut ist.“

u_A14r	„Wir arbeiten „am Limit“ und versuchen, zu viel in zu kurzer Zeit zu erledigen.“
u_F9r + h_F9r	„Die Spitalleitung/Klinikleitung scheint sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für den Patienten stattgefunden hat.“
u_F5r + h_F5r	„Während des Schichtwechsels gehen in dieser Klinik/diesem Spital oft wichtige Patienteninformationen verloren.“
u_F11r + h_F11r	„Schichtwechsel sind für die Patienten in dieser Klinik/diesem Spital - problematisch.“
u_F3r + h_F3r	„Bei Patientenverlegungen innerhalb der Klinik/innerhalb des Spitals gehen Informationen verloren.“
u_F7r + h_F7r	„Beim Austausch von Informationen innerhalb der Klinik/innerhalb des Spitals entstehen häufig Probleme.“
h_F9r	„Die Spitalleitung scheint sich nur dann für die Patientensicherheit zu interessieren, wenn bereits ein Ereignis mit schädigenden Folgen für den Patienten stattgefunden hat.“
h_F2r	„Die verschiedenen Kliniken / Bereiche im Spital stimmen sich nicht gut miteinander ab.“
h_F6r	„Oft ist es unangenehm, mit Personal aus anderen Kliniken / Bereichen zusammenzuarbeiten.“
h_F3r	„Bei Patientenverlegungen von einer Klinik zu einer anderen gehen Informationen verloren.“
h_F7r	„Beim Austausch von Informationen zwischen verschiedenen Kliniken / Bereichen entstehen häufig Probleme.“
u_A10r	„Es ist pures Glück, dass in dieser Klinik / diesem Bereich keine schwerwiegenden Fehler passieren.“
u_A17r	„Wir haben in dieser Klinik / diesem Bereich Probleme mit der Patientensicherheit.“

Tabelle 1: Items die rekodiert werden müssen, beachte: „u_“ steht für Klinikebene (unit), „h_“ für Spitalebene (hospital)

10.2 Möglichkeiten der Datenauswertung und -darstellung

Die meisten Auswertungen von Befragungen zur Patientensicherheit sind einfache deskriptive Darstellungen. Einige Möglichkeiten deskriptiver Darstellungen werden im Folgenden vorgestellt. Sie haben den Vorteil, dass sie einfach herzustellen, zu interpretieren und zu kommunizieren sind. Die Graphiken können in Excel hergestellt werden. Für weiterführende Auswertungen, mit denen sich spezifische Hypothesen testen lassen (Inferenzstatistik), sei auf die Literatur in Kapitel 11 verwiesen.

10.2.1 Der „Ausgefüllte Fragebogen“

Die untenstehende Abbildung 1 zeigt einen Ausschnitt aus dem „Ausgefüllten Fragebogen“ mit fiktiven Zahlen. Der „Ausgefüllte Fragebogen“ entspricht dem originalen Fragebogen und wird pro Organisationseinheit erstellt. Für jedes Item wird die prozentuale Verteilung der Antworten einge-

fügt, also wie viel Prozent der Personen mit „stimme überhaupt nicht zu“ (hier 5% beim ersten Item), wie viele mit „stimme nicht zu“ etc. geantwortet haben. Der „Ausgefüllte Fragebogen dokumentiert für jede Organisationseinheit die Antwortverteilung für sämtliche Items.

