

Schriftenreihe

Patientensicherheit Schweiz

Nr. 8

Speak up

Wenn Schweigen gefährlich ist

Speak Up für mehr Sicherheit
in der Patientenversorgung

Dr. Katrin Gehring
Prof. Dr. David Schwappach
(Hrsg.)



patientensicherheit schweiz

DANK

Zahlreiche Expertinnen und Expertinnen haben in Gesprächen und durch ihr Feedback einen wertvollen Beitrag zu diesem Band geleistet. Insbesondere möchten wir uns bedanken bei Dr. Francis Ulmer, Christian Schnyder und Nicole Schumacher.

Wir danken ausserdem allen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten, die an der Befragung oder den Interviews der Studie teilgenommen haben, deren Ergebnisse in Kapitel 2 berichtet werden. Diese Studie hat den Grundstein für die Entwicklung dieses Bandes gelegt. Den Chefärztinnen und Chefärzten und den Pflegedienstleitungen der beteiligten onkologischen Abteilungen gilt unser besonderer Dank für ihre Offenheit, diese Studie zu unterstützen.

Grosser Dank gilt den Finanzierern. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat es ermöglicht, diesen Band zu verfassen und zu produzieren. Die Studie aus Kapitel 2 wurde massgeblich durch die Forschungsförderung der Stiftung Krebsforschung Schweiz finanziert [KFS-2974-08-2012].

DIE STIFTUNG PATIENTENSICHERHEIT SCHWEIZ

Das falsche Medikament verabreicht, einen Tupfer in der Operationswunde vergessen oder zwei Patienten verwechselt: Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Und doch darf nichts geschehen, wenn es um unsere Gesundheit geht. Hier kommt die Stiftung Patientensicherheit Schweiz ins Spiel. Gemeinsam mit einem weitverzweigten Netzwerk von Experten und Organisationen setzt sich das nationale Kompetenzzentrum für alle Belange der Patientensicherheit ein.

Wenn es um die Reduktion von vermeidbaren Fehlern in der Gesundheitsversorgung geht, ist die Stiftung wichtiger Ansprechpartner für alle Sektoren des Gesundheitswesens. Von der Apotheke über die ambulanten und stationären Einrichtungen bis hin zu den Alters- und Pflegeheimen gilt das eine Ziel: die medizinische Abklärung, Behandlung und Betreuung sicherer zu machen. Dabei übernimmt die Non-Profit-Organisation die Rolle als nationaler Thinktank und setzt zukunftsweisende Themen, die schon heute dabei helfen sollen, die Fehler von morgen zu vermeiden.

Als nationales Kompetenzzentrum für die Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit entwickelt die Stiftung Modellprojekte und setzt diese in nationalen Programmen um, wie beispielsweise dem Programm «progress! Sichere Chirurgie». Die Aktivitäten der Stiftung fokussieren auf vier Bereiche: Forschung und Entwicklung, Projekte und Programme, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Beratung und Expertise. Damit werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse erarbeitet sowie das Lernen aus Fehlern und die Sicherheitskultur im Gesundheitswesen gefördert.

GELEITWORT VON PROF. DR. DIETER CONEN

Medizingeschichtlich war der Übergang vom 20. ins 21. Jahrhundert unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sich die Vorstellung zu verändern begann, dass Patientenschäden in der Medizin unvermeidliche Bestandteile der modernen medizinischen Leistungserbringung seien, die nicht zuletzt durch unzureichend ausgebildete und schlecht arbeitende Mitarbeiter bedingt sind¹. Was heisst das im Einzelnen und wovon reden wir wirklich, wenn von Patientensicherheit im Gesundheitswesen geredet wird? Und ist es tatsächlich ein modernes Public-Health-Problem?

Über die Notwendigkeit eines dringlichen Handlungsbedarfs bestehen weder auf der politischen Seite noch auf der Seite der Versicherer und erst recht nicht seitens der Leistungserbringer ernsthafte Zweifel. Als Beleg dafür mögen beispielhaft die vom Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Qualitätsstrategie des Bundes angestossenen Projekte gelten wie «Sichere Chirurgie», «Sichere Medikation an Schnittstellen» und das jüngste Projekt, das sich die Reduktion der durch Blasenkatheter bedingten Komplikationen zur Aufgabe gestellt hat.

«TRYING HARDER WILL NOT WORK»²

Klar ist für die meisten Beteiligten, dass sich mit härterer Arbeit, mit noch mehr Aktivitäten oder Aktivismus die Patientensicherheit nicht steigern lässt. Qualität und Sicherheit sind Systemeigenschaften, die ohne eine konsequente Veränderung des Systems selbst nicht nachhaltig verbessert werden können. Verglichen mit den Anfängen der Patientensicherheits-Bewegung vor rund 14 Jahren haben wir heute sicherlich ein anderes Verständnis über die Ursachen von schlechter Qualität und über die Defizite in der Patientensicherheit. Die vertieften Auseinandersetzungen mit der Prozesskette, an deren Ende das Schadensereignis steht, wie es für andere Hochrisikoindustrien längst üblich war, und die Hinwendung von der Schuldzuweisung an den Einzelnen zum Systemversagen haben wesentlich zu einer Enttabuisierung der Anerkennung eines Schadens – hervorgerufen durch die medizinische Handlung – beigetragen.

Schlechte Kommunikation im Team, mit anderen Abteilungen und anderen Berufsgruppen, nicht gelebtes Teamwork, Unterbrechungen, Ablenkungen und fehlendes teambasiertes Training sind inzwischen nicht nur als Fehlerquellen identifiziert, sondern auch anerkannt als wichtige Quellen systemisch bedingter Fehlerursachen mit einem konsekutiven Schädigungspotenzial.

Wenn unbestritten ist, dass Patientensicherheit eine Systemfrage des Gesundheitswesens ist, folgt daraus, dass das System Gesundheitswesen so organisiert werden muss, dass diejenigen, die Sicherheit produzieren sollen, ihre Aufgabe, den Patienten eine sichere und keine vermeidbaren Schäden verursachende Medizin anzubieten, auch wahrnehmen können. Den Akteuren muss allzeit bewusst sein, dass Fehler passieren können und dass sie sich darauf einrichten müssen resp. Vorkehrungen zu treffen sind, dass sich ein fehlerhaftes Ereignis nicht schädlich auswirkt oder die Auswirkungen wenigstens abgeschwächt werden.

Im Wissen darum, dass Probleme der Kommunikation bei der Analyse der Ursachen von medizinischen Fehlern mit konsekutiver Schädigung des Patienten eine zentrale Rolle spielen, haben sich die Autoren des vorliegenden Bandes der Schriftenreihe der Stiftung Patientensicherheit eines für die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidenden Themas, nämlich der Kommunikation im Team, angenommen. Wie verhalte ich mich im Team, wenn ich einen Fehler beobachte? Wie spreche ich das Beobachtete an? Ist es aus Opportunitätsgründen günstiger zu schweigen? Ist es für meine persönliche Karriere förderlich, meinen Vorgesetzten auf eine mögliche Gefahr für den Patienten hinzuweisen durch die Art und Weise, wie die geplante Handlung umgesetzt werden soll? Solche oder ähnliche Gedanken mögen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die je verschiedene Erfahrungen beim Ansprechen solcher Beobachtungen gemacht haben, durch den Kopf gehen.

Welches Potenzial zur Verbesserung der Patientensicherheit in einer Kultur, die ein solches Ansprechen («Speak Up») aus welchen Gründen auch immer tabuisiert hat, brach liegt, zeigen die Autoren in eindrücklicher Weise nicht nur auf, sondern geben auch Hinweise, welche Massnahmen ergriffen werden müssen, um diese Facette einer Sicherheitskultur praktikierbar zu machen. Sie belegen anhand einfacher und alltäglicher Beispiele, dass das Sprechen im Team, das Kommunizieren mit Vorgesetzten, mit Gleichgeordneten eine Fähigkeit ist, die nicht a priori gegeben ist, sondern trainiert werden muss, wie korrektes Operieren, Reanimieren oder ähnlich zentrale Tätigkeiten der Professionals im Gesundheitswesen.

Den Autoren gratuliere ich zur gelungenen und lesenswerten Publikation und den Lesern wünsche ich Anregungen für die alltägliche Praxis.

Zürich, November 2015

Prof. Dr. med. Dieter Conen
Präsident Stiftung Patientensicherheit Schweiz

¹ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg.) *To Err Is Human. Building a safer health system.* Washington, DC: Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America; 1999.

² Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century.* Washington DC: National Academy Press; 2001.

GELEITWORT VON DR. MICHAEL ST. PIERRE

1999 führte der IOM-Report «To Err is Human» den Begriff des «Autoritätsgradienten» als Risikofaktor in das Vokabular der Patientensicherheit ein und wies sehr eindringlich darauf hin, dass durch eine zu steile Ausprägung desselben der freie Fluss von sicherheitsrelevanten Informationen erheblich beeinträchtigt werden kann und in der Folge sowohl Pflegekräfte als auch Ärzte Hemmungen haben, sich mit Zweifeln oder Bedenken zu Wort zu melden («Speaking Up»). Dieser Hinweis auf Schwierigkeiten beim ungehinderten Informationsfluss kommt für keinen im deutschsprachigen Gesundheitswesen Beschäftigten wirklich überraschend, ist doch die Relevanz eines steilen Autoritätsgefälles aus eigenem Erleben nur zu vertraut: Die Gesundheitswesen in der Schweiz, Österreich und Deutschland sind in ihrer ständischen Ausführungspraxis sehr hierarchisch aufgebaut, so dass der offene Dialog innerhalb eines Spitals oder Krankenhauses nicht selten durch starre Hierarchiestrukturen erschwert bis unmöglich gemacht wird. Häufig wird die Bedeutung eines Hinweises oder einer Warnung nicht von der logischen Konsistenz des Arguments, sondern von der Berufsgruppe, dem Berufsstand oder von der Stellung innerhalb der Krankenhaushierarchie abhängig gemacht. Im Extremfall wird dadurch ein Arbeitsklima generiert, in dem ganzen Berufsgruppen (z. B. dem Pflegedienst) oder Hierarchieebenen (z. B. den Assistenzärzten) pauschal die Kompetenz und Berechtigung abgesprochen wird, sich mit Bedenken zur Sicherheit oder mit Hinweisen auf Risiken zu Wort zu melden.

Während es für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits schwierig sein kann, bei ethischen Dilemmata ohne Zeitdruck die geplante Vorgehensweise eines Vorgesetzten zu hinterfragen oder einen intraoperativ auftretenden Konflikt über eine operative Massnahme zu klären, kann sich die Problematik für den Betroffenen noch weiter verschärfen, wenn ihm in einer sich dynamisch entwickelnden Situation nur wenig Zeit bleibt, sich mit Bedenken zur Sicherheit geplanter Massnahmen zu Wort zu melden. Für akutmedizinische Disziplinen, wie beispielsweise die Notfall- und Intensivmedizin oder die Anästhesiologie, liegt die Relevanz eines fehlenden «Speaking Up» in dem Umstand, dass innerhalb kürzester Zeit die möglicherweise letzte Gelegenheit verpasst werden kann, einen drohenden Schaden vom Patienten abzuwenden.

Eine Spital- und Klinikkultur hingegen, in der sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermächtigt fühlen, sich mit Beobachtungen und Bedenken zu Wort zu melden und Führungspersonen darauf sensibilisiert sind, sicherheitsrelevante Einwände ihrer Mitarbeiter als solche zu erkennen und bewusst in die Urteilsbildung einfließen zu lassen, hätte damit auch in Akutsituationen ein wirksames Sicherheitsnetz zur Verfügung. Somit hat eine Auseinandersetzung mit den Gründen, die ein «Speak Up» verhindern, und mit Strategien, wie dieses vermittelt und

kulturell eingebettet werden kann, eine Praxisrelevanz, die nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Den Herausgebern des vorliegenden Bandes «Wenn Schweigen gefährlich ist» aus der Schriftenreihe der Schweizer Stiftung Patientensicherheit kommt das grosse Verdienst zu, sich diesem Thema erstmals in umfangreichem Masse in einer deutschsprachigen Publikation gewidmet zu haben. Sie haben durch eine Reihe eigener wissenschaftlichen Veröffentlichungen neue Erkenntnisse zu diesem Thema beigetragen und sind somit besonders qualifiziert, dem Leser einen vielseitigen, fundierten und praxisrelevanten Überblick zu geben. Die Vielseitigkeit und Praxisrelevanz ist nicht zuletzt auch den beitragenden Koautoren aus Psychologie und Aviatik zu verdanken, welche aus ihrer je eigenen Perspektive wesentliche Erkenntnisse und Impulse beitragen.

Des Weiteren fällt das Format des vorliegenden Bandes positiv auf, in welchem der Leser von den Autoren angesprochen und immer wieder konkret zu einer inneren Stellungnahme aufgefordert wird. Somit wird das Leseerlebnis von Anfang an mehr als ein passives In-sich-Aufnehmen: Beständig ist man dabei, Anregungen mit eigenem Erleben abzugleichen, zu bewerten und Möglichkeiten für verändertes Handeln zu erwägen.

Ich wünsche den Autoren und verantwortlichen Herausgebern, dass sich dieser Band rasch verbreitet und von jedem gelesen wird, dem die Stärkung der Patientensicherheit ein persönliches Anliegen ist. Anregungen dafür bietet er genügend. Darüber hinaus bleibt ebenfalls zu wünschen, dass die Diskussion um Barrieren einer sicherheitsrelevanten Kommunikation (Äussern einer sicherheitsrelevanten Beobachtung, Artikulation persönlicher Befürchtungen, Nachfragen bei Zweifeln etc.) bei uns neu belebt wird. Dass diese Bemühungen noch in den Kinderschuhen stecken, darauf verweist den Leser letztlich auch der Titel: «Speak Up» ist ein englischer Begriff, für den wir (noch) keine deutschsprachige Entsprechung haben.

Erlangen, November 2015

Dr. med. Michael St. Pierre, D.E.A.A.
Anästhesiologische Klinik, Erlangen

IMPRESSUM

Diese Schriftenreihe ist Teil der umfangreichen Publikationen der Stiftung für Patientensicherheit zu zahlreichen Aspekten der Patientensicherheit und des klinischen Risikomanagements. Sie finden Informationen und Bestellmöglichkeiten zu allen Dokumenten unter www.patientensicherheit.ch.

Herausgeber: Stiftung für Patientensicherheit, Zürich
Grafik: schroeder.partners ag, Zürich
Druck: Druckfabrik, Zürich
Korrektorat: Neidhart+Schön AG, Zürich

Januar 2016
© Stiftung für Patientensicherheit, Zürich

Stiftung für Patientensicherheit
Geschäftsstelle und Kontakt
Asylstrasse 77, CH – 8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.patientensicherheit.ch
info@patientensicherheit.ch

Sitz der Stiftung
c/o Schweizerische Akademie der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW), Basel

Die Autorinnen und Autoren

Dr. Katrin Gehring, Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der
Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

Dr. med. Bastian Grande, Oberarzt am Institut für
Anästhesiologie und medizinischer Co-Leiter des
Simulationszentrums, UniversitätsSpital Zürich; Notarzt,
Schutz und Rettung Zürich.

PD Dr. Michaela Kolbe, Leiterin des Simulationszentrums
des UniversitätsSpitals Zürich.; Privatdozentin an der ETH
Zürich.

Prof. Dr. David Schwappach, MPH, Leiter Forschung und
Entwicklung und stv. Geschäftsführer der Stiftung Patienten-
sicherheit Schweiz; Professor am Institut für Sozial- und
Präventivmedizin der Universität Bern.

INHALT

Begriffsbestimmung, Ziele und Kontext von Speak Up in Gesundheitseinrichtungen: Eine Einordnung zu Beginn (Katrin Gehring, David Schwappach)	8
Was erwartet die Leserinnen und Leser? (Katrin Gehring)	11
TEIL I: WISSEN, HINTERGRÜNDE, ERFAHRUNGEN	12
1 «Sag ichs oder sag ichs lieber nicht?» – unser alltägliches Speak-up-Dilemma (Michaela Kolbe, Bastian Grande)	13
1.1 Was genau ist Speak Up – das Gegenteil von Schweigen?	13
1.2 Was macht Speak Up so schwierig?	14
1.3 Was erleichtert Speak Up?	16
1.4 Warum lohnt sich Speak Up?	19
2 Analyse von Speak Up in der Onkologie (David Schwappach)	20
2.1 Die Onkologie als «Hochrisikobereich»	20
2.2 Methodisches Vorgehen	20
2.3 Ergebnisse	21
2.4 Schlussfolgerung	27
3 Speak Up bei Sicherheitsbedenken – wie geht die Militärluftfahrt damit um? (Katrin Gehring)	28
TEIL II: SPEAK UP – ABER WIE?	30
4 Bevor Sie weiterlesen... (Katrin Gehring)	32
4.1 Bei Sicherheitsbedenken und Zweifeln häufiger die Kollegen ansprechen – sind Sie da eher skeptisch?	32
4.2 Und wie schätzen Sie persönlich Ihr Speak-up-Verhalten bzw. das Verhalten in Ihrem Team oder auf Ihrer Abteilung ein?	32
5 Eine gute Basis schaffen (Katrin Gehring)	34
5.1 Allgemeines Verständnis im Betrieb: Speak Up ist wichtig und gewollt	34
5.2 Eine gemeinsame Vorstellung von Speak Up im Team	35
5.3 Ermutigen, Bekräftigen und Rückendeckung geben	36
5.4 Positive Vorbilder	37
5.5 Motivieren und Befähigen	38
6 Wenns drauf ankommt: Speak Up in der konkreten Situation (Katrin Gehring)	39
6.1 Beharrlich sein, als Anwalt der Patienten auftreten und beim Gegenüber nachfragen – Kommunikationsstrategien des Crew Resource Management	40
6.2 Sprechen nach Verabredung: Codewörter und «Concern Statements»	42
6.3 Wenn es schnell gehen muss	43
6.4 Gesten	43
6.5 Unterstützung durch Leitungspersonen	43
7 Etwas sagen, auch im Nachhinein (Katrin Gehring)	44
7.1 Kurzes Gespräch zu zweit: persönlich Rückmeldung geben	44
7.2 «Huddles»: Gemeinsam – kurz und informell – Sicherheitsbedenken besprechen	45
8 Damit könnten Sie morgen beginnen (Katrin Gehring)	47
Speak Up Pocket Card (Katrin Gehring, David Schwappach)	48
Literatur	50

BEGRIFFSBESTIMMUNG, ZIELE UND KONTEXT VON SPEAK UP IN GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN: EINE EINORDNUNG ZU BEGINN

SPEAK UP FÜR MEHR PATIENTENSICHERHEIT – WAS GENAU IST DAMIT GEMEINT?

Speaking Up – ganz allgemein – heisst Probleme oder Bedenken anzusprechen, Vorschläge zu machen, Ideen einzubringen und Meinungen zu äussern, um etwas zu verändern und das Arbeiten einer Gruppe oder einer Organisation zu verbessern (1–3).

Übertragen auf den Bereich Patientenversorgung und Patientensicherheit heisst Speaking Up **zu reagieren und Kollegen oder Vorgesetzte anzusprechen, wenn die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährdet ist oder gefährdet scheint, um dadurch Risiken von Patienten abzuwenden.**

Wenn also Zweifel oder Bedenken aufkommen, ob in einer Situation die Sicherheit von Patienten gefährdet ist, dann bedeutet Speak Up sich gegenseitig auf die bestehende Gefahr aufmerksam zu machen. Zweifel oder Bedenken können beispielsweise entstehen, wenn eine Hygienemassnahme nicht korrekt durchgeführt, eine Kontrolle übergangen, eine riskante Entscheidung gefällt oder missverständliche Informationen dokumentiert werden.

Eine Pflegefachfrau beschrieb in einem Interview folgende Situation: «Wenn die Ärzte zum Patienten gehen, die Hände nicht desinfizieren, keine Handschuhe anziehen und die Wunde palpieren oder den Patienten betasten.»

Speak Up kann sich auch auf unsichere Prozesse oder Abläufe beziehen, die sich trotz ihres Gefahrenpotentials oder ihrer Abweichung von Vorgaben im Alltag bereits etabliert haben. Dazu gehören sogenannte «work-arounds». Wenn also aus Gründen der Arbeitserleichterung Sicherheitsmassnahmen routinemässig umgangen und «ausgetrickst» werden.

Wie diese Beispiele zeigen, leistet Speak Up einen aktiven Beitrag für eine höhere Patientensicherheit im Sinne der «Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ereignissen oder Schädigungen, die sich aus dem Behandlungsprozess ergeben» (4).

Speak Up ist eine Form der Kommunikation unter Kollegen, auch über Berufsgruppen oder Hierarchiestufen hinweg, die ihren Ausdruck in diesen oder ähnlichen Verhaltensweisen findet:

- Sicherheitsbedenken äussern
- Kolleginnen und Kollegen auf riskante Verhaltensweisen und Sicherheitsprobleme ansprechen
- Sorgen oder Zweifel ausdrücken, dass die Sicherheit eines Patienten gefährdet ist
- Fragen stellen

- Unklarheiten klären
- Kollegen darauf hinweisen, wenn etwas nicht so geschieht, wie es sollte
- Ideen und Vorschläge vorbringen, um ein Sicherheitsrisiko zu reduzieren
- Gesten nutzen, um auf eine riskante Handlung oder eine sicherheitsrelevante Situation hinzuweisen

Speak Up ist nicht zu verwechseln mit dem Melden von Verstössen oder dem Verfassen von CIRS-Meldungen, ebenso wenig wie mit einer Beschwerde oder Whistleblowing. Speak Up hat zum Ziel, in einer konkreten Situation die Sicherheit von Patienten sicherzustellen. Dahingegen wird durch das Melden eines Verstosses ein formaler (ggf. juristischer) Prozess in Gang gesetzt, durch CIRS-Meldungen werden Informationen über kritische Ereignisse (oft anonym) in einer Organisation zur Verfügung gestellt. Bei einer Beschwerde wird Unzufriedenheit zum Ausdruck gebracht und Whistleblowing ist eng mit öffentlicher Kritik und dem Ziel verbunden, negative Zustände zu stoppen (3;5). Speak Up liegt immer das Erkennen eines Risikos oder einer unsicheren Handlung zugrunde. Werden Gefahren nicht gesehen, entstehen keine Bedenken und es wird aus diesem Grunde auch nicht darüber kommuniziert. In diesen Fällen handelt es sich deshalb auch nicht um intentionelles Schweigen oder ausgebliebenes Speak Up.

Zweifel oder Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit entstehen, wenn riskante Handlungen oder offenkundige Sicherheitsprobleme erkannt werden oder wenn es zu Fehlern kommt. Wie lassen sich Fehler definieren? Ein Fehler ist eine Handlung oder Unterlassung, bei der eine Abweichung vom Plan erfolgt (Ausführungsfehler) oder bei der ein falscher Plan oder kein Plan zugrunde liegt (Planungsfehler) (6; 7). Fehler können, müssen aber nicht, mit Schädigungen der betroffenen Patienten einhergehen. Und: Fehler erfolgen auf unterschiedlichen Ebenen. So können beispielsweise Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfehler, regelbasierte oder wissensbasierte Fehler unterschieden werden (8).

Eng verknüpft mit dem Fehlerkonzept sind die sogenannten unerwünschten Ereignisse («adverse events»). Ein unerwünschtes Ereignis liegt vor, wenn ein Patient aufgrund der medizinischen Behandlung, nicht aufgrund seiner Erkrankung oder Konstitution, zu Schaden kommt. Einem unerwünschten Ereignis kann, muss aber kein Fehler zugrunde liegen (7).

«ETWAS SAGEN ODER LIEBER NICHT?» ODER: WESHALB SPEAK UP WICHTIG IST!

Wenn Ärzte und Pflegende ein Sicherheitsrisiko in der Patientenversorgung erkennen oder wenn sie Zweifel haben, ob alles richtig läuft, stellen sie sich häufig diese oder ähnliche Fragen – so die Ergebnisse unserer Studie (9):
«Wie gross ist das Risiko für den Patienten?»
«Wie sage ich es am besten?»
«Wie reagiert wohl das Gegenüber?»
«Ist es hier überhaupt erwünscht, etwas zu sagen?»

Die jeweiligen Einschätzungen werden gegeneinander abgewogen und zielen letztendlich auf die Frage hin: **«Soll ich etwas dazu sagen oder lieber nicht?»** Auch wenn es viele und auch nachvollziehbare Gründe gibt, weshalb man in verschiedenen Situationen lieber nicht das Wort ergreifen möchte, so kann es nur eine generelle Antwort auf diese Frage geben: **Ja**, man sollte Kolleginnen und Kollegen ansprechen, wenn Sicherheitsbedenken aufkommen. Denn durch das Ansprechen von Sicherheitsbedenken und die Nachfrage bei Zweifeln werden Patienten vor Risiken geschützt. Aber auch die beteiligten Kollegen werden durch Speak Up davor bewahrt, einen möglicherweise folgeschweren Fehler zu begehen. Zudem schafft Speak Up Gelegenheit für gemeinsames Lernen und Problemlösen. Speak Up ist eine von allen einsetzbare Sicherheitsmassnahme, von der die betroffenen Patienten, aber auch die einzelnen Mitarbeitenden und die Organisation als solche profitieren und die keine zusätzlichen finanziellen Ressourcen benötigt. Sie sollte deshalb lieber einmal mehr als einmal zu wenig zum Einsatz kommen.

Trotz seines Potentials für eine höhere Patientensicherheit ist Speak Up im Alltag der Gesundheitsversorgung nicht immer selbstverständlich. Entsprechend wird Speak Up als Sicherheitsressource noch lange nicht voll ausgeschöpft. Die folgenden Studienergebnisse aus den USA, die stellvertretend für verschiedene andere Studien stehen, (s. Kap. 1 und 2), veranschaulichen dies:

- Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte und Pflegenden haben gelegentlich Fehler, Regelverletzungen, inkompetentes Verhalten etc. beobachtet und entsprechende Sicherheitsbedenken entwickelt. Jedoch nur eine von zehn Personen hat ihre Bedenken mit dem betreffenden Kollegen bzw. der Kollegin ausreichend besprochen (10).
- Die Befragung von Pflegefachpersonen aus dem OP-Bereich ergab, dass nur knapp ein Drittel der Befragten ihre Kollegen in sicherheitsrelevanten Situationen, wie beobachteten Prozessabkürzungen, angesprochen und ihre Bedenken zur Gänze ausgedrückt haben (11).

WELCHE BEDEUTUNG HAT SPEAK UP IN EINER SICHERHEITSORIENTIERTEN GESUNDHEITSEINRICHTUNG?

Kolleginnen und Kollegen anzusprechen und zu reagieren, wenn die Sicherheit von Patienten in einer Situation gefährdet ist, ist eine von vielen verschiedenen Möglichkeiten, um Gesundheitseinrichtungen sicherer zu machen. Faktoren und Massnahmen auf ganz unterschiedlichen Ebenen tragen zu einer höheren Patientensicherheit bei:

- Technische Lösungen (z. B. Patientenarmbänder, elektronische Krankengeschichte, elektronische Medikamentenschränke, eindeutige Verpackungen, Licht)
- Prozesse (z. B. Standardisierungen, Checklisten, Regeln, Kontrollen)
- Kultur (z. B. Fehlerkultur, Sicherheitskultur, Lernkultur)
- Institutioneller Kontext (z. B. Unternehmensziele, Meldesysteme, Ressourcen)
- Kommunikation und Zusammenarbeit (z. B. Absprachen, Übergaben, Speak Up)
- Wissen und Skills (z. B. Fachwissen, Kompetenzen und Erfahrungen auf individueller Ebene)
- ...

Speak Up ist demnach eines von vielen Elementen, das darauf hinwirkt, die Sicherheit der Patientenversorgung zu gewährleisten. Dabei steht Speak Up nicht unabhängig von den übrigen Sicherheitsmassnahmen und entfaltet seine Wirkung zum Teil auch im Wechselspiel mit diesen. So fällt Speak Up leichter, wenn gewisse Regeln und Standards bestehen und auf diese beim Speak Up Bezug genommen werden kann. Ein Beispiel: Es ist leichter, seine Kollegen auf eine nicht eingehaltene Hygienemassnahme hinzuweisen, wenn dies im Widerspruch zu einem allgemein verbindlichen Sicherheitsstandard steht, als wenn Uneinigkeit darüber herrscht, in welchen Situationen ein Mundschutz getragen werden soll. Sind umgekehrt bestimmte Sicherheitsstandards nicht definiert, kann dies dazu führen, dass abweichendes Verhalten nicht als solches wahrgenommen und dann auch nicht angesprochen werden kann.

Speak Up kann auch dazu beitragen, dass andere Sicherheitsmassnahmen in besserer Qualität oder vollständig ausgeführt werden. So beispielsweise, wenn vor einer OP die WHO-Checkliste nicht vollständig durchgegangen wird. Speak Up in dieser Situation (d. h. der Hinweis eines Kollegen, dass die Checkliste gerade nicht richtig bearbeitet wird und die Aufforderung, dies zu tun) führt erst dazu, dass die Checkliste ihren Zweck voll erfüllen kann.

Darüber hinaus kann Speak Up eine mögliche letzte Sicherheitsbarriere – sozusagen am «scharfen Ende» – sein, falls andere Sicherheitsmassnahmen fehlschlagen oder versagen (12). Ein Beispiel: Einer Mitarbeiterin im OP kommen direkt vor Schnitt plötzlich Zweifel, ob es sich wirklich um das korrekte Implantat handelt. Spricht sie diesen Zweifel klar aus und findet deshalb eine weitere Kontrolle statt, so kann Speak Up in dieser Situation dazu führen, dass die unsichere Handlung gestoppt und möglicher Schaden vom betroffenen Patienten abgewendet wird.

Nur durch Speak Up der Mitarbeitenden wird jedoch keine Gesundheitsorganisation «sicher» und es wäre töricht, sich allein darauf zu verlassen. Aber: Speak Up kann gemeinsam mit den anderen Massnahmen einen entscheidenden Beitrag leisten.

Zusammenfassend: Wie in einem komplexen Räderwerk greifen viele Massnahmen ineinander, um Gesundheitseinrichtungen sicherer zu machen und Patientinnen und Patienten vor unnötigen Belastungen oder gar Schädigungen zu bewahren (Abbildung 1). Speak Up ist eines dieser Räder, das allerdings eine zentrale Rolle übernehmen kann. Denn Speak Up ist für sich genommen eine wichtige Sicherheitsressource, wenn in der Patientenversorgung etwas nicht so abläuft, wie es dies sollte. Speak Up kann aber auch dann zum Einsatz kommen, wenn andere Sicherheitsvorkehrungen beispielsweise auf der Ebene Prozesse, Technik etc. versagen oder nicht effizient sind. In all diesen Fällen kann das Ansprechen von Sicherheitsbedenken, das gegenseitige Sich-aufmerksam-machen auf Gefahren oder Sicherheitsprobleme eine riskante Handlung vermeiden oder unterbrechen. Auf diese Weise hilft Speak Up:

- Patientinnen und Patienten vor Gefahren zu schützen,
- Kolleginnen und Kollegen vor einem Fehler zu bewahren,
- gemeinsam zu lernen und Fehler bei künftigen Patienten nicht zu wiederholen.

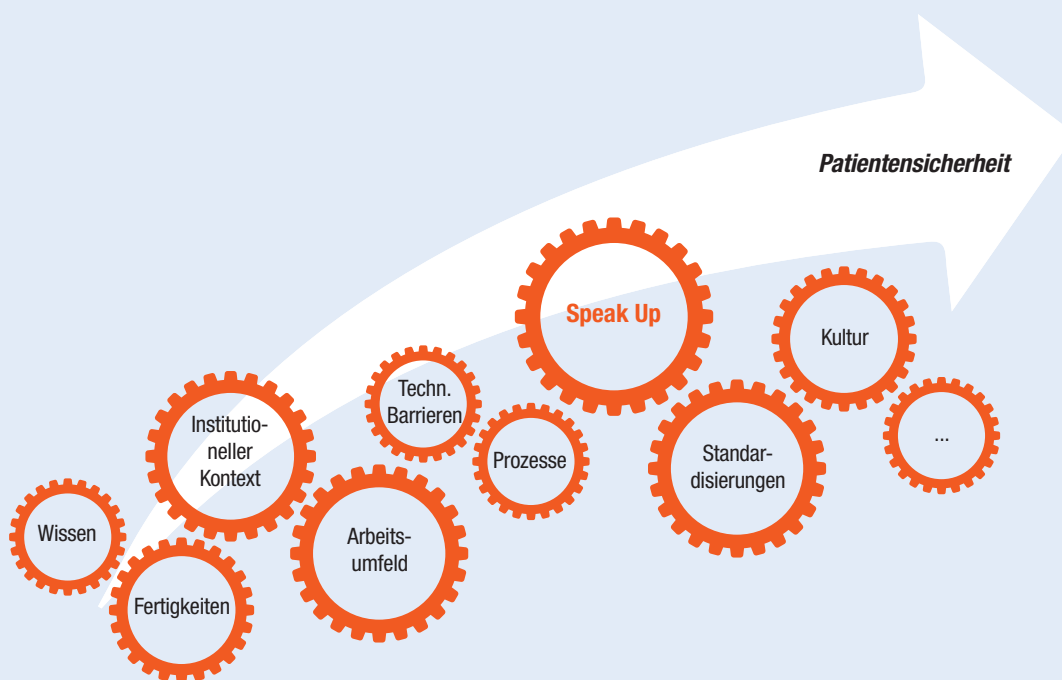


Abbildung 1. Speak Up im Kontext sicherheitswirksamer Faktoren

WAS ERWARTET DIE LESERINNEN UND LESER?

Mit dem vorliegenden Band präsentieren wir eine praxisorientierte Auseinandersetzung mit dem Thema Speak Up im Kontext der Patientensicherheit: Was ist mit Speak Up gemeint und welche Bedeutung hat es? Was weiss man aus der Literatur und aus Studien? Weshalb ist es oft nicht einfach, Sicherheitsbedenken anzusprechen? Wie kann Speak Up auf den verschiedenen Ebenen in einer Gesundheitseinrichtung unterstützt werden? Und wie kann man in der konkreten Situation reagieren: Was tun, wenns darauf ankommt?

Durch die Bearbeitung dieser und weiterer Fragen möchte der Band einerseits Wissen und Informationen rund um das Thema Speak Up bereitstellen (Teil 1) und andererseits Ideengeber und Hilfestellung sein, um eine Speak-up-Kultur in den Betrieben zu stärken (Teil 2).

Wie die verschiedenen Beispiele im Text verraten, hatten wir beim Schreiben vorwiegend pflegerische und ärztliche Fachpersonen in Spitälern als künftige Leserinnen und Leser vor Augen. Dies bedeutet jedoch keinesfalls, dass die Inhalte nicht auch für andere Berufsgruppen oder andere Gesundheitseinrichtungen von Interesse und geeignet sind.

DIE INHALTE DER KAPITEL IM ÜBERBLICK

Mit dem **ersten Teil** (Kapitel 1–3) soll den Leserinnen und Lesern ein fundierter Einstieg ins Thema gegeben werden:

Hürden und Hilfen für Speak Up im Alltag (Kapitel 1)

Nach der Beantwortung der Frage «Was ist Speak Up und was Silence?» werden im ersten Kapitel, ausgehend von zwei zentralen Fragen, Wissen und Erkenntnisse aus der Literatur beschrieben: Weshalb ist Speak Up häufig so schwierig? Und was kann helfen, damit Speak Up leichter fällt?

Speak Up in der Schweizer Onkologie (Kapitel 2)

Das zweite Kapitel ist einer Studie gewidmet, in der das Phänomen Speak Up in Schweizer onkologischen Abteilungen untersucht wurde. Es werden Ergebnisse von Interviews und einer schriftlichen Befragung präsentiert und Perspektiven für Lösungsansätze und Massnahmen diskutiert.

Branchenwechsel: Speak Up in der Militärluftfahrt (Kapitel 3)

Im dritten Kapitel berichtet ein Experte aus der Militärluftfahrt, wie das Thema Speak Up in seinem Bereich aufgegriffen wird und welche Erfahrungen er in verschiedenen Rollen mit Speaking Up gemacht hat.

Im **zweiten Teil des Bandes** (Kapitel 4–8) rücken wir näher an das konkrete Verhalten und an Aktivitäten in den Betrieben.

Eine Einladung, kurz über mögliche Einwände sowie das Speak-up-Verhalten am eigenen Arbeitsplatz nachzudenken (Kapitel 4)

In vielen Gesprächen wurde deutlich, dass immer wieder ähnliche Bedenken geäussert werden, wenn es um das Thema Speak Up geht. Im vierten Kapitel geben wir unsere Antworten auf diese Bedenken.

Auch laden wir die Leserinnen und Leser zu einer kurzen Reflexion ein, wie sie ihr eigenes Speak-up-Verhalten und das Verhalten in ihrem Team erleben.

Was sind generell günstige Voraussetzungen für Speak Up in den Gesundheitsbetrieben? (Kapitel 5)

Ganz unterschiedliche Aspekte leisten einen Beitrag dazu, dass in einem Team oder einem Betrieb eine gute Basis für das Ansprechen von Sicherheitsbedenken besteht wie beispielsweise, ein gemeinsames Verständnis zu haben. Auf diese Faktoren gehen wir im fünften Kapitel ein.

Was tun, wenn Sicherheitsbedenken aufkommen? Speak Up in der konkreten Situation (Kapitel 6)

Im sechsten Kapitel stellen wir unterschiedliche Techniken, Kommunikationsstrategien und Herangehensweisen vor, wie in konkreten Situationen Sicherheitsbedenken ausgedrückt werden können oder auf Risiken aufmerksam gemacht werden kann (z. B. Codewörter, «Assertiveness»-Techniken oder Gesten).

Auch nachträglich kann noch etwas gesagt werden (Kapitel 7)

Wenn eine sicherheitsrelevante Situation verstreicht, ohne dass jemand etwas gesagt hat, so ist es immer möglich und lohnend, noch im Nachhinein etwas anzusprechen. Die Bedeutung eines nachträglichen Gesprächs – zu zweit oder in einer Gruppe – wird im siebten Kapitel aufgezeigt.

Damit könnte man morgen beginnen (Kapitel 8)

Im letzten Kapitel des Bandes möchten wir die Leserinnen und Leser ermutigen, schon bald einen ersten Schritt zu unternehmen und etwas von dem Gelesenen auszuprobieren. Hierzu machen wir verschiedene Vorschläge.

Die Speak Up Pocket Card

Als Abschluss des Bandes präsentieren wir eine Pocket Card, die im Alltag an Speak Up und das Gelesene erinnern soll.

Teil I

Speak
up

Wissen
Hintergründe
Erfahrungen

- 1 «SAG ICHS ODER SAG ICHS LIEBER NICHT?» –
UNSER ALLTÄGLICHES SPEAK-UP-DILEMMA
- 2 ANALYSE VON SPEAK UP IN DER ONKOLOGIE
- 3 SPEAK UP BEI SICHERHEITSBEDENKEN –
WIE GEHT DIE MILITÄRLUFTFAHRT DAMIT UM?

«SAG ICHS ODER SAG ICHS LIEBER NICHT?» – UNSER ALLTÄGLICHES SPEAK-UP-DILEMMA

WAS IST SPEAK UP, WIESO IST ES SO SCHWIERIG UND WAS MACHT ES LEICHTER?

Unter Speak Up versteht man das Äussern einer Idee, einer persönlichen Meinung oder Sorge und das Nachfragen bei Zweifeln (13; 14). Bemerkte ein Assistenzarzt während einer Operation beispielsweise, dass der Chefarzt mit dem sterilen Mantel etwas nicht Steriles berührt hat, muss es ihm möglich sein, dies anzusprechen, um eine Infektion zu vermeiden. Der Inhalt von Speak Up kann variieren von der blossen Äusserung einer Idee (z. B. ein anderes Narkosemittel vorschlagen) bis hin zum Hinweis auf eine drohende Gefahr (z. B. weist die Operationspflegende auf einen fehlenden Tupfer am Ende einer Operation hin, um zu verhindern, dass dieser versehentlich im Bauch des Patienten verbleibt). Wieso gibt es so viel Aufhebens und eine ganze Schrift der Stiftung für Patientensicherheit um so etwas scheinbar Einfaches wie Speak Up? Der Grund dafür ist, dass wir alle häufig Sicherheitsbedenken haben, diese jedoch selten ansprechen (15–17). Das hindert uns daran, Probleme in der Patientenbehandlung besser zu lösen, Ideen und innovative Lösungsvorschläge zu teilen und Fehler in der Patientenbehandlung zu vermeiden (18).

Das seltene Vorkommen von Speak Up und die Gründe dafür wurden in den letzten Jahren zunehmend untersucht, vor allen in der Medizin, der Psychologie und im Management. Nach einer Begriffsdefinition beschreiben wir in diesem Kapitel anhand des aktuellen Forschungsstandes und unserer persönlichen Erfahrungen aus Klinikalltag und Simulationstrainings, warum Speak Up

so selten ist und was Speak Up erleichtert. Vor der Entscheidung «Sag ichs, oder sag ichs nicht?» stehen wir alle regelmässig und selbst in den oberen Hierarchie-Ebene wird geschwiegen (17; 19)

1.1 WAS GENAU IST SPEAK UP – DAS GEGENTEIL VON SCHWEIGEN?

Allgemein wird Speak Up als das Äussern einer Idee, einer persönlichen Meinung oder Sorge und das Nachfragen bei Zweifeln bezeichnet – in der Regel gegenüber Vorgesetzten, aber auch gegenüber Kolleginnen und Kollegen (13; 14; 20). Speziell in der Medizin ist mit Speak Up das gezielte und bestimmte Kommunizieren in klinischen Situationen gemeint, die unmittelbares Handeln durch Nachfragen, Informieren oder Meinungsäussern erfordern – so lange bis die Situation gelöst ist (9). Geht es inhaltlich eher um neue Ideen oder Vorschläge, spricht man von *Lösungsorientiertem Speak Up* (13; 21). Geht es eher um das Bemerkten und Benennen von Problemen oder Verhindern eines Fehlers, spricht man von *Unterbindendem Speak Up* (vgl. Tab 1) (13; 21). *Schweigen* (silence) geht im Kontext von Speak Up über das reine «Nicht-Sprechen» hinaus. Schweigen bedeutet, bewusst nichts zu sagen und potentiell wichtige Informationen, Bedenken, Vorschläge oder Fragen zurückzuhalten, die nützlich sein könnten (13; 22). Ebenso wie Speak Up aufgrund unterschiedlicher Motive erfolgt, kann auch Schweigen unterschiedlich motiviert sein (22).

Tabelle 1. Zusammenfassung von Speak Up und Schweigen (13; 21–23)

	SPEAK UP / VOICE (engl. Stimme, etwas zum Ausdruck bringen)		SILENCE (engl. Schweigen)	
Typen	Definition	Beispiel	Definition	Beispiel
	Freie und informelle Kommunikation über Ideen, Vorschläge, Bedenken, relevante Informationen oder Meinungen – mit der Absicht, zu verbessern oder zu verändern	In standardisierten Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden Patientenfälle strukturiert besprochen. Jeder bekommt die Möglichkeit, die Situation aus seiner Sicht zu schildern – institutionalisiertes Speak Up.	Zurückhalten potentiell wichtiger Informationen oder Ansichten; Nichtäussern von eventuell nützlichen Vorschlägen, Bedenken, Informationen oder anderen Meinungen	Nach einer Operation ist im Röntgenbild das wenig ideale Operationsergebnis der Vorgesetzten sichtbar. Dies wird von der Assistenzärztin gesehen, aber nicht angesprochen, weil sie befürchtet, dass dies ihrer beruflichen Karriere schaden könnte.

Unterscheidung nach Inhalten

	SPEAK UP / VOICE (engl. Stimme, etwas zum Ausdruck bringen)		SILENCE (engl. Schweigen)	
Typen	Definition	Beispiel	Definition	Beispiel
Promotive/suggestion-focused voice (engl. förderliches/lösungsorientiertes Ansprechen)	Äussern von Ideen, wie Dinge anders gemacht werden können	Bei den vergangenen Operationen kam es immer wieder zu Blutungen an derselben Stelle. Der Assistenzarzt spricht eine neue Idee an, wie man diese Blutungen verhindern kann.		
Prohibitive/problem-focused voice (engl. unterbindendes/problemorientiertes Ansprechen)	Hinweisen auf schwerwiegende oder potentiell folgenreiche Probleme	Der Pflegefachmann verteilt das Essen. Dabei verwechselt er Schonkost mit Diabetesnahrung. Seiner Auszubildenden fallen die bereits fehlenden Tabletts auf dem Essenswagen auf. Sie kann den Pflegefachmann noch durch ein «STOP» daran hindern, das Essen falsch zu verteilen.		

1.2 WAS MACHT SPEAK UP SO SCHWIERIG?

Speak Up kommt viel zu selten vor. Diese Aussage ist nicht trivial, da das Fehlen von Speak Up eine Abwesenheit von Verhalten und kaum beobachtbar ist. Daher bedient man sich Studien, in denen man in der Simulation gezielt klinische Fälle herstellen kann, die ein Speak Up provozieren, um dann zu beobachten, wie häufig in diesen Situationen tatsächlich Speak Up erfolgt. Diese Studien zeigen, dass in Situationen, in denen Speak Up erforderlich und möglich wäre, nur 30–40 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dies genutzt haben (24; 25). Diese Prozentsätze schwanken je nachdem, worin das Speak Up besteht und an wen es gerichtet ist: Eine Simulationsstudie zeigte, dass von den teilnehmenden, erfahrenen Anästhesisten immerhin 73 % gegenüber einer Chirurgin (die so müde wirkte, dass ihr die Augen zufielen und ein Instrument auf den Boden fiel), nur 14 % gegenüber einer Pflegefachperson (die bei wachem Patienten einen pathologischen Befund über den Lautsprecher in den OP leitete) und nur 24 % gegenüber einem vorgesetzten Anästhesiologen (der eine falsche Behandlung anordnete) Einspruch erhoben (17). Von 137 befragten medizinischen und chirurgischen Departementsvorstehenden gaben knapp 70 % an, dass Probleme nicht angesprochen würden und als «Elefanten im Raum» weit verbreitet seien (26). In anderen Disziplinen (z. B. Management, Aviatik) ist die Situation nicht anders (27; 28).