Kreuzen Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen über Ihre Klinik/Ihren Bereich zustimmen oder nicht.
 Sie können zwischen verschiedenen Antwortmöglichkeiten wählen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Denken Sie an Ihre Klinik/Ihren Bereich...	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	teils-teils	stimme zu	stimme voll zu
1. Die Mitarbeitenden in dieser Klinik/diesem Bereich unterstützen einander.	5.0	12.0	20.0	53.3	9.7
2. Wir verfügen über ausreichend Personal, um das Arbeitspensum zu bewältigen.	6.7	17.8	40.0	20.0	15.5
3. Wenn ein hohes Arbeitspensum erfüllt werden muss, arbeiten wir als Team zusammen, um alles erledigen zu können.	8.8	19.0	20.0	30.0	22.2
4. Die Mitarbeitenden in dieser Klinik/diesem Bereich nehmen Rücksicht aufeinander.	0	10.1	44.2	25.6	20.1

Abbildung 1: Ausschnitt aus einem „Ausgefüllten Fragebogen“

10.2.2 Prozentuale Verteilung der Antwortmöglichkeiten eines Items

Als spezifische Ergänzung des „Ausgefüllten Fragebogens“ bietet sich die Darstellung einzelner, interessierender Items an. Das folgende, fiktive Beispiel (Abbildung 2) illustriert die Darstellungsform:

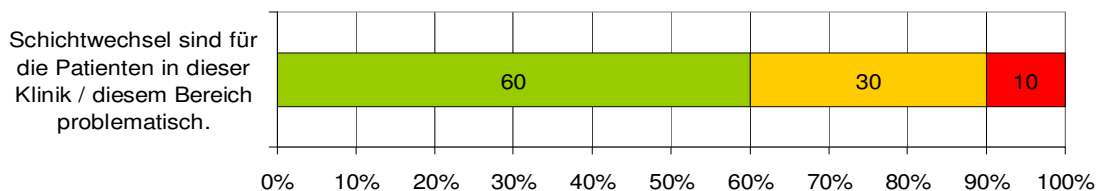


Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Antwortmöglichkeiten eines Items

Die Darstellung fasst die fünf Antwortmöglichkeiten des Items zusammen in *grün* (Anteil positiver Antworten, d.h. hier „stimme überhaupt nicht zu“ und „stimme nicht zu“), *orange* (Anteil „Teils-teils“-Antworten) und *rot* (Anteil problematischer Antworten, d.h. hier „stimme voll zu“ und „stimme zu“). Die Farbbalken geben jeweils an, wie viel Prozent der Personen einer Klinik die entsprechende Antwort gegeben haben. Die Farbe grün deutet darauf hin, dass es sich im Sinne des Sicherheitsklimas um eine positive Antwort handelt, rot bedeutet eine problematische Antwort. Orange entspricht der „teils-teils“-Antwort, welche eher als problematisch interpretiert werden kann. Sie ist zwar nicht eindeutig problematisch, zeigt aber doch an, dass es Befragte gibt, die kein eindeutig positives Urteil zu geben bereit sind.

Zu beachten ist, dass „grün“ und „rot“ nicht kurzerhand die Antwortmöglichkeiten „Stimme zu“ bzw. „Stimme nicht zu“ repräsentieren. Dies ist nur dann der Fall, wenn das Item eine positive Aussage zum Patientensicherheitsklima trifft, also z.B. „Die Mitarbeitenden in dieser Klinik nehmen Rücksicht aufeinander“. Im Beispiel in Abbildung 2 ist die Aussage des Items zur Patientensicherheit hingegen negativ formuliert: Als „grün“ ist hier also zu werten, wenn jemand der Aussage *nicht* zustimmt. Das zeigt noch einmal die Wichtigkeit, dass die negativ formulierten Items vor der Datenauswertung rekodiert werden, wie dies unter 10.1 beschrieben ist.

Alternativ zur prozentualen Darstellung der Antwortmöglichkeiten eines Items kann für die Klinik oder Abteilung der Mittelwert (d.h. der Durchschnitt der Antworten) aller Einschätzungen auf diesem Item berechnet werden. Dies erlaubt es z.B., verschiedene Organisationseinheiten miteinander auf diesem Item zu vergleichen. Aufschlussreich ist häufig der Vergleich zwischen bestimmten Personengruppen. So können z.B. verschiedene Berufsgruppen daraufhin miteinander verglichen werden, wie viel Prozent jeweils der Meinung sind, ein Incident Reporting System sei sinnvoll oder wie häufig sie kritische Ereignisse berichten.