Warum ist das so? Dass es uns schwerfällt, unsere Kolleginnen und Kollegen auf einen potentiellen Fehler hinzuweisen, scheint weit verbreitet und *normal* zu sein. Die Gründe liegen weniger in persönlicher Inkompetenz zum Speak Up, sondern hauptsächlich in unserer Wahrnehmung unserer sozialen Umgebung und in deren Reaktionen auf unser Speak Up. Das heisst, unserer Entscheidung für oder gegen Speak Up liegt – unter anderem – das Abwägen des vermuteten Gewinns und der befürchteten Risiken zugrunde: Wie wirksam wird das Speak Up vermutlich sein und welches persönliche Risiko wird mit Speak Up eingegangen (1; 2; 9; 13; 29)? Dabei wird das wahrgenommene Risiko häufig als unmittelbarer erlebt als die mögliche positive Auswirkung auf die Organisation (30). Zu dieser bewussten Kosten-Nutzen-Kalkulation kommen unbewusste und z. T. evolutionär bedingte Prozesse, z. B. Ängste, die zu automatischem «Rückzug» führen (13; 31). Daher sind die Hürden für Speak Up auf drei Ebenen zu finden: 1) in den Organisationen (z.B. Spital, Klinik, Abteilung, Station) und den Kontexten und Situationen (z. B. Inhalt der Aufgabe), in der wir arbeiten, 2) in der Art und Weise, wie wir unsere zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz gestalten und wahrnehmen (z. B. Vorerfahrungen mit bestimmten Personen, Stereotype), und 3) in uns selbst (z. B. Ängste). Die Hürden auf diesen drei Ebenen sind im Folgenden genauer beschrieben.

Organisationale und situative Barrieren

Auf organisationaler Ebene (Klinik, Institut, Abteilung, Station) bilden ein «Zu wenig» einer offenen Gesprächskultur und ein «Zu viel» von Speak-up-Sanktionen zusammen eine hohe Barriere.

Mit einer fehlenden offenen Gesprächs- und Lernkultur ist hier das Fehlen *psychologischer Sicherheit* gemeint. Unter psychologischer Sicherheit wird die Wahrnehmung verstanden, dass man ein interpersonales Risiko eingehen kann – man traut sich, heikle Themen und Probleme anzusprechen und andere um Hilfe zu bitten, ohne dafür ausgelacht, diskriminiert oder sanktioniert zu werden (32). Das Fehlen dieser psychologischen Sicherheit ist eine Barriere für Speak Up, vor allem für das *unterbindende Speak Up* – das Äussern von Bedenken und Hinweisen auf Fehler (18; 21). Ebenso eine Barriere ist ein Teamklima, das Hierarchie stark betont (33).

Auch fehlende *institutionelle Regelungen und Anerkennungen* für Speak Up sind eine Barriere (34). Dies gilt insbesondere für Mitarbeitende mit niedrigerem Status in der Organisation, denn Vorgesetzte schenken eher Mitarbeitenden mit höherem Status Anerkennung für Speak Up (35). Auch Sanktionen für Speak Up, z. B. disziplinarische Massnahmen, verhindern das Speak Up der Mitarbeitenden. Dazu kommen *situative bzw. kontextuelle Faktoren* wie der eigentliche Inhalt des Speak Up. Je nach Spital, Klinik, Abteilung oder Disziplin scheint es mehr oder weniger «unansprechbare» Themen zu geben – in der Onkologie scheinen beispielsweise vor allem die Themen Hygiene, Isolation und invasive Eingriffe «unansprechbar» zu sein (im Gegensatz zum Thema Medikamentenverabreichung) (29; 36). Je «unansprechbarer» ein Thema, desto eher drücken wir uns davor, unsere Vorgesetzten und Kollegen darauf anzusprechen.

Zwischenmenschliche Barrieren

Auch auf der zwischenmenschlichen Ebene gibt es eine Fülle von Barrieren für Speak Up. Besonders zentral sind die *Beziehung zu Vorgesetzten* und die gelebte *Hierarchie*; Mitarbeitende berichten, dass als stark wahrgenommene Hierarchieunterschiede vom Speak Up abhalten (15; 17; 37–39). Unsere menschlichen Tendenzen zu Gehorsam und Konformität mögen zu diesem Phänomen beitragen (40; 41).

Dies bedeutet aber nicht, dass Speak Up Mitarbeitenden mit hohem Status automatisch leichtfällt. Fehlendes Speak Up ist kein exklusives Problem von Statusniedrigen. Befürchtungen, durch das Ansprechen «heikler» Themen Konfrontationen auszulösen und dadurch die *Arbeitsbeziehung* zu gefährden, von den Kolleginnen und Kollegen abgelehnt zu werden oder Konflikte und peinliche Situationen einzugehen, bilden weitere Barrieren für Speak Up (17; 34; 38). Auch unangenehme persönliche *Vorerfahrungen* mit der betreffenden Person können Speak Up hemmen (17; 38).

Negative Erfahrungen können langfristige Folgen haben. Sie können derart aversive Gefühle auslösen, dass es zur Ausbildung eines *habituierten Schweigens* kommt: Man unterlässt das Speak Up «automatisch», obwohl die negativen Konsequenzen möglicherweise gar nicht mehr bestehen (31). Auch die Beobachtung, wie Arbeitskollegen für Speak Up bestraft werden, kann dazu führen, dass das eigene Speak Up seltener wird (42). Negative Erfahrungen können sich verselbständigen, sodass wir Stereotype und Vorurteile gegenüber bestimmten Berufsgruppen bilden und Personen dieser Gruppe abwerten und sich bei uns der Eindruck manifestiert, Speak Up gegenüber diesen Personen sei eh zwecklos (17): Wenn ich davon ausgehe, dass die betreffende Person mir sowieso nicht zuhört und mich nicht verstehen kann/will, lasse ich das Speak Up eher bleiben. Ebenso relevant sind unsere zwischenmenschlichen Vorannahmen als «Empfänger» des Speak Up. Häufig verwechseln wir Speak Up mit aggressiver Rechthaberei (43). Das führt dazu, dass wir unseren Kolleginnen und Kollegen unterstellen, sie wollten sich mit ihrem Speaking Up nur profilieren, anstatt anzunehmen, dass sie zur Vermeidung von Fehlern und zum organisationalen Lernen beitragen wollen.

Auch die Befürchtung, von unseren Arbeitskollegen durch Speak Up ein negatives Image zu bekommen (z. B. inkompetent, Angeber, schwarzes Schaf, kein Teamplayer) (28; 34; 38), kann uns schweigen lassen. Ebenso kann die Wahrnehmung des Speaking Up unserer Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie unsere Einschätzung deren Verantwortlichkeit zu Konformität und Verantwortungsdiffusion führen: Wir verlassen uns darauf, dass das Speak Up (hoffentlich) durch die Anderen erfolgt (44; 45).

Weitere zwischenmenschliche Speak-up-Barrieren sind der «Respekt» vor dem Territorium (z. B. fällt dem Chirurgen ein niedriger Blutdruck auf, auf den er den Narkosearzt nicht hinweist) und der «Respekt» vor der ärztlichen Autonomie (z. B. wenn ich dem Kollegen heute sage, dass ich die Blutstillung bei seiner Operation anders handhaben würde, weil der Patient Medikamente einnimmt, die Einfluss auf die Blutgerinnung haben – kommt er dann morgen zu mir und schreibt *mir* vor, was ich zu tun habe?) (45). Auch interprofessionell unterschiedliche Einschätzungen potentieller Gefahren können zu Speak-up-Konflikten führen; eine Studie fand höhere Gefahreinschätzungen bei Pflegefachpersonen als bei Ärztinnen und Ärzten (46).

Individuelle Barrieren

Neben den oben beschriebenen Emotionen, die vor allem im zwischenmenschlichen Arbeitskontext bestehen und weiterbestehen, können auch ganz persönliche Gefühle wie *Angst* – vor Bewertung, Bestrafung, Imageverlust, den Reaktionen der anderen oder falsch zu liegen – eine hohe Barriere für Speak Up sein (17; 31; 47).

Eine weitere Barriere, die besonders in der Medizin sehr hoch ist, sind *Unsicherheit* über die «Faktenlage» und der starke Wunsch, mit dem Speak Up richtigzuliegen. Die Angst davor, mit einem Hinweis oder einer Nachfrage falschzuliegen, kann dazu führen, dass man ohne solide Datengrundlage erst einmal nichts sagt und ein «schlechtes Bauchgefühl» nicht ausspricht (17; 28; 38).

Auch gering ausgeprägte *Kommunikationsfertigkeiten* und Durchsetzungsfähigkeit sowie ein geringes Zugehörigkeitsgefühl zur Abteilung/Klinik bremsen Speak Up (21; 24; 36). Dazu kommt unsere *subjektive Norm*: Gehört Speak Up zu meinem Selbstbild (38)? Wie verantwortlich fühle ich mich dafür, Veränderungen zu initiieren (17; 21; 34)? Welche Glaubenssätze habe ich über das Funktionieren meiner Abteilung/Klinik (z. B. kein Speak Up, wenn man neu ist; niemals den Chef öffentlich kritisieren) (28)?

So wie die Barrieren, liegen auch die Hilfen für Speak Up auf den drei Ebenen 1) *Organisation und Kontext* (z. B. Abteilungen mit hoher psychologischer Sicherheit, institutionalisierter Reflexion und Speak-up-Trainings), 2) *Gestaltung und Wahrnehmung unserer zwischenmenschlichen Beziehungen* am Arbeitsplatz (z. B. Speak-up-förderndes Führungsverhalten) und 3) in *uns selbst* (z. B. Kompetenzen in Emotionsregulation und Kommunikation). Die Hilfen auf diesen drei Ebenen sind im Folgenden genauer beschrieben.

1.3 WAS ERLEICHTERT SPEAK UP?

Organisationale und situative Hilfen

Auf organisationaler Ebene ist ein Klima, das von *psychologischer Sicherheit* geprägt ist, sehr Speak-up-förderlich und eine zentrale Voraussetzung dafür, dass andere Interventionen (z. B. Speak-up-Trainings) wirksam sein können (32; 48; 49) (vgl. Kapitel 5.3). Psychologische Sicherheit ist besonders dann wichtig, wenn das Speak Up an eine Person mit höherem Status gerichtet ist (50). Sie ist besonders innerhalb des eigenen Teams wichtig, selbst wenn das Speak Up den Mitgliedern anderer Teams gilt (z.B. Anästhesistin → Chirurgin) (51). Die Etablierung psychologischer Sicherheit erfordert häufig einen kulturellen Wandel innerhalb der Klinik/Abteilung, bei dem die Wahrnehmung der persönlichen und unmittelbaren Kosten vs. die zukünftigen, positiven Auswirkungen auf die Organisation verändert wird (30). Sie kann zusätzlich gefördert werden, indem in simulationsbasierten Trainings – und selbst in einfachen Skills-Trainings (d.h. rein technische Ausbildung von Fertigkeiten) – über Zusammenarbeit im Team und «Human Factors» gesprochen wird (52; 53).

Gezielte *Speak-up-Trainings* liegen nahe, wenn man davon ausgeht, dass die Gründe für Speak Up in gering ausgeprägten Kommunikationsfertigkeiten und hinderlichen Einstellungen liegen. Allerdings sind diese Trainings individueller Speak-up-Kompetenzen bisher nur begrenzt wirksam. Bis auf Ausnahmen (54), wie z.B. spezifische Feedbackkompetenzen (55) sind erfolgreiche Trainingskonzepte bisher selten (17; 56). Bedeutsam ist, dass sie interprofessionell unterschiedlich wirksam sein können, z. B. für Pflegefachpersonen effektiv, für Ärzte hingegen nicht (57). Die zum Teil geringe Wirksamkeit der bisherigen Speak-up-Trainings ist vermutlich in deren einseitiger Ausrichtung auf Kommunikationskompetenzen begründet. Wie oben beschrieben, sind die Gründe für fehlendes Speak Up zahlreich, komplex und vor allem in sozialen Interaktionen zu finden. Ein rein auf das Individuum ausgerichtetes Training vermittelt wenig über die Zirkularität von Verhalten und damit über entscheidende Veränderungsmöglichkeiten (58). Deshalb bietet es sich nicht nur an, das Reagieren auf Speak Up zu trainieren (59), sondern Speak Up vor allem systemisch zu fördern, d.h. anstatt individueller Kompetenzen eher komplexe Interaktionsmuster und deren Dynamiken zu verändern. Zum Beispiel können Instruktoren die Trainingsteilnehmenden dabei unterstützen, zu erkennen, wie sie ihr Verhalten gegenseitig beeinflussen und was sie voneinander und von anderen für ihr Speak Up brauchen (58).

Auch kurze *Briefings und Debriefings* bzw. Vor- und Nachbesprechungen im klinischen Alltag bieten eine gute Möglichkeit, Speak Up systematisch zu fördern (Tabelle 2) (58). Ähnlich wie in Briefings in der Luftfahrt haben Führungskräfte hier die Möglichkeit, ihre Teamkolleginnen und -kollegen explizit um Speak Up zu bitten und Regeln für Speak Up zu definieren (60–62). In gemeinsamen Debriefings können Teams die Rolle des Speak Up reflektieren (63–66).

Selbstverständlich sind sämtliche organisationalen Hilfen nur dann langfristig wirksam, wenn sie kontinuierlich und systematisch durchgeführt werden und alle beteiligten Berufs- und Statusgruppen einschließen, idealerweise bereits Studierende und Auszubildende (67; 68).

Tabelle 2. Definitionen von Briefing und Debriefing und Anwendungsmöglichkeiten (60–65; 69; 70).

Begriff	Definition	Beispiel für Förderung von Speak Up
Briefing (engl. Vorbesprechung)	Vorbesprechung im Team hinsichtlich Zusammenarbeit und Rollenklärung	<p>Während des Team-Time-outs vor Operationsbeginn bittet die Operateurin alle OP-Teammitglieder um Speak Up während der OP.</p> <p>Im Tagesrapport am Morgen auf Station bekommen alle Mitarbeitenden die Möglichkeit, ihre Bedenken, z.B. hinsichtlich der Zusammenarbeit, mitzuteilen.</p>
Debriefing (engl. Nachbesprechung)	Teamdiskussion der Handlungen und mentalen Modelle nach einem Ereignis mit dem Ziel, Zusammenhänge zu verstehen, zu lernen und klinische Ergebnisse zu verbessern	<p>Während der Nachbesprechungen von Reanimationen oder schwierigen Geburten kann jedes Teammitglied die kritischen Punkte während des Ereignisses schildern.</p> <p>In einer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz ist es allen Mitarbeitenden möglich, den Ablauf eines Falles zu reflektieren.</p> <p>In einer Fallbesprechung am Schichtende auf der Intensivstation bespricht das Behandlungsteam des Patienten die Ereignisse des Tages; alle sind aufgefordert, zu sagen, was ihnen durch den Kopf geht.</p>

Zwischenmenschliche Hilfen

Viele Möglichkeiten zur Förderung von Speak Up bieten sich durch *Führung*. Werden Vorgesetzte als offen für Speak Up wahrgenommen, so erleichtert dies das eigene Speaking Up (2; 71). Konkret können Vorgesetzte ihre Offenheit für Speak Up dadurch zeigen, dass sie bestehende *Mythen* zu Speak Up deutlich herausfordern, explizit um Speak Up bitten (z.B. in oben genannten Briefings), zuhören und das Speak Up explizit anerkennen (30; 60; 62; 72). Die Bedeutung eines offenen Führungsverhaltens kann nicht genug betont werden: Obwohl wir als Vorgesetzte hoffen und manchmal sogar sicher sind, dass sich unsere Mitarbeitenden mit Ideen, Vorschlägen und wichti-

gen Hinweisen an uns wenden, und wir davon ausgehen, dass wir jemand sind, mit «dem/der man doch reden kann», ist dies häufig eine Illusion (13; 73). Die Ängste der Mitarbeitenden sind hoch, im System begründet und zum Teil von unseren Vorgängerinnen und Vorgängern geerbt (73). Deshalb müssen wir uns als Vorgesetzte unserer *unbewusst ausgesendeten Hierarchiesignale bewusst werden*, die eine ehrliche Kommunikation mit unseren Mitarbeitenden verhindern (73). Und wir müssen aktiv und bewusst Möglichkeiten für offene Kommunikation schaffen und an uns herangetragene Anliegen sichtbar bearbeiten. Dafür müssen auch wir als Vorgesetzte von unserer Organisation explizit anerkannt werden (59).

Für mich bedeutet Leadership vorleben und Rückendeckung geben, damit Mitarbeitende vertrauen und sich getrauen, patientensicherheitsrelevante Situationen jederzeit anzusprechen.

Nicole Schumacher

Pflegeleitung Anästhesie, Kantonsspital Graubünden

Dieses *inkludierende Führungsverhalten* können Vorgesetzte sogar in ihre tägliche Kommunikation einfließen lassen: Eine aktuelle Studie simulierter kritischer Situationen in der Anästhesie zeigte, dass Teammitglieder eher zu Speak Up bereit sind, wenn ihre Vorgesetzten vermehrt von «wir» sprechen (74). Nicht nur die Beziehung zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden, sondern auch die Kommunikation unter den Mitarbeitenden kann Speak Up fördern: Je mehr *Wertschätzung und Dank* man von seinen Kollegen erhält, desto eher ist man zum Speak Up motiviert (75).

Individuelle Hilfen

Zusätzlich zu den organisationalen und zwischenmenschlichen Hilfen gibt es Dinge, die wir persönlich tun können, um uns das Speak Up zu erleichtern. Wir können unsere *Einstellungen* steuern. Anstatt davon auszugehen, dass die anderen mehr oder weniger gedankenlos Fehler machen, lohnt sich die *Grundannahme*, dass die Arbeitskollegen ihr Bestes geben, an einer guten Zusammenarbeit interessiert und vertrauenswürdig sind und bestmögliche Patientenversorgung erreichen wollen. Gehen wir von dieser zwischenmenschlichen Grundannahme aus, fällt uns Speak Up leichter (17;76). Es ist normal, dass uns diese Grundannahme und das Zugehen auf Personen, mit denen wir Konflikte haben, nicht immer leichtfallen. Speak Up – mit all seinen Hürden – wird deshalb auch als eine risikoreiche Investition in die Zusammenarbeit beschrieben (77). Machen wir die Erfahrung, dass sich diese Investition gelohnt hat, haben wir die Chance, eine sogenannte *Voice*

Efficacy zu entwickeln – die Wahrnehmung, dass unser Speak Up wirksam ist (31). Diese wahrgenommene Wirksamkeit scheint besonders für das *lösungsorientierte* Speak Up wichtig zu sein; hingegen scheint die wahrgenommene Sicherheit für das *unterbindende* Speak Up wichtig sein (23). Eine weitere Einstellung, die wir aktiv steuern können, betrifft unsere Motivation, das Richtige tun zu wollen vs. persönlichen Erfolg anzustreben: Für Speak Up scheint die Einstellung, *das Richtige tun zu wollen*, anstatt persönlich weiterzukommen zu wollen, hilfreicher zu sein (17;78).

Neben den Einstellungen können wir an unseren *Fähigkeiten* arbeiten. Beispielsweise können wir unsere Fähigkeit verbessern, unsere *Emotionen zu regulieren* – je besser wir diese «im Griff haben», desto leichter fällt es uns, mit unserem Speak Up einen guten Ton zu treffen (77;79). Auch beim Formulieren des Speak Up gibt es Möglichkeiten, die es effektiver werden lassen, z.B. *konstruktive* Formulierungen (z.B. konkrete Lösungsmöglichkeiten vorschlagen, anstatt nur auf Missstand hinzuweisen), möglichst *frühzeitig* etwas sagen, anstatt lange zu warten, und sich Expertise über den Speak-up-Inhalt verschaffen (76). Als effektiver *Kommunikationsalgorithmus* bietet es sich dabei an, (a) das aus eigener Sicht Beobachtete oder Gehörte zu nennen und (b) die eigene Sicht dazu preiszugeben und (c) anschliessend die Sicht des Anderen zu erfragen (54; 80–82) (vgl. Kapitel 6.1). Zusätzlich hilft uns auch eine Portion Durchsetzungsfähigkeit, die wir sogar trainieren können (24; 83).

Paradoxe Ratschläge zu Speak Up

Scherzhafte und nicht ernstgemeinte Ratschläge (84) für etwas, was Sie vielleicht nicht wollen werden: Schweigen statt Speak Up

1. Sagen Sie nicht, was Sie beschäftigt, lassen Sie es sich anmerken!
2. Gehen Sie davon aus, dass die anderen Sie sowieso nicht verstehen werden!
3. Bitten Sie Ihre Kollegen und Kolleginnen niemals darum, Ihnen ihre Meinung zu sagen! (Sie würden es schon sagen, wenn es wirklich wichtig wäre.)
4. Unterbinden Sie Nachfragen von Zweiflern, denn das behindert den Arbeitsfluss!
5. Falls Sie jemand auf einen Fehler hinweist, seien Sie zu Recht empört!
6. Falls Ihnen jemand die Meinung sagt, ignorieren Sie diese einfach. Dies gilt vor allem, wenn Sie sich Ihrer eigenen Meinung nicht sicher sind. (Wo kämen wir hin, wenn jede/r ständig seine/ihre Meinung sagte?)
7. Machen Sie frühzeitig klar, dass Sie bei der Arbeit nicht gestört werden wollen!
8. Schliessen Sie notorische Störer aus dem Team aus!
9. Wenn doch jemand beharrlich Speaking Up betreibt: Statuieren Sie ein Exempel! Dann wissen auch alle anderen, was Störern droht.
10. Klären Sie explizit die Hierarchie in Ihrer Abteilung: Wer hat etwas zu sagen und wer nicht?

1.4 WARUM LOHNT SICH SPEAK UP?

Speak Up – insbesondere das Hinweisen auf potentielle Fehler oder das Nachfragen bei Zweifeln – lohnt sich in der Medizin vor allem, weil dadurch Fehler vermieden oder schneller behoben werden können. Für die Patientensicherheit ist es damit essentiell (15). Zusätzlich zu den unzähligen retrospektiven Studien, die zu dem Schluss kommen, dass durch Speak Up Fehler hätten vermieden werden können (15; 85; 86), zeigte eine prospektive Simulationsstudie aus der Anästhesie, dass Speak Up durch Pflegefachpersonen während Anästhesieeinleitungen mit besserer Teamleistung verbunden war (20).

Ebenso wichtig ist Speak Up für das gemeinsame Problemlösen und Lernen in Organisationen wie Spitälern. Nur wenn Teammitglieder es schaffen, ihre Expertise, Ideen und Hinweise zu äussern, können diese in Problemlösungen einfließen, das Synergiepotential interdisziplinärer Teams genutzt werden und Probleme nachhaltig anstatt kurzfristig gelöst werden (18;87;88). Zunehmendes Zulassen und Einlassen auf Speak Up ermöglichen Spitälern langfristig, dass ihre Mitarbeitenden schwierige Gespräche miteinander führen und damit voneinander lernen können (89).

Fazit: Speak Up! Aber richtig. Das Etablieren einer offenen Kommunikationskultur und systemisch ausgerichtete Speak-up-Trainings helfen nicht nur den Patientinnen und Patienten, sondern den gesamten Behandlungsteams und ihren Abteilungen.

ANALYSE VON SPEAK UP IN DER ONKOLOGIE

WELCHE ERFAHRUNGEN MACHEN DIE MITARBEITENDEN? WO LIEGEN BARRIEREN UND WODURCH WIRD SPEAK UP UNTERSTÜTZT? UND WELCHE ANSATZPUNKTE FÜR VERÄNDERUNGEN ERGEBEN SICH AUS DEN ERKENNTNISSEN?

2.1 DIE ONKOLOGIE ALS «HOCHRISIKOBEREICH»

Wie in allen Bereichen der Medizin stellen unerwünschte Ereignisse auch in der Onkologie eine Gefahr für Patienten dar (90–94). Gerade Medikationsfehler sind eine substantielle Gefahr, sowohl für erwachsene Patienten als auch für Kinder mit Krebserkrankungen. Die Onkologie ist ein multiprofessionell geprägter und hochkomplexer Bereich der Gesundheitsversorgung, in dem bereits einzelne, kleinste Fehler zu schwerwiegenden Schädigungen führen können. In der Onkologie arbeiten verschiedene medizinische Disziplinen (medizinische Onkologie, onkologische Chirurgie, Radio-Onkologie etc.) und nichtärztliche Berufsgruppen eng zusammen, viele Patienten benötigen im Verlaufe der Erkrankung verschiedene Arten medizinischer Versorgung (z.B. stationär, ambulant), die Therapien sind häufig komplex mit genauen Abläufen und Zeitintervallen (z.B. moderne Chemotherapie-Schemen) und die verwendeten Arzneimittel haben oft einen engen therapeutischen Korridor und erhebliches Gefahrenpotential bei falscher Anwendung. Zudem handelt es sich um eine sehr vulnerable Patientengruppe mit nur begrenzten physischen und psychischen Ressourcen, um weitere Belastungen auszugleichen. Diese Verknüpfung aus Komplexität und hohem Risiko macht die sicherheitsorientierte Zusammenarbeit im Team zu einer wesentlichen Grundvoraussetzung für eine sichere Versorgung und die Vermeidung unerwünschter Ereignisse. Multidisziplinäre Tumorboards und Behandlungsteams basieren gerade auf der Annahme, dass verschiedene Berufsgruppen, Disziplinen und Expertisen zu einer höheren Qualität und Sicherheit der Behandlung beitragen (95; 96). Allerdings ist dafür eine offene, klare und effektive Kommunikation aller Beteiligten erforderlich, gerade in Situationen, in denen die Patientensicherheit gefährdet ist. Die Kommunikation in onkologischen Teams und die Frage, ob und wie Mitarbeitende konkrete Sicherheitsbedenken äussern und auf die Einhaltung von Sicherheitsregeln drängen, ist ein wesentliches Merkmal einer entwickelten Sicherheitskultur. Solches Speaking Up kann beschrieben werden als verbindliche Kommunikation von Sicherheitsbedenken durch Informationen, Fragen, Einschätzungen oder Meinungsäusserungen in klinischen Situationen, in denen es akuten Handlungsbedarf gibt, damit möglicher Schaden vom Patienten abgewendet werden kann (34). Untersuchungen zeigen jedoch, dass Mitarbeitende in kritischen Situationen häufig schweigen und ihre Zweifel und Bedenken nicht äussern. Damit geht ein grosses Potential für den Schutz der Patienten vor Schädigungen verloren. Umso wichtiger ist es zu verste-

hen, welche Faktoren und Bedingungen dazu beitragen, dass Ärzte und Pflegefachpersonen ihre Bedenken gegenüber Kollegen klar kommunizieren. In unserer Studie untersuchten wir Erfahrungen, Barrieren und unterstützende Faktoren, die ein solches Eintreten der Mitarbeitenden für die Patientensicherheit in konkreten Situationen beeinflussen. Wir gingen der Frage nach, wie häufig Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen in der Onkologie Sicherheitsbedenken haben, ob und wie sie ihre Kollegen auf Fehler oder riskante Verhaltensweisen ansprechen und welche Faktoren dies erklären. Unser Ziel war, das Alltagsphänomen «Schweigen» in einem nichtinvasiven Bereich der Medizin detailliert zu untersuchen, zu verstehen und daraus mögliche Lösungsansätze und Massnahmen zu entwickeln.

2.2 METHODISCHES VORGEHEN

Die explorative Studie folgte einer für die Versorgungsforschung typischen Kombination aus qualitativen und quantitativen Verfahren. Sie beinhaltete qualitative Interviews (Modul 1) mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen, die in der onkologischen Patientenversorgung tätig sind, sowie eine schriftliche Befragung (Modul 2). An der Untersuchung beteiligten sich neun onkologische Abteilungen von Deutschschweizer Spitälern. Darunter waren Universitäts-, Kantons- und Regionalspitäler, stationäre und ambulante Abteilungen sowie pädiatrische onkologische Kliniken.

Modul 1: Qualitative Interviews

In den persönlichen, semistrukturierten Interviews wurden Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen und Hierarchiestufen zu ihren persönlichen Erfahrungen und Erlebnissen befragt. Es wurde erhoben, in welchen Situationen sie Sicherheitsbedenken haben, wie sie zu einer Entscheidung kommen, wie sie sich verhalten, ob und wie sie ihre Bedenken äussern und welche Reaktionen sie von Kollegen und Vorgesetzten bislang erfahren haben. Ein Hauptziel der Interviews war, die Vielfalt konkreter Situationen beschreiben zu können, in denen das Speak Up besonders schwer- oder leichtfällt. Insgesamt wurden 32 intensive Interviews mit Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten von onkologischen Stationen und Ambulatorien geführt, die transkribiert wurden und dann durch zwei Experten unabhängig voneinander mit einer inhaltsanalytischen Methode kodiert (offene Kodierung) und ausgewertet wurden. Aufbauend auf den Ergebnissen wurden ein theoretisches Modell entwickelt und Hypothesen aufgestellt, die dann in einer quantitativen Befragung geprüft wurden.

Modul 2: Schriftliche Befragung

Der schriftliche Fragebogen richtete sich an alle Mitarbeitenden der teilnehmenden Abteilungen. Dafür wurde ein Instrument entwickelt, das aus zwei Teilen bestand: Im allgemeinen Teil wurden die Häufigkeit von Sicherheitsbedenken, eigene Verhaltensweisen, Einstellungen, Normen, soziale Unterstützung und psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz erfasst. Wir benutzten unter anderem die für die Gesundheitsversorgung adaptierte *employee silence scale* (97). Dieser allgemeine Teil bestand insgesamt aus 34 Fragebogen-Items.

Im zweiten Teil wurden vier Vignetten («Fallgeschichten») präsentiert, die von den Befragten anhand verschiedener Fragen zu beurteilen waren. In diesen kurzen Fallgeschichten war jeweils eine hypothetische Situation geschildert, in der ein Kollege einen Fehler macht oder eine Sicherheitsregel verletzt. Diese Rahmenhandlungen waren von den Interviews der ersten Studienphase inspiriert und beinhalteten: (a) einen übersehenen Verordnungsfehler; (b) eine ausgelassene Händedesinfektion bei einer Wunduntersuchung; (c) eine ausgelassene Doppelkontrolle von Medikamenten; (d) die Durchführung einer Lumbalpunktion bei einem Patienten unter Chemotherapie ohne aktuelle Thrombozytenzahl und Gerinnungsstatus. In die vier Rahmenhandlungen waren jeweils Details («Faktoren») eingebettet, die in einem vollfaktoriellen Versuchsplan systematisch manipuliert worden waren. Sieben solcher Faktoren wurden integriert, deren Ausprägungen variierten. Beispielsweise wurde die Handlung in einem Fall von einem leitenden Arzt, in einer anderen Variante von einem Assistenzarzt durchgeführt. Alle Studienteilnehmer erhielten randomisiert vier Vignetten, jeweils eine pro Rahmenhandlung. Die Befragten beurteilten jede Situation anhand eines Fragensets, zum Beispiel wie hoch sie das Schadenspotential für den Patienten einschätzen und wie sie

sich persönlich als «Bystander» in der Situation verhalten würden. Der Vorteil dieses experimentellen Vorgehens ist, dass mit den entsprechenden statistischen Verfahren der Einfluss der integrierten Faktoren auf die Beurteilung der Vignette extrahiert werden kann. So kann zum Beispiel die Bedeutung der hierarchischen Stufe der beschriebenen Personen auf die Bewertung der Situation quantifiziert werden. An der schriftlichen Befragung nahmen 1013 Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen teil.

2.3 ERGEBNISSE

Anlässe für Speak Up: Sicherheitsbedenken im Spitalalltag

Mitarbeitende erleben im Spitalalltag häufig Situationen, die Sicherheitsbedenken auslösen. In unserer schriftlichen Befragung berichteten viele Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen, mindestens manchmal ...

- konkrete Bedenken zur Patientensicherheit auf ihrer Abteilung zu haben (53 %, davon 3 % sehr häufig);
- einen Fehler zu bemerken, der gefährlich für Patienten sein könnte (z.B. eine ungenaue Verordnung) (54 %, davon 4 % sehr häufig);
- mitzubekommen, dass Kollegen sich bewusst oder unbewusst nicht an Regeln halten, die für die Patientensicherheit wichtig sein können (z. B. Doppelkontrollen oder Hygienerichtlinien) (43 %, davon 4 % sehr häufig).

Sicherheitsbedenken wurden häufiger von Pflegefachpersonen (vs. Ärzte), Mitarbeitenden auf Station (vs. onkologisches Ambulatorium) und von Personen ohne Leitungsfunktion (vs. mit Leitungsfunktion) erlebt. In den Interviews wurden vielfältige Situationen benannt, die im Alltag Sicherheitsbedenken bei den Mitarbeitenden auslösen (siehe Tabelle 3) (36).

Tabelle 3. In den Interviews häufig genannte Sicherheitsbedenken

Häufige Sicherheitsbedenken	
Gesamter Medikationsprozess	<ul style="list-style-type: none"> - Falsche Dosierung/Gesamtdosis verordnet - Keine/falsche Prämedikation - Falsche Durchlaufgeschwindigkeit der Infusion - Verordnungen falsch ausgefüllt - Fehlendes Verordnungsblatt für intrathekale Therapie
Hygiene/Isolation	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Handschuhe/Händedesinfektion - Prozeduren, die in Isolation nicht erlaubt sind - Verwendung unsteriler Materialien
Behandlungsentscheide	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheid für OP - (Keine) Verlegung auf IPS
Invasive Prozeduren	<ul style="list-style-type: none"> - Lumbalpunktion ohne Gerinnungsparameter - Keine Maske/Handschuhe bei Lumbalpunktion

2.0

Das Spektrum der geschilderten Ereignisse und Umstände war sehr gross. Besonders häufig wurde jedoch von Situationen im Kontext des gesamten Medikationsprozesses und im Bereich der Hygiene berichtet. In diesen beiden Feldern wurden auch kontinuierliche, «etablierte» Regelverletzungen berichtet (*normalization of deviance*), beispielsweise Verordnungen, die konsequent gewisse vorgesehene Angaben nicht enthalten oder regelhaft falsch ausgefüllt sind, oder auch die systematische Nichteinhaltung von Hygienevorgaben:

*Wir haben einen Oberarzt, der macht Lumbalpunktionen irgendwie ohne Mundschutz oder ohne sterile Handschuhe ... Er macht es so und da stehen jenste Leute rundherum und Pflegende und da sagt niemand etwas. ... Ich glaube, er macht das schon seit Jahren so. Man bot es ihm ja auch schon an [Maske, Handschuhe]. Er findet, das braucht es nicht. ... Es passierte noch nie etwas. Wenn einmal wirklich ein Kind danach einen Infekt hätte, dann müsste man es sicher einmal zum Thema machen.
(Pflegefachfrau)*

Die Gewöhnung an solche Regelverletzungen führt häufig dazu, dass sie nicht mehr als «Abweichung» ernst genommen werden und dass es immer schwieriger wird, sie konstruktiv anzusprechen.

Bedenken zurückhalten und schweigen

Die meisten der Befragten kennen Situationen, in denen sie ihre Zweifel und Bedenken zur Patientensicherheit nicht ausgesprochen haben. Die Antworten auf der «employee silence scale» zeigen eindrücklich, dass das Zurückhalten von Verbesserungsvorschlägen und konkreten Sicherheitsbedenken kein seltenes oder ausnahmsweises Verhalten ist (siehe Tabelle 4):

Das Ansprechen von Sicherheitsproblemen fällt bei manchen Themen leichter, bei anderen schwerer. Fast alle berichteten Episoden des «Schweigens» standen im Zusammenhang mit Hygienemassnahmen, Handlungen bei Patienten in Isolation und invasiven Prozeduren. Im Gegensatz dazu existiert in der Onkologie eine gut etablierte Kultur, Zweifel und Hinweise hinsichtlich der Medikationssicherheit zu kommunizieren. Sie werden oft als weniger «persönlich» wahrgenommen und sind leichter in einer professionellen Art ansprechbar.

Die meisten Situationen, in denen die Fachpersonen ihre Bedenken zurückhielten, wiesen gemeinsame Merkmale auf. In der «typischen Konstellation» waren mehrere Personen anwesend (z.B. bei der Visite) und es waren Hierarchie- oder Berufsgruppenunterschiede zwischen den Beteiligten vorhanden. Es wurde von wenigen Situationen berichtet, in denen alle Beteiligten Pflegefachpersonen waren oder gleichrangige Ärztinnen und Ärzte. Allerdings wurde auch über schwierige Konstellationen berichtet, die eher untypisch waren. Zum Beispiel Ärzte, die gegenüber Pflegefachpersonen Sicherheitsbedenken zurückhielten. Die Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung bestätigten aber, dass die eigene hierarchische Position assoziiert ist mit der Häufigkeit des Zurückhaltens von Sicherheitsbedenken: Je höher die eigene hierarchische Position, umso eher werden kritische Nachfragen gestellt, Bedenken ausgesprochen und die Einhaltung von sicherheitsrelevanten Regeln angemahnt.

Tabelle 4. Zurückhalten von Sicherheitsbedenken («employee silence scale», adaptiert nach (97))

Wie häufig ...	Nie	Selten	Manchmal	(Sehr) häufig
... haben Sie entschieden, Ihre Bedenken zur Patientensicherheit nicht zu äussern?	30 %	39 %	24 %	8 %
... haben Sie Gedanken oder Ideen zur Verbesserung der Patientensicherheit in Ihrer Abteilung für sich behalten?	32 %	39 %	19 %	10 %
... haben Sie mögliche Sicherheitsprobleme in Ihrer Abteilung festgestellt und anderen Personen nichts darüber gesagt?	50 %	32 %	14 %	5 %
... hatten Sie Fragen zur Patientensicherheit in Ihrer Abteilung und haben diese lieber nicht gestellt?	48 %	34 %	9 %	9 %
... haben Sie geschwiegen, obwohl Ihre Hinweise möglicherweise eine Gefahr für Patienten reduziert hätten?	63 %	31 %	5 %	1 %

Die schwierige Abwägung zwischen Schweigen und Sprechen

Ob im Alltag Sicherheitsbedenken ausgesprochen oder zurückgehalten werden, ist für viele Fachpersonen eine schwierige Entscheidung (Tabelle 6, Frage 17). Sehr eindrücklich berichteten die Fachpersonen, dass dieser Entscheidung oft ein komplexer Prozess vorausgeht (9). So wurden in den Interviews sehr häufig Begriffe wie «Abwägung», «Entscheidung», «Nutzen-Risiko-Vergleich» und ähnliche Bezeichnungen gewählt. In dieser Abwägung steht der starken Motivation, Patienten vor potentiellem Schaden zu schützen, die Sorge vor schwierigen Situationen und Störungen guter kollegialer Beziehungen gegenüber (Tabelle 5). Dabei wird auch das Risiko für Patienten reflektiert («Wie gross ist die Gefahr für den Patienten, wenn ich jetzt nicht eingreife?»). 17 % der Befragten gaben im Fragebogen an, dass man einen Fehler nicht ansprechen sollte, wenn das Risiko für einen Patienten gering ist (Tabelle 6, Frage 13). Besonders schwierig ist dieser Abwägungsprozess, wenn die Beteiligten sich nicht gut kennen und die Reaktion des Gegenübers dadurch schwer prognostizierbar ist. Explizit genannt wurden in den Interviews beispielsweise Situationen mit Konsiliarärzten oder auch Rotationsassistenten. Während der Schutz des aktuell betroffenen Patienten eine herausragende Bedeutung für die Fachpersonen hat, spielen zukünftige, bisher unbekannte Patienten bei der Abwägungsentscheidung für oder gegen das Speak Up keine wesentliche Rolle. Die Vermeidung zukünftiger Wiederholungen einer gefährlichen Situation, also das Lernen aus Fehlern und das Verhindern zukünftiger Fehler, ist im Entscheidungsprozess nicht präsent. Diese «Kurzsichtigkeit» in der Speak-up-Entscheidung ist ein zentrales Problem. Die Schwierigkeiten, seine Bedenken zu äussern, liegen in der Gegenwart (z.B. die direkte Reaktion der angesprochenen Person), während der potentielle Nutzen in der Zukunft liegt.

Verbreitete Strategien: Wie wird das Unsagbare angesprochen?

Für viele Fachpersonen ist es nicht leicht, die richtigen Worte zu wählen, um ihre Bedenken auszudrücken (Tabelle 6, Frage 12). 69 % der Befragten finden, dass man ein feines Gespür braucht, um einen Vorgesetzten auf seinen möglichen Fehler oder eine heikle Situation hinzuweisen (Tabelle 6, Frage 4). In den Interviews berichteten die Fachpersonen, verschiedene Kommunikationsarten einzusetzen, um ihren Bedenken Ausdruck zu verleihen, von denen viele nonverbaler Art sind. Jede zweite Person berichtete, Gesten und Mimik zu nutzen, um Kollegen Sicherheitshinweise zu signalisieren. Vor allem bei Verletzungen von Hygieneregeln ist dabei die Hauptmotivation, den Kollegen weniger blosszustellen, gerade wenn Patienten anwesend sind. Eine Mehrheit der Befragten findet, dass man Kollegen oder Vorgesetzte niemals auf einen Fehler hinweisen sollte, wenn Patienten oder Angehörige anwesend sind (Tabelle 6, Frage 25). Gerade Mitarbeitende der pädiatrischen Onkologie versuchten oft, ihre Zweifel oder Bedenken diskret zu kommunizieren (z.B. Räuspern), um Eltern der behandelten Kinder nicht zu verunsichern.

Dass man selber die Maske anzieht und schaut, ob er auch reagiert, oder sich selber eine anziehen und ihm die Sachen hinhalten. Vorschriften oder Guidelines hätten wir, die wären ja da.
(Assistenzärztin)

Diese «Suche nach den richtigen Worten» führt in akuten Situationen oft dazu, dass nicht schnell genug reagiert werden kann, da es ganz einfach zu schnell geht, um sich diplomatische Formulierungen zu überlegen. Die Mitarbeitenden wählen die Formulierungen jeweils dem beteiligten Gegenüber entsprechend, versuchen diplomatische Gesprächsstile und manchmal durchdachte Kommunikationstaktiken, insbesondere wenn sie Vorgesetzten ihre Sicherheitsbedenken mitteilen wollen. Assistenzärzte

Tabelle 5. Motivationen und Barrieren bei der Speak-up-Entscheidung

Motivationen	Barrieren
Patient vor Schaden schützen	Abwägung: Risiko nicht gross genug
Kollegen vor Fehlern schützen	Kollegen nicht blossstellen wollen
	Patienten nicht verunsichern wollen
	Reaktion der Beteiligten nicht einschätzbar
	Hierarchie, Normen
	Angst vor negativen Folgen (für die sozialen Beziehungen, das eigene Image)
	Resignation, Frustration

beispielsweise verpacken ihre Zweifel eher im Stil von Fragen und «stellen sich dumm», um den Vorgesetzten «mit der Nase draufzustupsen», auch wenn sie selber überzeugt sind, dass eine Gefährdung für Patienten besteht. Ähnliche Strategien wurden häufig auch von Pflegefachpersonen berichtet. Oft müssen Bedenken wiederholt vorgebracht werden, damit sie zum Ziel führen (Tabelle 6, Frage 24). So gaben beispielsweise 38 % der Befragten an, dass es manchmal viel Beharrlichkeit von ihnen erfordert, bis sie mit konkreten Bedenken zur Sicherheit eines Patienten durchdringen. Resignation und Frustration über ineffektive Kommunikation sind verbreitet (Tabelle 6, Fragen 10, 16).

Einflussfaktoren für Schweigen

Um sinnvolle und effektive Massnahmen zur Förderung von Speak Up entwerfen zu können, ist es wichtig zu verstehen, unter welchen Bedingungen die Kommunikation von Sicherheitsbedenken schwierig ist und welche Bedingungen das Schweigen fördern. Eine Regressionsanalyse basierend auf den Befragungsergebnissen zeigte, dass eine starke psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz (sich durch Kollegen und Vorgesetzte unterstützt und fair behandelt fühlen) und ein hohes Mass an Patientensicherheits-Anwaltschaft (sich selber als Fürsprecher für die Patientensicherheit zu sehen) mit einer geringeren Frequenz des Schweigens verbunden sind (98). Die Befragten finden mehrheitlich, dass ein hohes Mass an interpersonellen, kommunikativen und Coping-Fähigkeiten erforderlich ist, um Sicherheitsbedenken und Zweifel auszusprechen: Es ist nichts, was den meisten Personen leichtfällt. In un-

serer Stichprobe sahen wir auch deutliche Unterschiede in der wahrgenommenen psychologischen Sicherheit zwischen den Abteilungen. Selbst bei Adjustierung der Mitarbeitermerkmale war dieser wichtige Faktor am höchsten bei den Mitarbeitenden pädiatrischer Onkologien. Offensichtlich gelingt es dort eher, eine Kultur und Kommunikationsstile zu etablieren, die das Ansprechen von heiklen Verhaltensweisen leichter machen.

Erfahrungen mit Speak Up

Obwohl die Hürde, kritische Verhaltensweisen, Regelverletzungen und Fehler anzusprechen, recht gross ist, berichten viele Mitarbeitende erstaunlicherweise trotzdem positive Erfahrungen und Resonanz, wenn sie sich für das Speak Up entschieden haben. Die Sorgen vor negativen Reaktionen spiegeln also nicht unbedingt tatsächlich negative Erfahrungen im Alltag. In den meisten Fallberichten aus den Interviews reagierte der Empfänger des Speak Up konstruktiv und dankbar und korrigierte das Verhalten entsprechend. Zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen zeigten sich auch Bereiche, wo offensichtlich unterschiedliche Vorstellungen existieren, was genau ein «Sicherheitsproblem» ist, das man ansprechen sollte, und was als Pedanterie, Pingeligkeit oder übertriebene Genauigkeit empfunden wird. Diese «versteckte Linie» existierte bei verschiedenen Themen und Regeln, zum Beispiel im Bereich Hygiene, aber auch dem strikten Wiegen der Patienten zur Berechnung der Chemotherapiedosierung und dem Ausfüllen von Verordnungsblättern.