10.2.3 Durchschnittliche Ausprägungen der Organisationseinheiten auf einer bestimmten Klimadimension

In den oben geschilderten Auswertungen erfolgte die Auswertung jeweils pro Item. Das ist nicht zwingend. Da immer mehrere Items thematisch zusammengehören (eine Dimension des Patientensicherheitsklimas bilden, vgl. Kap. 4), können die zusammengehörenden Items auch zusammengefasst werden. Dies geschieht, indem für jede Person der Mittelwert der zusammengehörenden Items berechnet wird. So erhält jede Person pro Dimension des Patientensicherheitsklimas einen Dimensionswert.

Liegen die Dimensionswerte für alle Personen vor, können verschiedene Organisationseinheiten auf einer bestimmten Klimadimension miteinander verglichen werden. Dazu berechnet man den Mittelwert der Dimensionswerte der Personen einer Klinik. So lassen sich die verschiedenen Organisationseinheiten miteinander vergleichen, wie die (fiktive) Abbildung 3 zeigt:

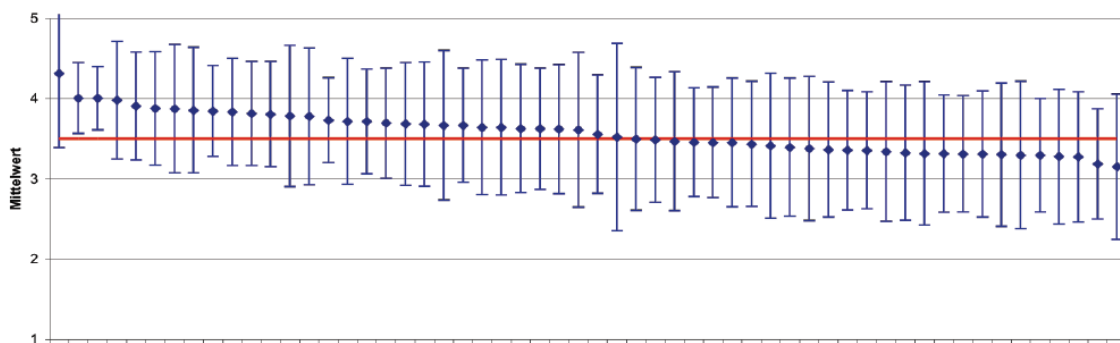


Abbildung 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Kliniken auf der Klimadimension X mit dem Gesamtspital (rote Linie) als internen Benchmark.

Abbildung 3 zeigt für jede Klinik/Abteilung den Mittelwert auf einer bestimmten Dimension X des Patientensicherheitsklimas wie z.B. „Offenheit der Kommunikation in der Klinik/Abteilung“. Der rote Strich zeigt den Mittelwert des gesamten Spitals und dient als interner Vergleichspunkt. Jeder Punkt stellt eine Klinik/Abteilung dar. Für jede Klinik/Abteilung ist zudem die Standardabweichung angegeben. Sie zeigt an, wie die Dimensionswerte der einzelnen Personen um den Mittelwert streuen. Kliniken mit grossen Standardabweichungen sind eher heterogen, d.h. ihr Mittelwert muss vorsichtiger interpretiert werden.

Aus Abbildung 3 kann auch hervorgehen, welche Organisationseinheiten bei der Entwicklung von Massnahmen Priorität haben sollten. Bei der Interpretation solcher vergleichenden Graphiken ist jedoch von grosser Bedeutung, die einzelnen Organisationseinheiten nicht gegeneinander auszuspielen. Das gilt auch, wenn innerhalb einer Organisationseinheit die Mittelwerte der verschiedenen Dimensionen miteinander verglichen werden. Da jede Dimension einen eigenen Anteil zum Patientensicherheitsklima beiträgt, können sie nicht untereinander kompensiert werden.