Tabelle 6. Ergebnisse zu ausgewählten Fragebogen-Items

Fragebogen-Item	Zustimmung in %
F13 Wenn das Risiko für einen Patienten gering ist, sollte man einen Fehler nicht ansprechen.	17 %
F4 Man braucht ein feines Gespür, um einen Vorgesetzten auf seinen möglichen Fehler oder eine heikle Situation hinzuweisen.	69 %
F12 Es ist schwierig, die richtige Art und Weise zu finden, um Sicherheitsbedenken anzusprechen.	49 %
F17 Die Entscheidung, ob und wie ich einen erfahrenen Kollegen auf einen Fehler hinweise, ist manchmal sehr schwierig.	54 %
F25 Wenn Patienten oder Angehörige anwesend sind, sollte man Kollegen oder Vorgesetzte niemals auf einen Fehler hinweisen.	71 %
F24 Manchmal erfordert es viel Beharrlichkeit, bis ich mit konkreten Bedenken zur Sicherheit eines Patienten durchdringe.	38 %
F10 Es ist frustrierend, immer auf die gleichen Sicherheitsregeln hinweisen zu müssen.	52 %
F16 Manchmal resigniere ich, weil sich nichts ändert, wenn man seine Einwände zur Patientensicherheit vorbringt.	26 %

Es gibt Spalten für die Chemotherapie und Spalten für die Beimedikation. Dann schreibt man es [Steroid-Verordnung] halt in die Spalte für die Chemotherapie. Dann wird man auf so etwas hingewiesen. Das ist schon okay, aber umgekehrt, denke ich, ist das kein sicherheitsrelevantes Problem. Wenn ich es vergesse (zu verordnen), dann ist es relevant, aber ob ich es genau da hinschreibe oder da rein, das ist nicht so relevant. Draussen warten dann zehn Patienten und man diskutiert, genau an welche Stelle man das hinschreibt, dann löst das durchaus so eine gewisse Aggression aus, das gebe ich zu. (Leitender Arzt)

In einigen Fällen führte die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch zu starken negativen Reaktionen oder offenen Konflikten im Team. Unter den destruktiven Reaktionen auf Speak Up war jedoch das Ignorieren von Hinweisen, ohne Korrektur des eigenen Verhaltens oder eines Fehlers, noch häufiger. Dieses – im Ergebnis – unproduktive und ineffektive Speak Up führt, gerade bei Wiederholungen, zu starken Gefühlen von Frustration und Resignation und reduziert die Wahrscheinlichkeit für zukünftiges Speak Up erheblich.

Mit der Zeit sagst du halt einfach nichts mehr. ... Was willst du da machen? (Pflegefachfrau)

Die Bedeutung des klinischen und sozialen Kontexts

Schon in den Interviews zeigte sich, dass die gleichen Personen in manchen Situationen eher schweigen, in anderen Situationen aber deutlich und vehement ihre Bedenken vortragen. Wie sie sich verhalten, hängt vom konkreten Kontext ab, der sowohl klinische Aspekte beinhaltet (z.B. Gefahr für den Patienten, Gesundheitszustand etc.) als auch soziale Rahmenbedingungen (z.B. Hierarchie der Beteiligten, Anzahl der «Beobachter» etc.). Je nach diesen Merkmalen werden Risiken für Patienten (beim Schweigen) und die Person selbst (beim Speak Up) abgewogen. Die Bedeutung der Kontextfaktoren untersuchten wir im Fragebogen mit Fallgeschichten (Vignetten), die wir den Fachpersonen zur Beurteilung vorlegten (Abbildung 2; siehe Kapitel Methodik für mehr Details).

Beispiel Vignette (B-8, Set 1)

Sie sind mit mehreren Ärzten und Pflegefachpersonen auf Visite bei einer onkologischen Patientin. Die Oberärztin will die Wunde der frischoperierten Patientin untersuchen. Die Patientin und ihre Eltern verfolgen alles aufmerksam. Die Oberärztin benutzt keine Handschuhe und hat auch die Hände nicht neu desinfiziert.

Abbildung 2. Beispiel-Vignette aus der Befragung. Die unterstrichenen Auszeichnungen signalisieren Faktoren, die experimentell variiert wurden. Beispielsweise wurde «Oberärztin» in anderen Vignetten durch «leitende Pflegefachperson» ersetzt.

Für jede Vignette waren die Teilnehmer aufgefordert, sich vorzustellen, sie würden die beschriebene Situation beobachten. Sie sollten dann

- das Schadenspotential für den beschriebenen Patienten beurteilen,
- angeben, wie unangenehm es ihnen wäre, die beschriebenen Kollegen auf das Risiko hinzuweisen (affektive Bewertung),
- die Wahrscheinlichkeit einschätzen, dass sie selber die Kollegen auf die Gefahr hinweisen, und
- angeben, wie schwierig die Entscheidung für oder gegen Speak Up für sie wäre.

Bei den Vignetten gaben die Teilnehmer mehrheitlich an, sie würden ihre Kollegen auf die riskante Situation bzw. die Regelverletzung hinweisen. Allerdings variierte diese Bereitschaft stark zwischen den Fallgeschichten, also je nach Rahmenhandlung, und innerhalb dieser je nach Ausprägung der geschilderten Details (z.B. Berufsgruppe der Beteiligten; wiederholtes Vorkommen des Vorfalls) (37). Je nachdem, wie diese Details ausgestaltet waren, würden

- 74–96 % gegenüber einem ärztlichen Vorgesetzten aussprechen, dass er einen Verordnungsfehler übersehen hat;
- 45–81 % einen Kollegen (Ärztin, Arzt oder Pflegefachperson) darauf hinweisen, dass er die Händedesinfektion vor einer Wundkontrolle vergessen hat;
- 82–94 % eine Pflegefachperson auf die absichtlich übergangene Doppelkontrolle von Medikamenten ansprechen;
- 59–92 % das Verhalten eines ärztlichen Kollegen kritisch hinterfragen, der bei einer Lumbalpunktion die Sicherheitsvorgaben nicht einhält.

Durchschnittlich variierte die Bereitschaft, Sicherheitsbedenken vorzubringen, innerhalb einer Rahmenhandlung um 25 %, je nachdem, wie die Situation beschrieben war. Klar wurde auch, dass es bei vielen Fachpersonen Unbehagen auslöst, Kollegen die eigenen Bedenken mitzuteilen. Über alle Vignetten hinweg gaben 31 % der Befragten an, dass es ihnen unangenehm wäre, den Kollegen oder die Kollegin auf die potentielle Gefahr hinzuweisen. Bei der ausgelassenen Händedesinfektion war dieser Anteil mit 42 % am höchsten.

Es ist nicht einfach, Kollegen auf Fehler hinzuweisen. Und schon gar nicht, wenn Kollegen, die in der Spitalhierarchie höhergestellt sind, Fehler begehen. Unterlassene Gelegenheiten zur Händehygiene sind ein solches Beispiel und betreffen eine der wichtigsten präventiven Massnahmen in der heutigen Medizin. Am einfachsten ist es dann, auf die «5 Momente der Händehygiene» hinzuweisen, d. h. die von der WHO empfohlenen Indikationen zur Händehygiene. Und anschliessend anzumerken, dass gerade eine solche Gelegenheit übersehen wurde. In so einer Situation nichts zu sagen, wäre eine verpasste Chance für die Sicherheit unserer Patienten. Deshalb würde ich mich hinter jeden Mitarbeiter stellen, der sich etwas zu sagen traut.

PD Dr. med. Jonas Marschall

Leitung Spitalhygiene, Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern

In den Beurteilungen der Fallgeschichten und dem antizipierten eigenen Verhalten zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Leitungsfunktionen, einem Indikator für die hierarchische Stellung in der Abteilung (Abbildung 3): Befragte ohne Leitungsfunktionen gaben deutlich seltener an, ihre Bedenken in der geschilderten Situation äussern zu wollen (grüne Symbole: zum Teil deutliche Unterschiede je nach Leitungsfunktion), und fanden dies auch deutlich unangenehmer (gelbe Symbole: grosse Unterschiede in Abhängigkeit von Leitungsfunktion). Klinischen Führungspersonen sollte also bewusst sein, dass es ihnen selber vielleicht nicht unangenehm ist, kritische Feedbacks zu geben, aber dass dies für tieferangige Personen durchaus der Fall sein kann. Auch taten sich Personen ohne Leitungsfunktion mit der Entscheidung, wie sie sich verhalten sollten, schwerer (blaue Symbole: deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen). Interessant ist, dass das Schadenspotential der Situationen für den hypothetischen Patienten von Personen mit und ohne Leitungsfunktion und unabhängig von der Berufsgruppe etwa gleich eingeschätzt wurde (rote Symbole: keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Leitungsfunktion). Wenn also rangtiefere Personen ihre Bedenken nicht äussern, dann liegt das nicht etwa daran, dass sie nicht die Gefährdung erkennen würden (was beispielsweise mit der kürzeren klinischen Erfahrung erklärbar wäre). Das Risiko wird von den verschiedenen Gruppen ähnlich eingeschätzt (wenig Varianz in den Beurteilungen des Schadenspotentials). Aber die persönliche Bereitschaft, selber aktiv einzuschreiten, ist bei Personen ohne Führungsfunktion geringer, da sie eher interkollaborative Konflikte und gestörte Beziehungen fürchten.

Der wichtigste Prädiktor in unserem Regressionsmodell für die Äusserung der eigenen Bedenken ist die Einschät-

zung des Schadenspotentials der Situation für den hypothetischen Patienten: Je gefährlicher eine Situation eingeschätzt wird, umso eher sind die Befragten bereit, sich persönlich zu exponieren und die Stimme zu erheben. Die Anwesenheit mehrerer Personen in der Situation reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass Mitarbeitende ihre Bedenken äussern. Dies bestätigte die Berichte in den Interviews, die zeigten, dass die Fachpersonen «öffentliche Foren» vermeiden, um ihre Bedenken vorzubringen, und das Speak Up hinter geschlossenen Türen vorziehen. Das beschriebene wiederholte Auftreten einer Regelverletzung führte zu einer deutlich tieferen Bereitschaft, die Kollegenschaft erneut auf die Einhaltung der Regeln hinzuweisen. Wurde in der Vignette geschildert, dass das Auslassen einer vorgesehenen Doppelkontrolle bei der Medikation bereits früher vorgekommen und diskutiert worden war, entschieden sie sich deutlich seltener dafür, in der Situation einzuschreiten. Offensichtlich «lernten» die befragten Fachpersonen schnell, dass Speak Up ineffektiv ist und nicht der Mühe und des Risikos wert. Dies veranschaulicht gut, wie sich eine Normalisierung von Regelverletzungen zu einer «Kultur des Schweigens» ausweiten kann und zum Standard wird. Sowohl aus den Interviews als auch aus der Beantwortung der Vignetten ging hervor, dass eine Situation für die Fachleute besonders schwierig zu lösen ist: Zeuge einer riskanten Handlung zu sein, bei der weitere Fachpersonen dabei sind und der Patient ebenfalls anwesend und aufmerksam ist. Dies produziert einen erheblichen Entscheidungskonflikt, einerseits den Patienten vor möglichen Schädigungen schützen und ihn andererseits nicht verunsichern und die Beziehung zum Behandlungsteam nicht gefährden zu wollen. Ein Dilemma, in dem die Abwägung schwierig ist und in dem – gerade wenn es schnell gehen muss – häufig für das Schweigen entschieden wird.

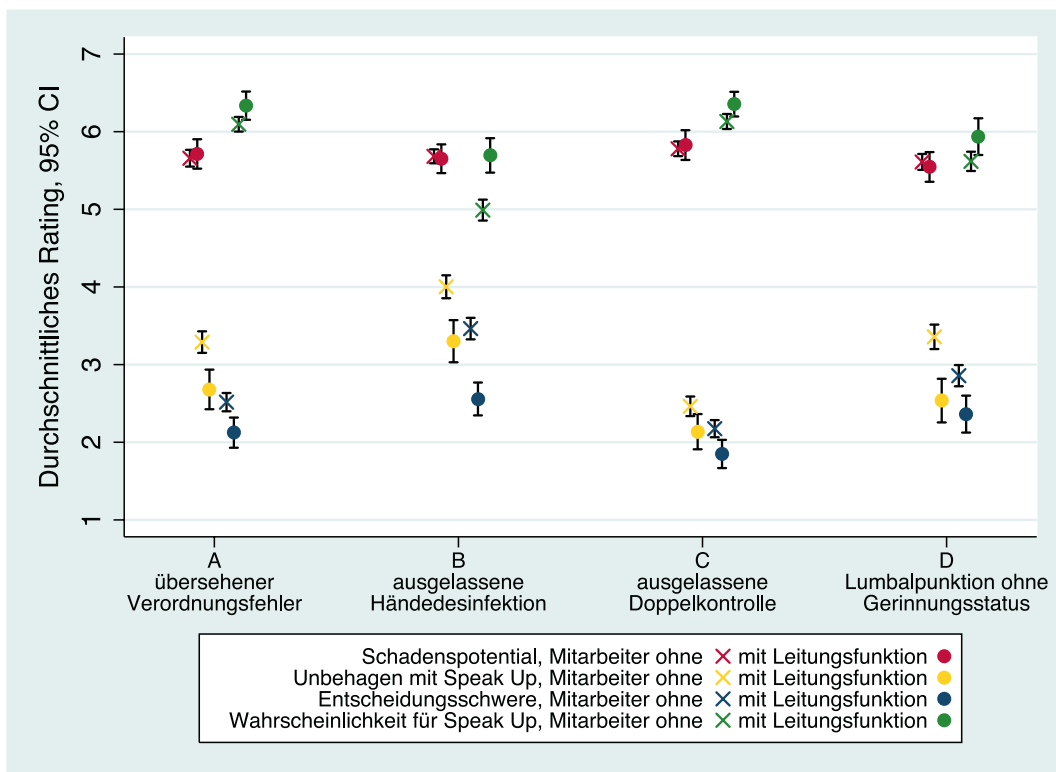


Abbildung 3. Beurteilungen der Vignetten

2.4 SCHLUSSFOLGERUNG

Unsere Studie zeigt, dass viele Mitarbeitende Sicherheitsbedenken im klinischen Alltag erleben. Ihnen fallen wichtige, sicherheitsrelevante Situationen und Verhaltensweisen der Kollegen auf. Damit sind die Mitarbeitenden ein zentrales und wichtiges Potential für die Sicherheit der Patienten. Die Daten zeigen, dass das Zurückhalten von Sicherheitsbedenken ein verbreitetes Phänomen ist, auch in der Onkologie, einem Bereich der nichtinvasiven Medizin, in dem Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit grundsätzlich einen hohen Stellenwert hat. Die meisten Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen haben in der Vergangenheit Erfahrungen mit beiden Verhaltensweisen gemacht: ihre Bedenken, Fragen und Zweifel auszusprechen, aber auch, sie zurückzuhalten. Das Schweigen ist erklärbar durch individuelle Faktoren (Alter, Funktion, Persönlichkeit), organisationelle Faktoren (psychologische Sicherheit, Hierarchie) und vor allem auch situative Kontextfaktoren (Thema, Beteiligte, Patienten, Risikoeinschätzung).

Mitarbeitende setzen häufig nicht die Sprache, sondern Gesten und Mimik für Speak Up ein. Solche Wege der nonverbalen Kommunikation werden vom Sender als weniger invasiv und intrusiv eingeschätzt und häufig auch so entgegengenommen und erfüllen dann ihren Zweck.

Allerdings können Gesten und Mimik unbewusst oder bewusst leicht ignoriert werden und sind nicht immer eine effektive Form der Kommunikation. Individuelle Patienten vor vermeidbarem Schaden zu schützen, ist die dominierende und starke Motivation für Mitarbeitende, auch persönlich unangenehme und als riskant wahrgenommene Situationen in Kauf zu nehmen. Problematisch ist, dass das Ansprechen von Sicherheitsproblemen über die akute Situation hinaus noch sehr selten stattfindet. Der Wert von Speak Up wird noch nicht als Lern- oder Verbesserungschance über den Einzelfall hinaus gesehen. Mitarbeitende im Spital, gerade jene in weniger ranghohen Positionen, benötigen klare Signale der Führung, dass «Speak Up» gewünscht und erwartet ist. Da sich sicherheitsrelevante Situationen oft sehr schnell entwickeln und meist keine Zeit ist, sich erst dann die passenden Worte zu überlegen, kann es hilfreich sein, innerhalb einer Abteilung oder Praxis Formulierungen, Gesten und Signalwörter zu vereinbaren, die akzeptiert sind und von niemandem als verletzend oder angreifend verstanden werden. Nur wenn Fehler, Sicherheitsbedenken und riskante Verhaltensweisen in Teams offen und konsequent angesprochen werden, kann die Normalisierung von Regelverletzungen vermieden und können Verbesserungen für die Patientensicherheit erzielt werden.

SPEAK UP BEI SICHERHEITSBEDENKEN – WIE GEHT DIE MILITÄRLUFTFAHRT DAMIT UM?

**EIN GESPRÄCH MIT OBERSTLEUTNANT SCHNYDER,
BERUFSMILITÄRPILOT HELIKOPTER BEI DER
SCHWEIZER LUFTWAFFE UND CHEF FACHDIENST
FLUGSICHERHEIT AUSBILDUNG**

Speak Up und Militärluftfahrt: Woran denken Sie da zunächst?

Die Basis für Speak Up wird bei uns ab der ersten Flugstunde gelegt. Jede Flugstunde hat ein klares Schema, bestehend aus Briefing, Flug und Debriefing. Besonders wichtig für unsere Speak-up-Kultur ist sicherlich das Debriefing. Die Struktur des Debriefings ist klar vorgegeben und es nehmen alle Personen daran teil, die am Flug beteiligt waren. Unter anderem geht es immer um folgende Fragen: Was war gut? Wo gab es Fehler? Was sind die «Lessons Learned», die aus der Mission mitgenommen werden? Dieses Debriefing wird in der Ausbildung stark eingeübt. Dabei muss gelernt werden, ohne Angst auf Ursachensuche zu gehen. Durch diese Debriefing-Kultur ist ein Vertrauen da. Ich muss keine Angst haben, dass ich einen Rüffel bekomme, wenn ich etwas sage.

Hierarchie und Speak Up: ein Thema in der Luftfahrt?

Im Helikopter versuchen wir möglichst auf gleicher Ebene zu kommunizieren, die Hierarchie zu reduzieren. Aber natürlich gibt es Hierarchieunterschiede, z. B. zwischen Lademeister und Pilot. Die Hierarchie muss dann vom Piloten bewusst weggelassen werden. Der Kapitän muss ganz bewusst dazu einladen, dass die anderen etwas sagen, wie zum Beispiel: «Hör zu, Max. Wir fliegen heute zusammen. Mir ist es ganz wichtig, dass du mir sagst, wenn du das Gefühl hast, dass etwas ist. Auch wenn du den Eindruck hast, wir vorne haben es schon im Griff, bitte sag etwas. Vielleicht habe ich es nicht bemerkt.» Es muss immer etwas vom hierarchisch Höhergestellten ausgehen, um den anderen einzuladen, etwas zu sagen. Wir ermuntern immer: «Sag etwas, wenn etwas ist.» Im Cockpit ist das genau gleich. Nur weil wir beide im Cockpit sitzen, haben wir nicht automatisch dasselbe Level. Als ich zum Beispiel ein junger Leutnant war und mit einem Major geflogen bin, hatte ich sehr viel Respekt, obwohl ich genau wusste, ich kann immer etwas sagen. Wenn ich heute mit ehemaligen Flugschülern fliege, die jetzt Crewmitglied sind, versuche ich das bewusst anzusprechen. Auch das Debriefing ist sehr abhängig vom Ka-

pitän oder *mission leader*. Er bestimmt, wie konsequent das Debriefing gemacht wird, und ist beispielsweise dafür verantwortlich, dass jeder aufgefordert wird, etwas zu sagen.

Wie ist es, Personen aus anderen Teams anzusprechen?

Wir arbeiten oft mit externen Partnern zusammen und stellen dabei fest, dass wir es viel mehr gewohnt sind, Debriefings durchzuführen, als unsere externen Partner. Es macht einen Unterschied, ob man die anderen Personen kennt, mit denen man ein Debriefing macht, oder nicht (z. B. externe Partner). Kennt man die Personen, ist ein Vertrauen da. Man weiss, was man schon gemeinsam gemacht hat, dass man das Gesagte nicht persönlich nehmen muss. Da man weiss, dass man «aus dem gleichen Kuchen kommt», weiss man auch, dass man die Sachen gemeinsam bereden kann und keine Angst haben muss. Andererseits muss man das gegenseitige Kennen auch nicht überbewerten.

Kollegen ansprechen – wann und wie?

Ein wichtiges Thema, das wir in unserer Ausbildung weitergeben möchten und das wir versuchen zu leben, ist das Feedbackgeben: Wie gibt man Feedback und wie nimmt man Feedback entgegen? D. h., wie kann ich Feedback anbringen, ohne dass es für den anderen zur Blossstellung wird? Was wir in diesem Zusammenhang auch mitgeben, ist das Bauchgefühl als «red flag», d. h. als Signal, dass ich jetzt etwas ansprechen müsste. Ein solches Zeichen könnte sein, wenn ich merke, dass mir unwohl wird, oder wenn der Gedanke aufkommt: «Die werden es schon im Griff haben.» Ein Beispiel zum Feedbackgeben: Ich sitze mit einem erfahrenen Piloten im Cockpit. Das Wetter ändert sich. So langsam ist mir nicht mehr wohl. Aber der andere ist ja der Erfahrene, und ich denke, der hat das im Griff. Wie kann ich nun mein Feedback optimal an die Person herantragen? Das ist extrem schwierig. Es soll keine direkte Kritik sein, wie beispielsweise «Jetzt bist du zu weit gegangen.» Stattdessen könnte man das Gespräch langsam aufbauen und frühzeitig das Wetter zum Thema machen. Z. B. «Wie schätzt du das Wetter ein?». Es geht auch darum, Ich-Botschaften zu senden: «Mir ist nicht mehr so wohl. Meinst du, wir sollten die Geschwindigkeit reduzieren?»

Ich kenne selbst Situationen, in denen es schwierig ist, etwas zu sagen.

Oberstleutnant Christian Schnyder

Chef Fachdienst Flugsicherheit Ausbildung und Berufsmilitärpilot Helikopter, Schweizer Luftwaffe

Auch hier gilt wieder, dass ich als hierarchisch höherstehende Person die anderen auffordern muss, im Sinne einer offenen Feedbackkultur Feedback zu geben. Ich spreche dies beispielsweise so an: «Ich versuche das Beste zu geben, aber es gibt Dinge, die mir nicht auffallen, die ich nicht sehe. Bitte helft mir und sagt etwas, wenn euch etwas auffällt. Wir sind hier als Team unterwegs.» Ich habe auch schon erlebt, dass ich Feedback bekommen habe und das Feedback etwas in mir ausgelöst hat. Das ist ein komisches Gefühl und das beschäftigt. Das weiss auch die andere Person, die etwas sagt, und möchte das nicht auslösen. Das kann ein Grund sein, nichts zu sagen.