10.2.4 Durchschnittliche Ausprägungen der Klimadimensionen für verschiedene Personengruppen

Je nach Zielsetzung wird auch der Vergleich verschiedener Personengruppen auf den Klimadimensionen relevant. In der folgenden (fiktiven) Abbildung 4 ist für jede Berufsgruppe der Mittelwert pro Klimadimension abgebildet. Aus der Abbildung 4 geht so hervor, bei welchen Klimadimensionen die verschiedenen Berufsgruppen sich einig sind und wo eher unterschiedliche Ansichten vorherrschen.

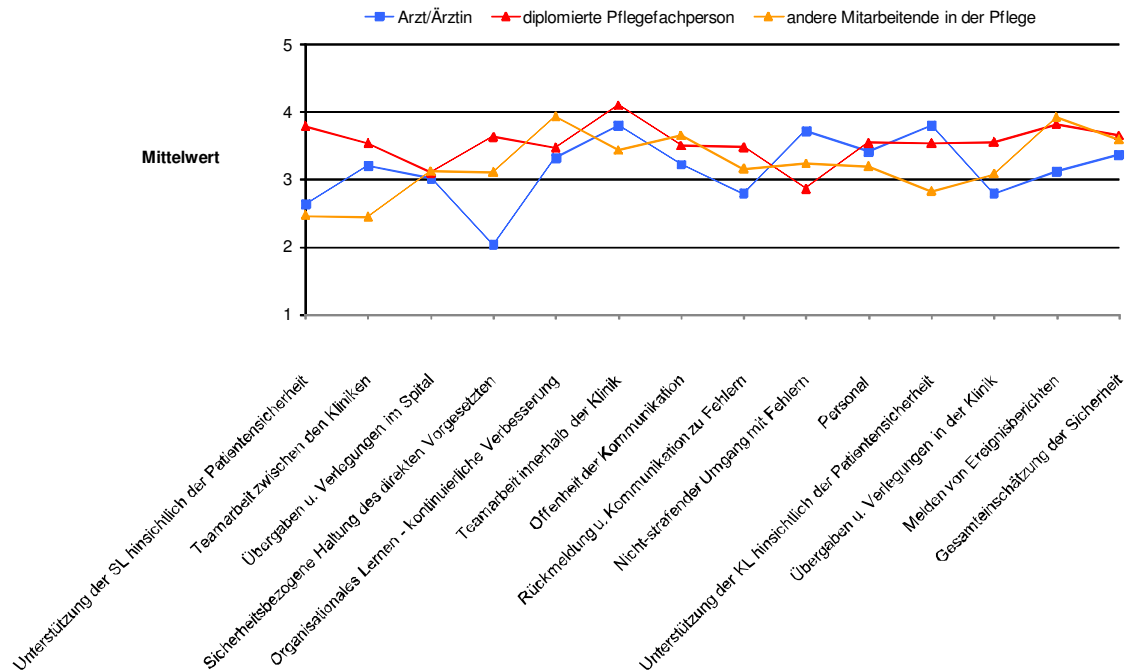


Abbildung 4: Mittelwerte verschiedener Berufsgruppen pro Klimadimension

Die (fiktive) Abbildung 5 zeigt die Dimensionsmittelwerte für eine weitere Unterscheidung zwischen Personengruppen, nämlich mit direktem Patientenkontakt vs. ohne direkten Patientenkontakt. Diese Unterscheidung ist z.B. dann von Interesse, wenn die patientensicherheitsrelevanten Einstellungen nicht nur beim medizinisch tätigen Personal, sondern auch beim Housekeepingpersonal, Technikern, Angestellten der Cafeteria u.ä. erhoben werden soll.

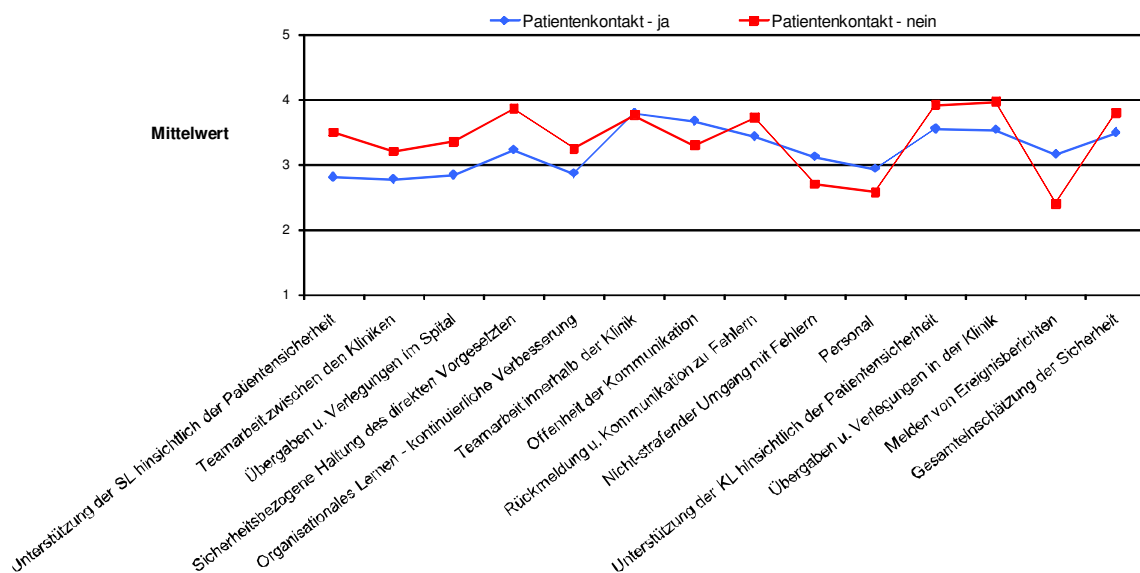


Abbildung 5: Mittelwerte der Klinikdimensionen für Personen mit vs. ohne Patientenkontakt

10.2.5 Kombination von Personengruppen und Organisationseinheiten

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Klimadimensionen können auch für verschiedene Berufsgruppen einer bestimmten Organisationseinheit ausgewertet werden, wie Tabelle 2 mit fiktiven Daten zeigt. Zusätzlich sind darin die Werte des Gesamspitals als interner Benchmark angegeben. Sind für eine Gruppe weniger als 8 Antwortende vorhanden, dann werden die Ergebnisse dieser Gruppe nicht zurückgemeldet (siehe die Zellen mit dem Inhalt „n<8“). Aus den im Kapitel 8 erwähnten Gründen des Anonymitätsschutzes erfolgen die Datenauswertungen nur, wenn Daten von mehr als acht Personen vorliegen.

	Gesamt		Arzt/ Ärztin		dipl. Pflegefachperson		andere Mitarbeitende Pflege	
	Klinik X	Spital	Klinik X	Spital	Klinik X	Spital	Klinik X	Spital
<i>Dimension: Unterstützung der Spitalleitung hinsichtlich der Patientensicherheit</i>								
M	2.6	3.1	n<8	2.9	2.9	3.0	n<8	3.3
SD	0.5	0.8	n<8	1.0	0.7	0.8	n<8	0.9
<i>Dimension: Teamarbeit zwischen den Kliniken / Leistungszentren</i>								
M	3.1	3.2	3.0	3.4	3.1	3.2	3.9	3.4
SD	0.4	0.7	0.7	0.7	0.5	0.6	0.5	0.6
<i>Dimension: Übergaben und Verlegungen im Spital</i>								
M	3.1	3.3	2.8	3.6	3.1	3.2	n<8	3.4
SD	0.7	0.9	0.9	0.8	0.7	0.7	n<8	0.6

Tabelle 2: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) verschiedener Berufsgruppen in der Klinik X auf drei Klimadimensionen