Kennen Sie es auch, dass man manchmal nichts sagt?

Mit den meisten Personen kann man gut reden und Feedback geben. Aber natürlich gibt es auch wenige einzelne Personen, mit denen es extrem schwierig ist, da sie das Feedback persönlich nehmen oder eine Verteidigungsrolle einnehmen. Man sagt lieber nichts, um keinen grossen Konflikt einzugehen. Wenn man nichts sagt, geht es häufig um das eigene Wohlbefinden. Wenn es um die eigene Sicherheit gehen würde, würde man sicherlich etwas sagen. Aber wenn man das Gefühl hat, dass ein bestimmtes Feedback beim Debriefing nur zu schlechter Stimmung führt und ansonsten nichts bewirkt, wird man nichts sagen. Die Wahrnehmung von Gefahr spielt eine wichtige Rolle, ob ich entscheide, etwas zu sagen oder nicht. Wenn ich beispielsweise eine Abweichung vom Standard bemerke, hängt die persönliche Einschätzung des Risikos stark von meiner eigenen Erfahrung ab. Wenn ich die Abweichung vom Standard als wenig riskant einschätze und lange nichts sage, dann trage ich irgendwann die Situation eigentlich mit und es wird immer schwieriger, später etwas zu sagen. In der Fliegerei hängt ein wichtiger Grund für Speak Up auch damit zusammen, dass es Situationen gibt, in denen mein eigenes Leben in Gefahr gerät. Da reagiert jeder sicherlich anders als in Situationen, die keine persönlichen Auswirkungen haben. In solchen Situationen wird die Versuchung grösser, nichts zu sagen.

Was braucht es, damit Speak Up gelingt?

Es fängt damit an, dass die hierarchisch höchste oder erfahrenste Person eine gute Atmosphäre schaffen muss, in der sich alle wohl fühlen. Diese Person muss sich bewusst sein, welche positiven und negativen Einflüsse von ihrem Tun ausgehen. In einer Atmosphäre von gegenseitigem Respekt und Vertrauen lässt sich leichter etwas sagen. Wichtig ist auch, dass die hierarchisch höchste Person das Speak Up in einer Situation initiiert. Wie zuvor schon angesprochen, fällt es oft leichter, etwas zu sagen, wenn man sich kennt und dadurch das gegenseitige Vertrauen grösser ist. Es kann jedoch auch ein Problem sein, wenn man sich zu gut kennt. Dann kann die Hemmschwelle,

etwas zu sagen, auch wieder steigen. Dies sollte dann bewusst angesprochen werden. Wichtig ist auch, dass das Thema in Diskussion bleibt, dass es Wiederholungen von Schulungen gibt und Speak Up so hoffentlich nachhaltig präsent bleibt. Hinweise wie beispielsweise «Achtet beim nächsten Einsatz wieder ganz explizit darauf» können auch ihren Beitrag in diese Richtung leisten.

Eine weitere Voraussetzung für gelingendes Speak Up ist sicherlich auch, dass «alle vom Gleichen reden müssen», d. h. alle ein ähnliches Verständnis davon haben sollten, warum und wie Speak Up gemacht, Feedback gegeben wird. Die Mitarbeitenden müssen auch wissen, dass das System hinter ihnen steht, wenn sie Speak Up machen. Ein Commitment für Speak Up muss top-down vorhanden sein. Dies kann beispielsweise durch eine «Safety Policy» ausgedrückt werden, die signalisiert, dass Speak Up ein langfristiges und unterstütztes Ziel ist. Für unsere Organisation sind beispielsweise folgende Aspekte zentral: Wir sind eine lernende Organisation. Man kann immer noch etwas besser machen und lernen. Wir sind eine High-Risk-Organisation. Da passieren Fehler und aus diesen Fehlern müssen wir lernen. Wenn ein Fehler gemacht wird, wird nicht bestraft.

Aus unserer Sicht ist es zudem wichtig, das mittlere Kader einzubeziehen und darauf hinzuwirken, dass Speak Up dort gelebt und getragen wird. Denn diese Personen sind die zentralen Multiplikatoren. Sie können alles weitertragen und ihre Frontend-Mitarbeitenden unterstützen. Umgekehrt können sie aufgrund ihrer Rolle und Position vieles verhindern.

Teil II

Speak up

Speak Up – aber wie?

- 4 BEVOR SIE WEITERLESEN
- 5 EINE GUTE BASIS SCHAFFEN
- 6 WENNS DRAUF ANKOMMT:
SPEAK UP IN DER KONKRETEN SITUATION
- 7 ETWAS SAGEN, AUCH IM NACHHINEIN
- 8 DAMIT KÖNNTEN SIE MORGEN BEGINNEN

SPEAK UP – ABER WIE?

In der konkreten Situation ist es nicht immer einfach, bei Zweifeln nachzufragen, Bedenken zu äussern oder Ideen einzubringen, selbst wenn das Risiko für den betroffenen Patienten klar ersichtlich ist. Diese Erfahrung teilen Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner in gleicher Weise wie Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende mit langjähriger Berufserfahrung ebenso wie junge Kolleginnen und Kollegen. Die jeweiligen Gründe, weshalb es oft schwierig ist, andere anzusprechen, sind dabei vielfältig.

Wie die vorausgegangenen Kapitel zeigen, bestehen auf ganz unterschiedlichen Ebenen Barrieren ebenso wie unterstützende Faktoren für Speak Up. Individuelle Faktoren, Teamfaktoren, der situative Kontext sowie Aspekte auf Ebene der Organisation nehmen Einfluss darauf, ob Sicherheitsbedenken angesprochen werden oder eben nicht.

In diesem zweiten Teil möchten wir nun ergänzend zu den in Kapitel 1 vorgestellten «Hilfen für Speak Up» weitere und möglichst konkrete Vorschläge, Hinweise und Ideen präsentieren, wie Speak Up im Alltag aussehen und wo-

durch es unterstützt werden kann. Die Grundlage bilden Erfahrungen, Studien, Beispiele aus der grauen Literatur und Gespräche mit Fachpersonen.

Es handelt sich hierbei weder um ein vollumfängliches Kompendium noch um ein allgemeingültiges und für alle Situationen und Organisationen in gleicher Weise anwendbares Gesamtkonzept. Nicht alle Aspekte werden für jeden Leser und jede Leserin gleich zutreffend oder umsetzbar sein.

Wir präsentieren vielmehr eine Zusammenstellung von Möglichkeiten und Hinweisen, die – im Sinne eines Baukastens – von Einzelnen oder im Team, von den Mitarbeitenden am Patientenbett oder auf der Leitungsebene einzeln oder als Bündel aufgegriffen werden können.

Die Inhalte des zweiten Teils machen deutlich, dass Mitarbeitende in Gesundheitsbetrieben an verschiedenen Stellen, zu verschiedenen Zeiten und auf sehr unterschiedliche Art und Weise einen Beitrag leisten können, für eine Stärkung der Patientensicherheit durch Speaking Up.

Nie werde ich den Tag vergessen, an dem ich während meines Praktikums in Kinderchirurgie meinem Chef für eine Orchidopexie assistierte. Ich hatte diese Operation schon über ein Dutzend Mal mitgemacht, aber an diesem Tag war alles etwas anders. Irgendwie hatte ich das Gefühl, mein Chef sei nicht richtig bei der Sache; vielleicht studierte er während der Präparation des Samenstranges an etwas anderem herum. Jedenfalls sah ich, wie das Gewebe immer mehr ausgedünnt wurde, so sehr, wie ich es noch nie zuvor erlebt hatte. Es kam mir seltsam vor, aber ich blieb schweigsam. Und dann plötzlich dieser schreckliche Moment, wo der Samenstrang durchgeschnitten war und der Hoden abgetrennt in der Hand des Operators lag ...

Ich erinnere mich noch genau, wie unglücklich ich mich damals gefühlt hatte, und genau genommen fühle ich das auch heute nach all den Jahren noch genauso. Ich hatte ja das Unglück während mehrerer Minuten kommen sehen, aber ich war zu scheu, zu respektvoll, zu ängstlich oder was immer gewesen, meine Beobachtung anzumelden. Hätte ich etwas gesagt, hätte diese Tragödie für den kleinen Jungen und seine Familie, aber auch die schlimme Situation für meinen Chef vermieden werden können. Aber ich hatte mich nicht getraut, etwas zu sagen! Heute bin ich überzeugt, dass ich damals meine Bedenken geäussert hätte, wenn ich aktiv aufgefordert worden wäre, es zu tun. Oder vielmehr: Wenn ich gespürt hätte, dass eine Kultur herrscht, die auch mir als jungem Praktikanten das Recht gibt, einen «Marschhalt» zu verlangen, wäre dieser Zwischenfall vermieden worden.

Dr. med. Claude Oppikofer
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie FMH, Montreux

BEVOR SIE WEITERLESEN ...

... MÖCHTEN WIR SIE EINLADEN, SICH FÜR ZWEI FRAGEN ZEIT ZU NEHMEN.

4.1 BEI SICHERHEITSBEDENKEN UND ZWEIFELN HÄUFIGER DIE KOLLEGEN ANSPRECHEN – SIND SIE DA EHER SKEPTISCH?

Wenn es um das Thema Speak Up geht, werden immer wieder ähnliche Einwände geäussert. Zum Beispiel: «Dann sind wir doch nur noch am Diskutieren ...» oder «Wenn schon Speak Up, dann aber nur, wenn für die Patienten wirklich ein Risiko besteht». Solche skeptischen Einwände sind gut nachvollziehbar. Und vielleicht gehen Ihnen diese oder ähnliche Gedanken auch durch den Kopf.

Auf verschiedene Einwände, die uns in Gesprächen mit Fachpersonen in Gesundheitseinrichtungen begegnet sind, möchten wir an dieser Stelle eingehen und unsere Antworten auf diese Bedenken geben.

«Dann sind wir doch nur noch am Diskutieren und kommen nicht mehr zu unserer Arbeit.»

- Wir wissen, dass Fachpersonen in der Gesundheitsversorgung unter grossem Zeitdruck arbeiten und es keine Zeit für lange Debatten gibt. Aber: Speak Up ist i. d. R. kurz. Einem Kollegen das Desinfektionsmittel zu reichen, ist in Sekunden passiert. Eine wichtige Nachfrage zu stellen und zu beantworten, dauert vielleicht eine Minute. Auch wenn mehr Zeit erforderlich ist, so sind diese Minuten sehr gut investiert, wenn dadurch ein Patient vor Schaden bewahrt werden kann. Und: Fehler im Nachhinein zu korrigieren oder entstandene Probleme zu lösen, nimmt möglicherweise sehr viel mehr Zeit in Anspruch.

«So laufen wir Gefahr, dass alles hinterfragt wird und gerechtfertigt werden muss.»

- Speak Up bezieht sich auf Momente, in denen die Patientensicherheit konkret gefährdet ist, z. B. weil Sicherheitsregeln übergangen werden. Speak Up bedeutet nicht, dass jedes Vorgehen, jeder Ablauf, jede Anweisung prinzipiell in Frage gestellt wird oder begründet werden muss. Kommt es zu einer solchen Situation, dass alles in Frage gestellt wird, besteht offensichtlich grosse Unsicherheit über die geltenden Regeln und Standards, die einer Klärung bedarf.

«Leichter gesagt als getan.»

- Das stimmt. Aus diesem Grund haben wir in diesem zweiten Teil des Bandes Möglichkeiten und Ideen zusammengestellt, wie im Alltag Speak Up gemacht und unterstützt werden kann. Zudem möchten wir Sie ermutigen, es einfach auszuprobieren. Denn ebenso wie in anderen Lebensbereichen gilt auch hier: «Übung macht den Meister.»

«Ich bin nicht sicher, ob die anderen, z. B. unsere Chefs, das gut fänden.»

- Hierauf möchten wir mit einer Gegenfrage antworten: Wie häufig hatten Sie tatsächlich Probleme mit Kollegen oder Vorgesetzten, wenn Sie Ihre Bedenken angesprochen haben? Gab es nicht überwiegend Situationen, in denen die anderen konstruktiv reagiert haben? So zumindest ist die Erfahrung der Interviewpartner aus unserer Studie (vgl. Kapitel 2).

«Wenn schon Speak Up, dann sollten wir die Kollegen aber nur ansprechen, wenn für die Patienten wirklich ein Risiko besteht.»

- Diese Frage basiert auf der Annahme, dass wir immer einschätzen können, ob und welches Risiko für Patienten aus einer unsicheren Handlung resultiert. Diese Annahme kann kritisch hinterfragt werden. Ist dies wirklich immer möglich? Können wir innerhalb von Sekunden überblicken, ob beispielsweise eine übergangene Sicherheitsmassnahme für den Patienten auch mittelbar folgenlos bleibt? Und ist es somit angemessen, die Entscheidung für oder gegen das Ansprechen von Zweifeln und Bedenken auf eine solche sekundenschnelle Risikoeinschätzung abzustützen?

«Wären technische Lösungen nicht besser, als sich auf Speak Up durch Menschen zu verlassen?»

- Selbstverständlich sind gute technische Sicherheitsbarrieren sehr wirkungsvoll und können bestimmte Fehler möglicherweise vollständig ausschliessen, z. B. ein Medikamentenschrank, der die Ausgabe der Medikamente nur gemäss elektronischer Verordnung zulässt. Allerdings können solche technischen Lösungen nicht für alle Sicherheitsprobleme implementiert und riskantes Verhalten somit nicht flächendeckend technisch abgewendet werden. Auch gibt es technische Lösungen, die durch Tricks und Kniffe umgangen werden können. Speak Up bei Zweifeln und Sicherheitsbedenken bleibt deshalb eine wichtige Sicherheitsmassnahme, um Risiken für Patienten zu reduzieren.

4.2 UND WIE SCHÄTZEN SIE PERSÖNLICH IHR SPEAK-UP-VERHALTEN BZW. DAS VERHALTEN IN IHREM TEAM ODER AUF IHRER ABTEILUNG EIN?

	Wie lauten Ihre Antworten auf folgende Fragen?	Mögliche Antworten
A	Kommt es manchmal vor, dass Sie riskantes Verhalten, problematische Entscheidungen oder die Verletzung von Sicherheitsregeln beobachten, aber Bedenken gegenüber dem Kollegen oder der Kollegin nicht ansprechen?	«Das kenne ich. Immer wieder sage ich nichts. Beispielsweise wenn der Patient dabei ist. Oder wenn ich das Gefühl habe, dass es sich nicht lohnt, wegen dieser Sache schlechte Stimmung zu riskieren.»
B	<p>Frage an Ärztinnen und Ärzte mit Führungsverantwortung: Werden Sie von Ihren Kollegen angesprochen, wenn diese das Gefühl haben, dass Ihr Verhalten oder Ihre Entscheidungen die Sicherheit eines Patienten oder einer Patientin gefährden?</p> <p><i>Gedankenexperiment:</i> Was würde wohl geschehen, wenn Sie bei der Visite die Wunde eines frisch operierten Patienten untersuchen möchten, aber keine Handschuhe tragen und vergessen würden, am Bett die Hände zu desinfizieren? Würde jemand aus der Runde Sie rechtzeitig darauf ansprechen?</p> <p>Frage an sehr erfahrene oder leitende Pflegefachpersonen: Sagen Ihre Kolleginnen und Kollegen auf der Station etwas zu Ihnen, wenn sie bei Ihnen etwas beobachten, das die Patientensicherheit gefährdet?</p> <p><i>Gedankenexperiment:</i> Was würde geschehen, wenn Sie ohne Mundschutz ins Zimmer eines isolierten Patienten mit Verdacht auf Norovirus gehen würden, um rasch etwas mit ihm zu besprechen? Würden Ihre Kolleginnen und Kollegen Sie darauf ansprechen, wenn sie dies beobachten würden?</p>	«Ehrlich gesagt bin ich mir nicht sicher, ob die anderen etwas zu mir sagen würden.»
C	Wählen Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen auch manchmal Umwege, um Sicherheitsbedenken oder Zweifel zu äussern, anstatt diese direkt anzusprechen? Z. B. «verpacken» Sie auf der Abteilung/Station manchmal Sicherheitsbedenken als CIRS-Meldung?	«Es gibt immer wieder Meldungen, die nicht ins CIRS gehören, da sie eigentlich Hinweise an eine einzelne Person sind.»

> Diese oder ähnliche Antworten weisen darauf hin, dass Speak Up als Sicherheitsressource noch besser ausgeschöpft werden könnte.

EINE GUTE BASIS SCHAFFEN

VERSCHIEDENE ASPEKTE TRAGEN DAZU BEI, DASS IN EINER ORGANISATION ODER EINEM TEAM EINE GUTE BASIS FÜR DAS OFFENE ANSPRECHEN VON ZWEIFELN UND DAS NACHFRAGEN BEI SICHERHEITSBEDENKEN BESTEHT. DIESE BILDEN GEWISSERMASSEN EINEN ALLGEMEINEN RAHMEN FÜR SPEAK UP IN EINEM SPITAL. NEBEN EINER GENERELL HOHEN PRIORITÄT FÜR DIE PATIENTENSICHERHEIT ZÄHLEN HIERZU:

- ein allgemeines Verständnis im Betrieb, dass Speak Up wichtig und gewollt ist
- die gemeinsame Vorstellung im Team oder der Abteilung, wann und wie man sich gegenseitig bei Zweifeln und Bedenken ansprechen soll
- sich sicher fühlen, im Sinne von psychologischer Sicherheit Bedenken offen anzusprechen
- gute Vorbilder haben
- motiviert und befähigt sein für Speak Up

5.1 ALLGEMEINES VERSTÄNDNIS IM BETRIEB: SPEAK UP IST WICHTIG UND GEWOLLT

Um die Mitarbeitenden in den Spitälern zu ermutigen, Zweifel und Bedenken in Bezug auf die Patientensicherheit offen anzusprechen, sollten möglichst viele Personen und Ebenen in der Organisation hinter diesem Verhalten stehen und dies zum Ausdruck bringen. D. h., es sollte ein gemeinsames Verständnis im Betrieb vorherrschen, dass und weshalb es wichtig und richtig ist, Bedenken und Zweifel offen anzusprechen (99). Speak Up sollte in einer Organisation als eine gute Möglichkeit zu lernen verstanden werden und nicht als Ausdruck von Kritik oder Beschwerde (5). Hat sich ein solches Verständnis breit etabliert und werden positive Erfahrungen mit dem Ansprechen und Nachfragen bei Bedenken oder dem Einbringen von Ideen gemacht, kann über die Zeit eine Speak-up-Kultur in der Organisation erwachsen, die ihren Ausdruck dann im konkreten Speak-up-Verhalten vor Ort auf den Abteilungen und Stationen findet.

Umgekehrt birgt Schweigen bei unsicheren Handlungen die Gefahr, dass Regelabweichungen und Nichteinhalten von Sicherheitsstandards über die Zeit toleriert und zur Normalität werden (*normalization of deviance*) (100; 101). Oder, falls häufiger die Erfahrung gemacht wird, dass Speak Up keine Veränderung in der Situation bewirkt, ist Resignation und künftig häufigeres Schweigen die Folge (vgl. Kapitel 2).

Verschiedene Wege und Mittel auf unterschiedlichen Organisationsebenen sind denkbar, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen und dem Thema im Betrieb Gewicht zu verleihen:

- **Kampagne:** Mit Hilfe von Postern, Veranstaltungen, Informationen im Intranet oder Beiträgen im Spitalmagazin wird die Relevanz von Speak Up im eigenen Haus sichtbar gemacht. Neben der Bedeutung von Speak Up als Sicherheitsressource generell, kann in einer Kampagne thematisiert werden, welche kurzfristigen Kosten (z. B. Überwindung, verärgertes Kollege) welchem langfristigen Nutzen (z. B. Risikominimierung für betroffene Patienten, Lernpotenzial für künftige Situationen) gegenüberstehen. Auch ist es möglich, persönliche Erfahrungen von Kolleginnen und Kollegen aus dem Spital zu präsentieren (z. B. schildert ein Arzt einen konkreten Fall, wie durch Speak Up einer Kollegin aus der Pflege Schaden von einem Patienten abgewendet werden konnte).
- **Unternehmensstrategie:** Dem Thema Speak Up wird durch eine Aufnahme in die Unternehmensstrategie oder die Unternehmenshandbücher besonderes Gewicht verliehen. Verschiedene Massnahmen im Betrieb (z. B. eine Kampagne oder ein neues Weiterbildungsangebot) können aus einer solchen Verankerung des Themas resultieren. Ein Beispiel für ein Policy Statement eines US-amerikanischen Krankenhauses: «Any red flag, or potentially unsafe or non-

Wir engagieren uns seit Langem dafür, die Mitarbeitenden zu ermutigen, unerwünschte Ereignisse im CIRS zu melden. Dies hat eine Änderung der Kultur in Gang gesetzt. Die Institution ist nun bereit, in eine nächste Phase überzugehen. Wir möchten die Mitarbeitenden dazu ermutigen, sich zu äussern, wenn die Sicherheit der Patienten real oder potenziell gefährdet ist, damit dem Auftreten unerwünschter oder kritischer Ereignisse vorgebeugt werden kann.

Prof. Dr. med. Jean-Blaise Wasserfallen
 Ärztlicher Direktor, CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

standard situations shall be brought to the attention of the team and team leader in a respectful, but assertive manner» (102). In einer Unternehmensstrategie kann zudem der Schutz der Mitarbeitenden ausgedrückt werden, die Speak Up machen.

- **Meinungsbildner/-macher:** Zentrale Personen, die von vielen Mitarbeitenden im Spital geachtet und respektiert sind, fungieren als Meinungsbildner/-macher und vertreten das Thema in verschiedenen Kontexten (z. B. Weiterbildungen, Veranstaltungen, schriftliche Beiträge).
- **Information neuer Mitarbeitender:** Bei der Einführung neuer Mitarbeitender wird neben den übrigen Grundsätzen im Betrieb auch die Bedeutung von Speak Up im Spital dargelegt, sodass neue Kolleginnen und Kollegen von Anfang an auf das Thema aufmerksam gemacht werden und wissen, dass es im Spital generell erwünscht ist, Sicherheitsbedenken offen anzusprechen.
- **Mitarbeiterbefragung zum Speak-up-Klima:** Im Rahmen einer Befragung im Betrieb können auch verschiedene Fragen zum Thema Speak Up aufgenommen werden (103). Eine solche Befragung ermöglicht einerseits eine Bestandsaufnahme zur Situation. Beispielsweise kann erhoben werden, wie sehr sich die Mitarbeitenden ermutigt oder sicher fühlen, ihre Bedenken offen zu äussern. Wird eine solche Befragung mehrmals durchgeführt, kann sie als Monitoring des Speak-up-Klimas im Betrieb dienen und Veränderungen im Laufe der Zeit oder im Kontext durchgeführter Massnahmen aufzeigen. Andererseits macht eine Befragung deutlich, dass Speak Up eine hohe Bedeutung in der Organisation hat, und stellt zugleich eine erste Intervention im Sinne einer Sensibilisierung für das Thema bei den Mitarbeitenden dar.