10.3 Angemessene Berücksichtigung der einzelnen Individuen

Das PaSKI enthält am Schluss des Fragebogens ein Feld, in dem die Befragten ihre Kommentare und Hinweise schriftlich eintragen können. Darin zeigen die Befragten häufig, was für sie besonders wichtig ist, indem sie ein Thema aus dem Fragebogen nochmals aufgreifen. Solche Kommentare vertiefen ein angesprochenes Thema oder bringen explizit zum Ausdruck, dass ein bestimmter Aspekt von besonderer Bedeutung sei. Darüber hinaus finden sich in den Kommentaren auch Aspekte der Patientensicherheit, welche der befragten Person am Herzen liegen, aber in den Items unzureichend oder gar nicht zur Sprache kommen. Die offenen Kommentare bieten

so die Möglichkeit, individuelle Wahrnehmungen der Patientensicherheit und zusätzliche Aspekte in die Auswertungen und die Massnahmenableitung aufzunehmen.

Um die Kommentare zu analysieren, sollten sie thematisch kategorisiert werden. Das bedeutet, man geht die Kommentare durch und ordnet sie einem oder mehreren Themen zu, die von den Kommentaren angesprochen werden. Anschliessend kann für jede Themenkategorie ausgezählt werden, wie viele Kommentare sie enthält. An der Häufigkeit der Kommentare lässt sich die Bedeutung eines Themas ablesen. Der Inhalt der Themen kann mit den Dimensionen und Items verglichen werden. So wird ersichtlich, welche zusätzlichen Themen auftauchen und welche Aspekte der erfragten Dimensionen besonders hervorgehoben werden.

11 Präsentation und Rückmeldung der Ergebnisse

Zur vollständigen Durchführung einer Befragung zum Patientensicherheitsklima gehört auch die effektive Rückmeldung der Ergebnisse, da die gewonnenen Informationen sonst wirkungslos bleiben. Die Rückmeldung der Ergebnisse ist deshalb ein integraler Bestandteil jeder Befragung und muss entsprechend aufgegleist werden. Die Rückmeldung besteht einerseits aus der Präsentation der Ergebnisse vor Ort und andererseits aus der Abgabe eines Berichts, in dem die präsentierten Ergebnisse schriftlich fixiert sind.

11.1 Ergebnispräsentation

Für die Präsentation der Ergebnisse stellt sich die gleiche Frage wie für die Verteilung und Einsammlung der Fragebögen: Wie können möglichst viele Personen erreicht werden? Als erster Schritt ist es deshalb wichtig, die Präsentation früh und wiederholt anzukünden. Am effektivsten und einfachsten geschieht dies über die im Spital etablierten Kommunikationskanäle. Für die eigentliche Durchführung stellen sich vor allem die Fragen, was wem präsentiert wird, wer die Ergebnispräsentation übernimmt und in welchem Rahmen sie durchgeführt werden soll.

Was wird wem präsentiert?

Welche Ergebnisse genau zu präsentieren sind, hängt im Wesentlichen davon ab, an wen sich die Präsentation richtet. Unterschieden werden müssen vor allem Präsentationen für alle von solchen, die spezifisch für bestimmte Gruppen wie z.B. einzelne Organisationseinheiten oder Berufsgruppen sind. Werden bestimmte Gruppen angesprochen, so müssen die Ergebnisse entsprechend ausgewählt werden, d.h. für jede dieser Gruppen werden diejenigen Resultate zusammengestellt, die für sie relevant sind. Das kann sich auf die Darstellung der Gruppe beschränken oder zusätzlich Vergleiche mit internen oder externen Benchmarks beinhalten. Das komplette interne Benchmarking, d.h. der Vergleich *aller* Organisationseinheiten und Personenmerkmale sind vor allem für die Spitalleitung von Interesse. Wir empfehlen, dass die einzelnen

Organisationseinheiten (Kliniken) ihre Ergebnisse jeweils im Vergleich zum Gesamtspital sehen, sie jedoch nicht im direkten Vergleich zu anderen Kliniken eingeordnet werden. Dies könnte zu Widerständen bei der Interpretation und Nutzung der Ergebnisse führen.