5.2 EINE GEMEINSAME VORSTELLUNG VON SPEAK UP IM TEAM

Speak Up fällt leichter und läuft unkomplizierter ab, wenn die Beteiligten auf Grundlage gemeinsamen Wissens und gleicher Annahmen agieren, d. h., wenn im Team ein gemeinsames Verständnis darüber besteht, wie und wann Sicherheitsbedenken oder Zweifel angesprochen werden sollen (104). Ein solches gemeinsames Verständnis von einer Situation oder Aufgabe wird auch als «Team Mental Model» oder «Shared Mental Model» (105) bezeichnet. Für die Entwicklung von Team Mental Models ist der Austausch unter den Teammitgliedern zum entsprechenden Thema von zentraler Bedeutung.

Für die Förderung von Speak Up bedeutet dies, dass Mitarbeitende auf Stationen oder Abteilungen sich beispielsweise darüber verständigen, in welcher Weise und in welchen Situationen es angemessen und angebracht ist, Bedenken anzusprechen, oder wann es vielleicht auch unangemessen wäre und besser erst im Nachhinein erfolgen sollte (104) (vgl. hierzu auch Kapitel 6 und 7).

Bestehen in einem Team solche Verabredungen, so ist es für alle einfacher zu erkennen, wann und mit welchem Ziel eine bestimmte Kommunikationsstrategie zum Einsatz kommt (6), wie beispielsweise die in Kapitel 6 beschriebenen Techniken. Damit verbunden ist auch das gemeinsame Wissen, dass in einer Speak-up-Situation das Patientenwohl im Zentrum steht. Und dass es nicht darum geht, den gegenseitigen Respekt und das Vertrauen in die Arbeit des anderen in Frage zu stellen oder Kritik zu äussern, auch wenn eine Frage gestellt oder ein Hinweis gegeben wird. Ein gemeinsames Verständnis, wie und wann Speak Up gemacht werden soll, kann innerhalb eines kleineren Kreises entwickelt werden, wie im Pflorgeteam einer Abteilung.

- **Beispiel:** Das Pflorgeteam bespricht eine bestimmte Formulierung. Diese soll immer dann benutzt werden, wenn in einer Speak-up-Situation ein Patient oder Angehörige anwesend sind und die beteiligten Kolleginnen und Kollegen möglichst unauffällig zu einem kurzen Gespräch abseits des Patientenbettes aufgefordert werden sollen.

Aber auch grössere Personenkreise sollten gemeinsame Vorstellungen vom gewünschten Speak-up-Verhalten haben, insbesondere wenn sie regelmässig zusammenarbeiten.

- **Beispiel:** Mangelnde Händehygiene ist immer wieder ein Thema bei den Visiten. Die Stationsleitung Pflege hat deshalb das Gespräch mit dem leitenden Arzt gesucht. Gemeinsam entscheiden sie, dass Pflegenden zukünftig den Ärzten unaufgefordert ein Desinfektionsmittel reichen sollen, falls die Händedesinfektion z. B. vor einer Wunduntersuchung vergessen wird. Damit diese Absprache für eine Speak-up-Geste umgesetzt werden und reibungslos funktionieren kann, müssen alle – Pflegenden und Ärztinnen und Ärzte – darüber im Bilde sein.

Bei einem gemeinsamen Gespräch über die relevanten Speak-up-Situationen und das erwünschte Speak-up-Verhalten werden i. d. R. bestehende Unklarheiten oder Unsicherheit in Bezug auf Regeln und Standards oder unterschiedliche Einschätzungen davon, was eine unsichere Praxis ist, sehr schnell deutlich. Auch wird sichtbar, falls unterschiedliche Auffassungen oder abweichendes Wissen zu bestimmten Abläufen oder Vorgehensweisen vorherrschen. Je unsicherer und unklarer die Standards für bestimmte Situationen und Abläufe sind, desto schwieriger wird es für die Mitarbeitenden, ihre Sicherheitsbedenken anzusprechen. Eine Klärung gegebenenfalls bestehender Unklarheiten ist dementsprechend ein wichtiger Beitrag für ein gemeinsames Verständnis und für mehr Speak Up im Team.

- **Beispiel:** Besteht eine klinikinterne Weisung, dass telefonische Verordnungen nicht mehr zulässig sind, fällt es einer Pflegefachfrau leichter, einen Chefarzt um eine schriftliche Verordnung zu bitten. Ohne einen solchen Standard ist dies je nach Situation schwieriger.

5.3 ERMUTIGEN, BEKRÄFTIGEN UND RÜCKENDECKUNG GEBEN

Studien zeigen, dass Mitarbeitende, die ein Gefühl von psychologischer Sicherheit an ihrem Arbeitsplatz erleben, eher Sicherheitsbedenken ansprechen (14; 98; 106) (vgl. Kapitel 1.3). Psychologische Sicherheit («psychological safety») bedeutet, dass sich die Mitarbeitenden in ihrer Umgebung sicher fühlen, Bedenken anzusprechen oder Fehler zuzugeben, ohne Angst vor Bestrafung oder anderen negativen Reaktionen zu haben (z. B. lächerlich gemacht oder zurückgewiesen zu werden) (32).

Dieses Gefühl der Sicherheit entsteht beispielsweise dadurch, dass Führungspersonen zeigen, wie wichtig ihnen die Hinweise der Mitarbeitenden sind und dass keine negativen Folgen aus diesen resultieren (107). Auch die Bekräftigung, dass Speak Up erwünscht ist, oder die Rückendeckung durch Vorgesetzte in schwierigen Speak-up-Situationen unterstützt Mitarbeitende darin, Sicherheitsbedenken offen anzusprechen (30; 108).

Doch wie kann dies im Alltag geschehen? Die nachfolgenden Beispiele zeigen Möglichkeiten auf.

- Beispiel: Riskante Situation, in der es auf Speak Up in der Situation ankommt
Der Operateur fordert sein Team zu Beginn der OP auf, ihn auf kritische Situationen/Risiken aufmerksam zu machen: «Ihr wisst es, aber dennoch: Ich bin froh, wenn ihr mir sagt, wenn etwas nicht gut ist. Es kann jedem passieren, dass man etwas nicht bemerkt. Bitte sagt Bescheid.»
- Beispiel: Neue Kollegen, Vertretung oder Konsiliardienst
Ein Springer kommt auf die Station und sagt gleich zu Beginn: «Ich bin neu hier, kenne nicht alle Regeln/Gepflogenheiten hier auf der Station (z. B. in welchen Situationen ihr hier eine Maske anzieht). Bitte macht mich darauf aufmerksam, wenn ich etwas nicht beachte oder wenn euch sonst etwas auffällt.»

- Beispiel: Rückendeckung durch Vorgesetzte
Ein Chefarzt zum Pflgeeteam in einem Kinderspital: «Ich weiss, manchmal gibt es schwierige Situationen, wenn ihr einen Konsiliararzt auf unsere Hygieneregeln bei isolierten Patienten hinweist. Bitte sagt mir Bescheid, wenn ich euch unterstützen kann, um den Kollegen darauf aufmerksam zu machen.»

Eine Stationsleitung zu ihrem Team: «Ich weiss, dass es nicht einfach ist, sich auf die ständig wechselnden Rotationsassistenten einzustellen. Gerade wenn man jemanden noch nicht gut kennt, möchte man durch das Ansprechen von Sicherheitsbedenken die Beziehung zu neuen Kollegen nicht strapazieren. Es ist aber dennoch wichtig, dass ihr das macht. Wenn es irgendwo schwierig wird, sagt bitte Bescheid. Dann kann auch ich mit dem neuen Assistenten sprechen.»

- Beispiel: Hinweise im Team (z. B. Rapport, Teamsitzung, Übergabe)
Die Chefarztin wendet sich zu Beginn der interprofessionellen Fallbesprechung an die Teilnehmenden aus Ärzteschaft, Pflege und Therapie: «Mir ist es wichtig, dass wir uns alle zu Wort melden, wenn es Bedenken hinsichtlich einer Entscheidung für das weitere Vorgehen gibt. Wir sind auf den Input aller angewiesen und ich bin dankbar, wenn es auch Hinweise aus der Pflege, von Assistenzärzten und Therapeuten gibt.»

Die Stationsleitung in der Teamsitzung: «Vergangene Woche hatten wir die Situation, dass eine sturzgefährdete Patientin zurück ins Bett gebracht wurde. Die Kollegin ging aus dem Zimmer, ohne die Sensormatte anzuschliessen. Eine andere Kollegin war auch im Zimmer und hat das bemerkt. Sie hat die Matte angeschlossen und ihre Kollegin darauf aufmerksam gemacht. Es ist wirklich wichtig, dass wir uns gegenseitig sagen, wenn etwas nicht gut läuft. Jeder kann mal etwas vergessen. Aber deshalb ist es umso wichtiger, dass wir miteinander sprechen, wenn etwas nicht so läuft, wie es dies sollte. Ein Sturz dieser Patientin hätte für sie schwierige Folgen haben können.»

Für Assistenzärzte ist es oft schwierig, sich gegenüber übergeordneten Personen anderer Bereiche oder anderer Berufsgruppen durchzusetzen. In diesen Situationen ist es hilfreich, wenn wir ihnen im Vorfeld zu verstehen geben, dass sie sich immer an ihren direkten Vorgesetzten wenden können. Wir müssen unseren Assistenzärzten in schwierigen Situationen den Rücken stärken und unsere Verantwortung als Vorgesetzte wahrnehmen.

Dr. med. Agnes Genewein

Oberärztin Neonatologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel

5.4 POSITIVE VORBILDER

Die Prägung und Sozialisation im Beruf, beispielsweise von Auszubildenden in einem Betrieb, erfolgt häufig non-verbal, durch Beobachten, Imitieren und Üben. Durch Rollenmodelle und gemeinsames Tun wird implizites Wissen zu Gewohnheiten, Verhaltensweisen, Normen und Regeln an einem Arbeitsplatz vermittelt (109; 110). Die Bedeutung von Rollenmodellen ist auch im Bereich der Gesundheitsberufe bekannt. So bewirkt beispielsweise ein Chefarzt, der sich bei der Visite vor dem Patientenzimmer die Hände desinfiziert, dass die anderen Ärzte der Visite es ihm gleichtun oder auch umgekehrt (111).

Ein Beispiel, wie Vorbilder Einfluss auf Speak-up-Verhalten haben können, ist in folgendem Experiment beschrieben, das mit Passanten in einer Warteschlange vor einem Kino durchgeführt wurde (112):

Durchgang 1 (kein Vorbild)

Ein Student wird gebeten, sich in die Warteschlange zu drängeln.

Ergebnis: Niemand aus der Warteschlange sagt etwas.

Durchgang 2 (negatives Vorbild)

Ein Student drängelt sich vor einer verbündeten Person in die Warteschlange. Diese wird ärgerlich und sagt: «He, hör auf zu drängeln!» Der drängelnde Student reiht sich daraufhin am Ende der Warteschlange ein. Nach einer Minute kommt ein zweiter Student und drängelt sich ebenfalls in die Reihe.

Ergebnis: Niemand sagt etwas, obwohl die Wartenden eine andere Person beim Speak Up beobachtet hatten.

Durchgang 3 (positives Vorbild)

Wieder drängeln sich Studenten in die Warteschlange. Eine verbündete Person reagiert auf diplomatische Art und Weise und sagt: «Entschuldigen Sie bitte. Vielleicht haben Sie es nicht bemerkt. Wir warten hier in der Schlange bereits seit 15 Minuten.» Daraufhin entschuldigt sich der Drängler und geht ans Ende der Schlange. Eine Minute später drängelt sich wieder jemand ganz nahe bei den Leuten in die Schlange, die das positive Rollenmodell beobachtet haben.

Ergebnis: Mehr als 80 % der Personen aus der Warteschlange, die die wirkungsvolle und positive Speak-up-Kommunikation beobachtet haben, sagen etwas und nutzen hierbei die Formulierungen, die sie vom Vorbild gehört hatten.

Für das Etablieren von Speak Up im Spital lassen sich aus diesem Experiment folgende Schlüsse ziehen: Positive Rollenmodelle stellen eine Möglichkeit dar, neues Verhalten zu erlernen (vgl. auch Studie zu Händehygiene). Werden Beispiele für gutes und erfolgreiches Speak-up-Verhalten im Alltag beobachtet (z. B. gute Formulierungen oder nützliche Gesten im Rahmen einer Visite oder eines Rapports), kann dies dazu beitragen, dass Mitarbeitende in einer anderen Situation ihre Bedenken oder Zweifel in dieser oder in ähnlicher Weise äussern. Sind es zudem Leitungspersonen, die als Rollenmodelle in Erscheinung treten, unterstreichen sie nicht nur in Worten, sondern auch Taten, welche Bedeutung Speak Up für sie hat.

Hierzu müssen jedoch gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen können nur gute Formulierungen bzw. konstruktive Verhaltensweisen als positive Vorbilder dienen. Zum anderen muss es die Gelegenheit geben, andere beim Ansprechen von Sicherheitsbedenken mitzuerleben, d. h., Vorbilder können nur in Situationen beobachtet werden, in denen mehrere Personen anwesend sind.

Vorbilder können jedoch auch in weniger positiver Weise Wirkung zeigen. Werden Sicherheitsrisiken beispielsweise regelmässig nicht angesprochen und wird somit Schweigen als Reaktion auf riskantes Verhalten beobachtet, kann auch dieses Verhalten übernommen werden, was über längere Zeit und bei entsprechendem Organisationsklima zu einer Art kollektivem Schweigen (*organizational silence*) (113) führen kann.

Herrscht in einer Organisation ein Klima des Schweigens als Reaktion auf riskante Verhaltensweisen oder Regelverletzungen, so werden diese in gewisser Weise geduldet. Im Laufe der Zeit kann eine Gewöhnung an diese Abweichungen von der sicheren Praxis eintreten, im Sinne einer Normalisierung von Abweichungen (*normalization of deviance*) (100; 114). Ein regelwidriger Standard kann sich etablieren. Eine Kultur von Speaking Up hingegen, unterstützt und repräsentiert durch positive Rollenmodelle, kann einer solchen Entwicklung entgegenwirken.

5.0

5.5 MOTIVIEREN UND BEFÄHIGEN

Zwei Dimensionen sind relevant, wenn es darum geht, Speak Up im Arbeitsalltag zu fördern. So sollten einerseits die Motivation für Speak Up erhöht und andererseits die notwendigen Fähigkeiten («skills») gestärkt werden (11; 99; 115).

Motivation für Speak Up kann u. a. durch Erfahrungsberichte von Kollegen aus dem Team oder Spital erwachsen. Beispielsweise der Bericht, wie ein Patient durch das offene Ansprechen von Bedenken vor einem Schaden bewahrt wurde. Oder eine Schilderung, wie trotz anfänglicher Zweifel eine Speak-up-Situation gut gelungen ist. Aber auch die Unterstützung durch Leitung und Vorgesetzte im Alltag und eine positive Verstärkung von konkretem Speak-up-Verhalten wirkt motivierend, ebenso wie positive Rollenmodelle.

Weiterbildungen, Workshops oder Trainings dienen dazu, Wissen zu vermitteln und die notwendigen Fähigkeiten zu stärken, die es braucht, um im Alltag Sicherheitsbedenken anzusprechen oder auf riskantes Verhalten aufmerksam zu machen. Im Rahmen von Weiterbildungen und Workshops können bestimmte Verhaltensweisen thematisiert und geübt oder auch konkrete Absprachen in Teams getroffen werden (z. B. Kommunikationsstrategien und Verabredung von Codewörtern, Training von sog. Concern Statements; siehe hierzu Kapitel 6). Hier gilt jedoch, was auch für andere Lernkontexte zutrifft. Das rein kommunikative Vermitteln von Wissen und Informationen ist eine andere Art zu lernen, als bestimmte Verhaltensweisen selbst auszuprobieren und zu üben.

Weiterbildungen können betriebsweit angeboten werden oder für konkrete Teams, für verschiedene Berufs- oder Funktionsgruppen gemeinsam oder getrennt. Die verschiedenen Formen bieten je unterschiedliche Vorzüge. Beispielsweise kann in einer Weiterbildung für Leitungspersonen ein Schwerpunkt darauf gelegt werden, welchen Beitrag sie für die psychologische Sicherheit ihrer Mitarbeitenden leisten oder wie Leitungspersonen als positive Rollenmodelle die Speak-up-Kultur in ihrem Bereich stärken können.

Workshops oder Weiterbildungen im (interdisziplinären) Team bieten einen besonderen Mehrwert, auch wenn es nicht einfach oder vielleicht sogar unmöglich ist, Teams möglichst personenstark für Weiterbildungen zu versammeln: Sie ermöglichen es, ein gemeinsames Bild von Speak Up zu entwickeln und sich über bestimmte Abmachungen zum künftigen Speak-up-Verhalten auf der Station oder Abteilung zu verständigen.

Neulich bei der Antrittskontrolle habe ich festgestellt, dass die 24-Stunden-Chemotherapie nicht lief, sondern nur die Spüllösung. Im Stationsbüro sprach ich meine Arbeitskollegin an, ob dies einen Grund hat. Gemeinsam kontrollierten wir im Zimmer die Infusionen. Dabei stellten wir fest, dass die Klemme zur Chemotherapie nicht geöffnet war.

Meine Kollegin war sehr froh, dass ich sie angesprochen habe. Denn hätte ich nichts gesagt und gedacht «Das wird schon seine Richtigkeit haben», wäre der Fehler noch länger unbemerkt geblieben.

Marlen Schläpfer

Dipl. Pflegefachfrau, NDS Onkologie, Inselspital Bern

WENNS DRAUF ANKOMMT: SPEAK UP IN DER KONKRETEN SITUATION

Gedankenspiel:

- Angenommen, Sie selbst wären als Patientin oder Patient im Spital. Bei einem chirurgischen Eingriff wird vom leitenden Arzt eine Hygienevorschrift verletzt. Was würden Sie von den anderen Ärzten und Pflegefachpersonen erwarten, die dies beobachten?
- Oder angenommen, Sie selbst sind drauf und dran, etwas Wichtiges zu übersehen. Wären Sie froh oder würden es eigentlich sogar erwarten, dass ein Kollege oder eine Kollegin Sie rechtzeitig darauf aufmerksam macht?

Immer wieder gibt es Situationen, in denen es darauf ankommt, Kollegen direkt und möglichst schnell – im Sinne des sogenannten unterbindenden bzw. problemorientierten Speak Up (vgl. Kapitel 1.1) auf riskantes Verhalten oder Fehler anzusprechen oder sogar eine riskante Handlung zu unterbrechen, um das Patientenwohl nicht zu gefährden. Diese Situationen sind oft nicht einfach und man muss sich manchmal vielleicht «einen Ruck geben» und sich überwinden, etwas zu sagen.

In diesen herausfordernden Situationen sollten nicht die kurzfristigen «persönlichen Kosten» von Speak Up (z. B. persönliche Überwindung, schwierige Reaktion des Kollegen), sondern der übergeordnete Nutzen, der aus dem Ansprechen von Sicherheitsbedenken resultiert, die treibende Kraft sein, etwas zu sagen.

Verschiedene Aspekte leisten einen Beitrag, die Sprachlosigkeit in schwierigen, aber sicherheitsrelevanten Situationen zu überwinden. Neben der bereits beschriebenen guten Basis für Speak Up im Team und im Betrieb (z. B. Unterstützung durch Vorgesetzte; gemeinsames Verständnis im Team, Vorbilder haben) sind bestimmte Vorgehensweisen und Kommunikationsstrategien hilfreich in der konkreten Speak-up-Situation. Auf folgende Aspekte gehen wir in diesem Kapitel ein:

- Kommunikationsstrategien auf Grundlage der «Assertiveness»-Techniken des Crew Resource Management
- Sprachliche Verabredungen (z. B. Codewörter)
- Umgang mit Situationen, in denen alles sehr schnell gehen muss
- Gesten als nonverbale Form von Speak Up
- Unterstützung von Leitungspersonen in Situationen, in denen Speak Up gemacht wird

Bevor wir konkrete Strategien und Verhaltensweisen darstellen, einige allgemeine Anmerkungen vorweg:

Nicht jede Situation ist wie die andere

Immer wieder kommt es vor, dass eine Handlung schnell und direkt unterbrochen werden muss, um Schaden von einem Patienten abzuwenden (Beispiel: Ein Medikament wird i. v. anstatt i. m. verabreicht.).

In anderen Situationen ist ausreichend Zeit vorhanden, um abzuwarten, ob eine riskante Handlung tatsächlich erfolgt (Beispiel: In einer interdisziplinären Fallbesprechung kann erst einmal beobachtet werden, wie sich die Situation entwickelt und ob eine problematische Entscheidung tatsächlich getroffen wird. Ist dies der Fall, kann man sich erneut einbringen und die bestehenden Bedenken äussern.).

Nicht jede Kommunikationsstrategie eignet sich in gleicher Weise für jede Situation

Situationen, in denen beispielsweise Patienten oder Angehörige zugegen sind, erfordern oft andere Strategien und Kommunikationswege. Dann ist es möglicherweise nicht angebracht, Dinge direkt anzusprechen, sondern es wird z. B. über ein Codewort versucht, den betroffenen Kollegen oder die Kollegin kurz vom Patientenbett wegzubitten.

Die Anwendung von Codewörtern ist allerdings nur dann sinnvoll, wenn alle Beteiligten über diese Formulierungen und ihre Bedeutung im Bilde sind. Geht es beispielsweise darum, einen Konsiliararzt, der zum ersten Mal auf einer Station ist, auf etwas hinzuweisen, ist ein intern abgesprochenes Codewort nicht das Mittel der Wahl.

Kommunikation hat zwei Kommunikationspartner: Sender und Empfänger

Für die Qualität und den Ausgang von Kommunikationssituationen ist nicht allein der Sprechende (Sender) verantwortlich. Auch die Person, an die sich die Kommunikation richtet (Empfänger), hat ihren Anteil am Erfolg (116; 117). Das weit verbreitete Kommunikationsmodell von Schultz von Thun (117) geht von vier Botschaften einer Äusserung aus (Sachinhalt, Selbstkundgabe, Beziehungshinweis, Appell), die jeweils vom Sender einer Nachricht übermittelt und vom Empfänger wahrgenommen werden. Missverständnisse zwischen Sender und Empfänger sind in allen vier Bereichen möglich und deshalb entsprechend zahlreich.

Für das Ansprechen von Sicherheitsbedenken bedeutet dies, dass es nicht nur darauf ankommt, wie Bedenken geäußert werden. Für das Gelingen der Speak-up-Situation ist es ebenfalls von Bedeutung, wie die angesprochene Person diese Äusserungen wahrnimmt und darauf reagiert (z. B. sich für einen Hinweis bedankt).