Wer präsentiert?

Naheliegender ist die Durchführung der Workshops und Präsentationen durch die Verantwortlichen der Befragung selbst. Das hat den Vorteil, dass die Präsentierenden sich mit dem Befragungsprojekt auskennen und entsprechend viel Hintergrundwissen aufbringen können. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch einen grossen zeitlichen Aufwand für diese Personen.

Eine Alternative besteht darin, sogenannte Multiplikatoren einzusetzen. In diesem Falle erstellen die Verantwortlichen der Studie die Präsentation der Ergebnisse, führen dann aber eine Schulung durch, in der sie ausgewählten Vertretern des Personals die Ergebnisse präsentieren und sie instruieren, wie die Ergebnisse zu präsentieren und interpretieren sind. Die so ausgebildeten Mitarbeiter übernehmen dann die Ergebnispräsentation in ihrem Arbeitsbereich. Das hat vor allem die Vorteile, dass die Befragungsverantwortlichen nicht die ganze Präsentationsarbeit alleine bewältigen müssen und dass die Mitarbeitenden (z.B. Risikomanager oder Qualitätsverantwortliche) in die Ergebnismeldung eingebunden werden.

Schliesslich ist auch in Erwägung zu ziehen, dass das Management/die Spitalleitung die Ergebnispräsentation übernimmt. Das bietet sich insbesondere dann an, wenn die Ergebnisse mit aktuellen Themen oder Problemen des Managements verknüpft werden können.

In welchem Rahmen wird präsentiert?

Der Präsentationsrahmen hängt von der Adressatengruppe ab, also ob dem gesamten Spital, einer Organisationseinheit, einer Personengruppe etc. präsentiert wird. Einfach und effektiv ist es wie bei der Austeilung der Fragebögen, die Präsentation in einen bestehenden Anlass einzubauen (z.B. wiederkehrende Sitzungen). Die Verwendung solcher wiederkehrender Anlässe erlaubt es, eine grosse Anzahl von Personen zu erreichen und reduziert den organisatorischen Aufwand. Alternativ können Workshops eingerichtet werden. Diese sind organisatorisch aufwändiger, haben dafür den Vorteil, dass beispielsweise die Zuhörer Fragen unmittelbar stellen können und Themen diskutiert werden. Auch kann die Workshop-Leitung die ins Auge gefassten Massnahmen zur Verbesserung des Patientensicherheitsklimas mit den Anwesenden diskutieren und so die Praxistauglichkeit der Massnahmen testen. Solche Diskussionen erlauben es, dass das profunde Wissen über die alltäglichen Arbeitsabläufe für die Entwicklung neuer Massnahmen genutzt werden kann.

11.2 Der Ergebnisbericht

Im Ergebnisbericht werden die präsentierten Daten schriftlich fixiert. Er enthält die gleichen Daten, die auch präsentiert wurden. Der Ergebnisbericht ist Adressaten spezifisch: Die Spitalleitung

erhält die Ergebnisse zum gesamten Spital, die Klinikleitung zu ihrer Klinik, die Mitarbeitenden zu ihrer Klinik oder Station etc. Normalerweise werden die gleichen Gruppen von Personen einen Bericht erhalten, die auch für die Präsentation der Ergebnisse als Adressatengruppe ausgewählt wurden (vgl. 11.1).

Falls in der Ergebnispräsentation PowerPoint – Folien verwendet wurden, können diese in den Bericht übernommen und mit einem kurzen Kommentar versehen werden. Der Kommentar erklärt in diesem Falle, was auf der Folie zu sehen ist (insbesondere, wenn es sich um Abbildungen handelt) und gibt eine kurze Interpretation der Bedeutung der Ergebnisse.

In grösseren Spitälern wird es kaum sinnvoll sein, dem gesamten Personal einen Bericht zuzustellen. Benötigt werden die Berichte vor allem bei den Entscheidungsträgern, d.h. in der Spitalleitung und bei den Vorgesetzten der einzelnen Organisationseinheiten. Es empfiehlt sich jedoch, den Bericht auch für das übrige Personal zugänglich zu machen, indem er z.B. auf dem Intranet als PDF oder im Sekretariat der Organisationseinheit verfügbar gemacht wird. Interessierte können sich dann selbst Zugang zum Bericht verschaffen.

12 Weiterführende Literatur

Im Folgenden werden einige weiterführende Literaturangaben für den interessierten Leser gemacht. Es handelt sich keineswegs um eine vollständige Darstellung der Literatur zum Thema Patientensicherheit und Patientensicherheitsbefragung. Es werden lediglich Ansatzpunkte für die individuelle Vertiefung in alphabetischer Reihenfolge angegeben:

Borg, I. (2002). *Mitarbeiterbefragungen - kompakt*. Göttingen: Hogrefe.

Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M. & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14, 364-366.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (Second Edition)*. London: Thousand Oaks, New Delhi: Sage.

Flin, R., Burns, C., Mearns, K., Yule, S. & Robertson, E. M. (2006). Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 109-115.

Nieva, V. F. & Sorra, J. S. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12 (Suppl. II), 17-23.

Sorra, J. S. & Nieva, V. F. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

13 Anhang (Materialien)

13.1 Anhang A: Items (originale U.S.-Version und deutschsprachige PaSKI-Version)

	HSOPSC original	PaSKI
Klinikbezogene Skalen (“unit“-level)		
Sicherheitsbezogene Haltung des direkten Vorgesetzten	B1, B2, B3r, B4r	u_B1, u_B2, u_B3r, u_B4r
Organisationales Lernen und kontinuierliche Verbesserung	A6, A9, A13	u_A6, u_A9, u_A13
Teamarbeit innerhalb der Klinik/der Abteilung	A1, A3, A4, A11	u_A1, u_A3, u_A4, u_A11
Offenheit der Kommunikation	C2, C4, C6r	u_C2, u_C4, u_C6r
Rückmeldung und Kommunikation zu Fehlern	C1, C3, C5	u_C1, u_C3, u_C5
Nicht-straftender Umgang mit Fehlern	A8r, A12r, A16r	u_A8r, u_A12r, u_A16r
Personalausstattung	A2, A5r, A14r, A7r	u_A2, u_A5r, u_A14r, u_A7r
Unterstützung der Klinikleitung hinsichtlich Patientensicherheit (neu)	-	u_F9r, u_F1, u_Si1, u_Si2
Übergaben und Verlegungen innerhalb der Klinik (neu)	-	u_F5r, u_F11r, u_F3r, u_F7r
Spitalbezogene Skalen (“hospital“-level)		
Unterstützung der Spitalleitung hinsichtlich Patientensicherheit	F1, F8, F9r	h_F1, h_F8, h_F9r
Teamarbeit zwischen den Kliniken/Abteilungen	F2r, F4, F6r, F10	h_F2r, h_F4, h_F6r, h_F10
Übergaben und Verlegungen zwischen Kliniken	F3r, F7r, F5r, F11r	h_F3r, h_F7r, h_F5r, h_F11r
Outcome Variables		
Gesamteinschätzung der Sicherheit	A10r, A15, A17r, A18	u_A10r, u_A15, u_A17r, u_A18
Häufigkeit des Meldens von Ereignissen	D1, D2, D3	u_D1, u_D2, u_D3
Patientensicherheitsbeurteilung	E1	u_E1
Anzahl der Ereignisberichte	G1	G1

13.2 Anhang B: Fragebogen mit Itembezeichnungen