Eine gemeinsame Sprache finden

Besteht in einem Team ein gemeinsames Verständnis darüber, wie man sich unter Kollegen am besten Zweifel und Bedenken hinsichtlich der Patientensicherheit mitteilt, besteht also in gewisser Weise eine gemeinsame Sprache, macht dies Speak Up leichter und effizienter. Darüber hinaus können Missverständnisse oder Irritationen zwischen Sender und Empfänger in Speak-up-Situationen reduziert werden. Wurden beispielsweise Verabredungen über eine wiederkehrende, einleitende Formulierung getroffen, die ankündigt «Jetzt geht es um Speak Up» (vgl. 6.2 Codewörter und «Concern Statements»), erleichtert dies dem Empfänger einer Speak-up-Nachricht, schnell zu erkennen, dass es hier um Speak Up geht und nicht beispielsweise darum, Kompetenzen zu hinterfragen.

6.1 BEHARRLICH SEIN, ALS ANWALT DER PATIENTEN AUFTRETEN UND BEIM GEGENÜBER NACHFRAGEN – KOMMUNIKATIONSSTRATEGIEN DES CREW RESOURCE MANAGEMENT

Im Bereich der Luftfahrt wurde das Konzept des Crew Resource Management (CRM) entwickelt, um Teamarbeit und Kommunikation zwischen den Crew-Mitgliedern zu verbessern. Dies geschah mit dem Ziel, Fehler zu erkennen und zu beheben und die Sicherheit und auch Effektivität an Bord zu erhöhen (118). Unter anderem wurden im Rahmen des CRM Kommunikationstechniken für das Ansprechen von Sicherheitsbedenken entwickelt. Auch wenn empirische Daten das Konzept bislang nicht eindeutig mit einer erhöhten Flugsicherheit in Verbindungen bringen, so wird CRM allgemein breit gestützt und Mitarbeitende der Flugindustrie sind weltweit, flächendeckend und standardisiert im CRM trainiert (119).

Für die Arbeitsfelder der Medizin wurden verschiedene CRM-Tools und Strategien für das Ansprechen von Zweifeln und Sicherheitsbedenken abgeleitet, die als hilfreich für Mitarbeitende in Spitälern erachtet werden (104; 120–122) und in Situationen wie der nachfolgenden Abhilfe schaffen könnten:

*In dieser Situation würde ich so verkrampft nachdenken, wie ich es ihm sage, dass es schlussendlich schon zu spät wäre. Oder dass ich ins Schwitzen komme.
(Interviewzitat Assistenzärztin)*

Drei dieser Techniken haben wir ausgewählt, die uns besonders hilfreich erscheinen, und stellen diese nachfolgend vor. Die verschiedenen Strategien weisen grosse Gemeinsamkeiten auf. So werden grundsätzlich eigene Beobachtungen oder Wahrnehmungen beschrieben, was mit dem Gebrauch von «Ich-Aussagen» anstelle von Formulierungen mit «Du» oder «Sie» einhergeht. Bei einem solchen Sprachstil fühlt sich das Gegenüber weniger leicht angegriffen oder beurteilt. Darüber hinaus werden die bestehenden Bedenken oder Zweifel nicht vage umschrieben und in «*Hint and Hope*»-Hinweise verpackt, sondern in konkrete und klare Worte gefasst.

Ähnlichkeiten zwischen den verschiedenen Strategien sind naheliegend, da das CRM grundlegende Kommunikationsprinzipien formuliert, die sich entsprechend in den verschiedenen Techniken widerspiegeln. Hierzu zählen «*assertiveness*» (Beharrlichkeit), «*advocacy*» (Anwaltschaft für Patienten) und «*inquiry*» (Nachfragen).

Beharrlich oder nachdrücklich sein bedeutet, ein Problem anzusprechen, wenn man es beobachtet, die Aufmerksamkeit auf das Problem zu lenken und es dann auch zu lösen (123). Beharrlich sein bedeutet hingegen nicht, aggressiv zu sein. Vielmehr geht es darum, in angemessener und respektvoller Weise zu sprechen und das Anliegen klar zu vertreten. Letztendlich gilt es sicherzustellen, dass die sicherheitsrelevante Information im weiteren Verlauf Berücksichtigung findet und das Sicherheitsproblem gelöst wird.

Sich für die Patienten und ihre Sicherheit einzusetzen, d. h. durch das Ansprechen von Sicherheitsbedenken oder Zweifeln die Anwaltschaft für Patienten zu übernehmen («*advocacy*»), sollte auch dann geschehen, wenn Widerstände zu erwarten sind oder hierarchisch höher gestellte Personen angesprochen werden müssen (122).

Nachfragen («*inquiry*») bedeutet, die Perspektive der anderen Person durch das Stellen von Fragen zu erfassen, bewusst einzubinden und mit der eigenen Sicht der Situation zu vergleichen.

Die Notwendigkeit zum Speak Up überrascht einen meistens ganz unvorbereitet. Eine spontane, angemessene und konstruktive Reaktion kann deshalb auch in der Rolle des Vorgesetzten eine Herausforderung sein.

Dr. med. Martin Wernli

Chefarzt, Leiter Onkologiezentrum Mittelland, Kantonsspital Aarau

**a) «Assertive statement»
(Beharrliche Äusserung)**

Mit Hilfe dieser mehrstufigen Kommunikationstechnik werden Hinweise und Informationen auf eine respektvolle Art und Weise ausgedrückt, ein konkreter Vorschlag für eine Lösung präsentiert und die Sicht des Gegenübers einbezogen (120; 122–124):

Das Gespräch eröffnen und Aufmerksamkeit erhalten

- Gesprächspartner mit Namen ansprechen
 - Blickkontakt herstellen
- z. B.: «Entschuldigen Sie, Herr Müller...»; «Brigitte, ...»

Die bestehenden Bedenken oder Zweifel äussern

- Ich-Aussagen verwenden, keine Du-Formulierungen
 - Klare und direkte Sprache verwenden
 - Eigene Sorge ausdrücken
 - Ggf. sog. «*Concern Statement*» verwenden, um die Besorgnis auszudrücken (siehe auch Kapitel 6.2)
- z. B.: «Ich bin beunruhigt, ...»; «Ich befürchte, es könnte ein Problem auftreten, ...»; «Ich dachte, ich habe etwas Unübliches gesehen, als ...»

Das Problem beschreiben, wie man es selbst sieht

- Das Problem kann objektiv bestehen oder wahrgenommen sein
 - Kurz und bündig erläutern
 - Kein «*Hint and Hope*», d. h., keine vagen Aussagen machen und hoffen, dass der andere schon darauf reagieren wird
- z. B.: «Ich denke, wir brauchen hier nun Hilfe.»; «Es sieht so aus, als ob ...»; «Ich bin mir nicht ganz sicher, aber hier könnte ... vorliegen.»

Eine Lösung vorschlagen

- Einen konkreten Plan oder Lösungsvorschlag anbieten
 - Keine Ja-oder-Nein-Frage stellen
 - Wenn keine Lösung vorgeschlagen werden kann, das Problem nochmals darstellen und dabei «Team-Wörter» nutzen
 - Dem Zuständigkeitsbereich der eigenen klinischen Rolle entsprechend handeln
- z. B.: «Ich schlage vor, dass wir nun ...» «Lass uns das nochmals überprüfen ...»; «Lassen Sie uns das draussen nochmals besprechen ...»; «Wir sollten das im Briefing nun nochmals besprechen, bevor wir mit der OP beginnen ...»; «Ich schlage vor, wir verlegen den Patienten auf die Intensivstation ...»; «Wir sollten den leitenden Arzt informieren ...»

Einverständnis bzw. Stellungnahme erhalten

- Die Sichtweise des Gegenübers einbinden
 - Die Bestätigung erhalten, dass das Vorgebrachte Gehör findet
- z. B.: «Was denken Sie?»; «Bist du einverstanden»; «Wie klingt das für dich?»

- Beispiel: Vor einem chirurgischen Eingriff entscheidet der Operateur, das Team-Time-out abzukürzen. Er weist darauf, dass es sich hier nur um einen kleinen Routineeingriff handelt. Der Anästhesist reagiert wie folgt: «Dr. Huber, ich befürchte, wir könnten etwas Wichtiges verpassen, wenn wir das Team-Time-out nicht komplett durchführen, auch wenn es sich um einen kleinen Eingriff handelt. Wir sollten das vollständig zu Ende führen, bevor wir beginnen. Sind Sie einverstanden?»

**b) «Advocacy and inquiry»
(Fürsprache und Nachfrage)**

Diese Technik besteht aus zwei Elementen. In einem ersten Schritt beschreibt die Person, die das Wort ergreift, die Beobachtung einer sicherheitsrelevanten Handlung oder Situation und setzt sich dadurch für den Patienten und sein Wohl ein (*advocacy*). Hierbei ist wichtig, dass die Person, die Bedenken äussert, ihre persönliche Wahrnehmung und Perspektive wiedergibt und nicht etwa in konfrontativer Weise die Handlung des Gesprächspartners bewertet. Auch sollten Bedenken ohne Anzeichen von Ärger oder Wut und auch ohne Verlegenheit geäussert werden (104).

Im zweiten Schritt wird die Perspektive des Gegenübers erfasst und einbezogen (*inquiry*). Der Gesprächspartner bzw. die Gesprächspartnerin wird aufgefordert, die eigene Sichtweise einzubringen. Durch diesen Schritt werden Wahrnehmungen und Sichtweisen beider Gesprächspartner gegenübergestellt.

Ziel dieser Kommunikationsstrategie ist es, das gegenseitige Verständnis zu fördern und gemeinsames Lernen zu ermöglichen (125; 126). Aus diesem Grund wird dieses Vorgehen auch häufig im Rahmen von Simulationstrainings eingesetzt, wenn es darum geht, Übungssituationen in Form eines Debriefings nachzubesprechen (82).

- Beispiel: Eine Pflegefachfrau zu ihrer Kollegin im Patientenzimmer: «Ich sehe gerade, dass die Infusion von Frau Schneider durchgelaufen und noch nicht umgehängt ist. Ich habe Sorge, dass dies zu Problemen beim Port führt. Wir sollten das schnell umhängen. Wie siehst du das?»
- Beispiel: Ein Assistenzarzt zum Oberarzt: «Ich habe gesehen, dass die Verordnung für Herrn Meier eine unübliche Angabe zur Dosierung in ml enthält. Ich befürchte, dass dies zu Unklarheiten beim Richten führt, und denke, der Eintrag sollte geändert werden. Bist du einverstanden?»

6.0

c) CUS-Technik

Eine weitere Möglichkeit, Bedenken und Zweifel zu äußern, ist die sogenannte CUS-Technik. Der Name leitet sich aus den aufeinanderfolgenden und sich steigernden Botschaften der Kommunikationsstrategie ab:

I am concerned.
Ich bin besorgt.

I am uncomfortable.
Mir ist nicht wohl damit.

This is a safety issue.
Wir haben ein Sicherheitsproblem.

Die drei Aussagen beschreiben eine Steigerung der Intensität der Sorge bzw. des Zweifels. Die Stufen «U» und «S» – insbesondere die Benennung eines Sicherheitsproblems («S») – wird nur dann angesprochen, wenn die ersten beiden Stufen keine Lösung der Situation ergeben haben (104; 122). Eine Klärung bereits nach der ersten Äußerung ist durchaus möglich.

- Beispiel: Ein Assistenzarzt zum Oberarzt: «Ich mache mir Sorgen wegen des Zustands von Herrn Schneider. Mir ist nicht mehr wohl damit, ihn hier auf der Station zu behalten. Sein Zustand ist instabil.»

6.2 SPRECHEN NACH VERABREDUNG: CODEWÖRTER UND «CONCERN STATEMENTS»

Die Nutzung bestimmter im Team abgesprochener Formulierungen ist eine weitere Möglichkeit, das Ansprechen von Bedenken oder Zweifeln zu erleichtern. Abgesprochene Formulierungen (sog. Codewörter) eignen sich beispielsweise in Situationen, in denen Patienten oder Angehörige anwesend bzw. in Hörweite sind. Um zu vermeiden, dass Patienten oder ihre Angehörigen durch das Ansprechen von Problemen oder Bedenken unnötig verunsichert werden oder das Vertrauen in die Versorgung im Spital erschüttert wird, können Codewörter zum Einsatz kommen (104).

*Ich finde es noch schwierig, wenn der Patient danebensteht. Das finde ich ganz heikel.
(Interviewzitat Pflegefachfrau)*

Damit Codewörter wirkungsvoll genutzt werden können, müssen alle Beteiligten über das «Wie» und «Wann» im Bilde sein. Konkret muss ein gemeinsames Verständnis im Team vorliegen,

- welche Formulierungen genutzt werden und was diese dann bedeuten;
- in welchen Situationen die Codewörter Verwendung finden und wann es gegebenenfalls auch unangemessen wäre (z.B. Situationen, in denen es besser ist, Kollegen zeitverzögert anzusprechen).

Beispiele für Codewörter sind (104; 127):

- Klarheit: Ich brauche hier mehr Klarheit. Können wir uns kurz besprechen?
- Update: Können wir für ein Update kurz nach draussen gehen?

Auch ganze Sätze sind denkbar, wie beispielsweise:

- *Das müssen wir kurz gemeinsam ansehen.*
- *Ich habe ein wichtiges Anliegen. Können wir einen kurzen Blick draufwerfen?*

In der Fliegerei ist die Formulierung «*Below Ten Thousand*» ein Codewort, das benutzt wird, wenn der Pilot absolute Konzentration benötigt und Ablenkungen strikt vermieden werden sollen, da sich das Flugzeug unter 10 000 Fuss bewegt. Dieses Codewort wurde in die Arbeit im OP-Team übertragen und wird von OP-Teams dann benutzt, wenn eine Phase während der Operation eintritt, in der höchste Konzentration und Fokussierung erforderlich ist (128).

Wie dieses Beispiel zeigt, sind Codewörter ganz unterschiedlicher Art möglich. Wichtig ist lediglich, dass jedes Team eine für seine Mitglieder geeignete und möglichst einfache Formulierung findet, die allen gut über die Lippen kommt. Das Wort bzw. die Formulierung sollte zudem nicht mehrdeutig sein oder konfrontativ wirken.

Sogenannte «*Concern Statements*», die Teil verschiedener Kommunikationsstrategien des vorausgegangenen Abschnitts sind, können ebenfalls im Team verabredet werden. Enthalten sie bestimmte und allen bekannte Elemente, die wiederkehrend verwendet werden, fällt es leicht *Concern Statements* als solche zu erkennen und damit zu wissen, dass es um Speak Up geht, sobald diese Worte ausgesprochen werden (127).

Beispiele für *Concern Statements*:

- Ich bin beunruhigt ...
- Ich befürchte, ...
- Ich denke, hier könnte ein Problem vorliegen ...
- Mir ist unwohl damit ...

Immer wieder gibt es auch Situationen, in denen zwar Bedenken und Zweifel an- bzw. ausgesprochen werden, die gemachten Äußerungen jedoch keine Wirkung erzielen. Und zwar nicht deshalb, weil die angesprochene Person das Gesagte bewusst ignoriert oder übergeht. In besonders hektischen oder Notfallsituationen kann es auch einfach vorkommen, dass die angesprochene Person diesen Informationen nur eine sekundäre Bedeutung zumisst. Hat man das Gefühl, nicht mehr zum Gegenüber durchdringen zu können, könnte ein direkter Appell im Sinne von «Hörst Du mich?» eine Möglichkeit sein, wieder in Kommunikation miteinander zu kommen. Auch solche Formulierungen könnten im Team abgesprochen werden.

6.3 WENN ES SCHNELL GEHEN MUSS

Wenn Situationen eine sehr schnelle Reaktion erfordern, um eine fehlerhafte oder riskante Handlung abzuwenden, kann die Verwendung abgesprochener Codewörter eine geeignete Möglichkeit sein. Denn sie basieren nicht, wie die ebenfalls beschriebenen Strategien (z.B. «assertive statements», «advocacy and inquiry»), auf einer Abfolge verschiedener Kommunikationsschritte, was eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Codewörter sind kurz und knapp. Sie sollten innerhalb kürzester Zeit von den Gesprächspartnern als solche erkannt und mit der ihnen innewohnenden Botschaft verstanden werden – «Hier hat jemand Bedenken oder Zweifel bezüglich der Patientensicherheit.» – und zu einer entsprechenden Reaktion führen.

Ich habe es gesehen und dachte, was soll ich jetzt sagen? Da war die Zeit zu kurz ... Das waren vielleicht zehn Sekunden.

(Interviewzitat, Pflegefachfrau)

6.4 GESTEN

In manchen Situationen sind Gesten möglicherweise schneller als Worte. Ein typisches Beispiel, das in unserer Interviewstudie mehrfach genannt wurde, ist das direkte Reichen eines Desinfektionsmittels, wenn eine Hygienevorschrift nicht eingehalten wird, anstatt Kollegen verbal darauf hinzuweisen (vgl. Kapitel 2.3).

Ja, viele Sachen beruhen halt auf schnell, schnell. Es ist eben auch eine Geschwindigkeitsfrage ... Er wollte schnell noch mal die Wunde anschauen ... Ich habe in der Kitteltasche immer ein Desinfektionsmittel, das habe ich ihm dann gegeben.

(Interviewzitat Assistenzarzt)

Gesten können sich nicht nur in Situationen mit Zeitknappheit als gute Alternative zum verbalen Ansprechen von riskantem Verhalten erweisen, wenn es darum geht, möglichst dezent zu sein. Beispielsweise im Beisein von Kollegen und Patienten können Gesten – je nach Thema und Situation – genutzt werden, um Sicherheitshinweise auszudrücken oder riskantes Verhalten zu verhindern. Pflegenden und Ärzten nutzen Gesten anstelle von Sprache deshalb häufig in Situationen, wenn sie Sorge haben, der betreffende Kollege oder die Kollegin könnte blossgestellt werden, wenn der Hierarchie- oder Erfahrungsunterschied gross ist oder wenn es darum geht, Patienten nicht zu verunsichern (vgl. Kapitel 2.3).

Ich finde es schwierig, jemandem mit viel Erfahrung zu sagen: «Sie müssen jetzt einen Kittel anziehen.» Aber es wirkt meiner Erfahrung nach sehr gut, wenn man es einfach zeigt, da hat es ein Sterillium, da hat es einen Kittel.

(Interviewzitat, Oberarzt)

Pflege-Pflege ist eine Ebene, da ist man unter Kollegen; aber bei den Ärzten ist es schon anders. Bei einem Assistenzarzt ist es eher einfacher; aber je höher, desto schwieriger. So von der Hierarchie her ... Ich gebe oft nonverbal Zeichen, bringe die Handschuhe.

(Interviewzitat, Pflegefachfrau)

Meistens gebe ich dann einfach die Handschuhe. Aber ich kann nicht vor dem Patienten etwas sagen. Das mache ich nicht. Dann nehmen sie die Handschuhe.

(Interviewzitat, Pflegefachfrau)

6.5 UNTERSTÜTZUNG DURCH LEITUNGSPERSONEN

Wie bereits beschrieben, können Leitungspersonen viel dazu beitragen, dass sich die Mitarbeitenden sicher fühlen, ihre Hinweise und Bedenken bei gefährdeter Patientensicherheit zu äussern. Auch können sie dem Thema generell die notwendige Bedeutung verleihen (vgl. Kapitel 5.3). Sie können aber auch in den konkreten Situationen Speak Up unterstützen, indem sie beispielsweise der Person den Rücken stärken, die das Wort ergreift.

Bedankt sich beispielsweise eine Chefärztin in einem Rapport für den gerade gegebenen Hinweis eines Assistenzarztes oder bekräftigt sie bei der Visite, dass es wichtig war, dass die Pflegefachfrau den ärztlichen Kollegen auf die Hygienevorschrift aufmerksam gemacht hat, so unterstützt das die jeweilige Person und schützt sie vor unangemessenen Reaktionen der Anwesenden.

ETWAS SAGEN, AUCH IM NACHHINEIN

IMMER WIEDER KOMMT ES VOR, DASS ZWEIFEL ODER SICHERHEITSBEDENKEN IN DER KONKRETEN SITUATION NICHT ANGESPROCHEN WERDEN. SCHWEIGEN KANN VIELERLEI GRÜNDE HABEN. VIELLEICHT IST ALLES EINFACH ZU SCHNELL GEGANGEN, DIE RICHTIGEN WORTE HABEN GEFEHLT, ODER MAN WOLLTE NIEMANDEN VERUNSICHERN ODER BLOSSSTELLEN.

Etwas zu sagen, ist schwierig. Es geht alles zackzackzack. (Interviewzeit, Oberarzt)

Ich denke, man kann es nicht am Bett regeln. Das geht nicht. Aber man kann rausgehen und kann sagen: «Darf ich Sie vielleicht hinterher noch kurz sprechen?» Das habe ich damals nicht gemacht. Das wäre eine Möglichkeit gewesen. (Interviewzeit, Chefarzt)

Auch wenn die konkrete Situation verstreicht, ohne die eigenen Bedenken oder Beobachtungen anzusprechen, ist es lohnend, dies im Nachhinein noch zu tun. Denn sich gegenseitig auf Sicherheitsprobleme hinzuweisen, auch wenn es nachträglich erfolgt, bedeutet Wissen zu teilen und gemeinsam für zukünftige Situationen zu lernen.

Dies kann:

- ... andere Patienten vor einer Gefahr bewahren, indem ein riskantes Verhalten künftig nicht wiederholt wird.
- ... Kollegen davor bewahren, sich erneut riskant zu verhalten. Ein möglicherweise folgeschwerer Fehler wird nicht noch einmal begangen.
- ... dazu beitragen, die Bedeutung von Regeln und Sicherheitsstandards zu bekräftigen und ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln, dass das Übergehen von Sicherheitsmassnahmen nicht akzeptabel ist.

In einem nachträglichen Gespräch kann darüber hinaus Rückmeldung zum erlebten Speak Up gegeben werden. Positives Feedback kann ebenso gegeben werden, wie auch Hinweise dazu, wie eine ähnliche Situation künftig besser gelöst werden kann. Durch diese Gespräche wird das Thema Speak Up präsent gehalten. Das Team bleibt im wahrsten Sinne des Wortes darüber im Gespräch und ein gemeinsames Verständnis, wie und wann Bedenken angesprochen werden sollen, kann weiter gefördert werden. Dabei bleibt dieses Gespräch nicht abstrakt und hypothetisch, sondern erfolgt sehr konkret aufgrund einer Situation des gemeinsamen Arbeitsalltags. Nicht nur Speak Up in der konkreten Situation, sondern auch Gespräche, die nachträglich stattfinden, fallen leichter, wenn es in einem Team oder auf einer Abteilung/Station üblich, akzeptiert und erwünscht ist, über unsichere Handlungen und Sicherheitsbedenken zu sprechen (vgl. Kapitel 5.2).

Ein konstruktiver **Gesprächsstil** leistet ebenfalls einen wichtigen Beitrag. Hierzu können beispielsweise Prinzipien des konstruktiven Feedbackgebens herangezogen werden (129; 130). Das Ansprechen von Sicherheitsbedenken sollte demnach sachlich und beschreibend sein und sich auf die konkrete Situation beziehen. Auf Verallgemeinerungen, Interpretationen oder gar Vorwürfe sollte verzichtet werden, ebenso wie auf Hinweise zu Eigenschaften der beteiligten Personen. Formulierungen sollten subjektiv sein (z. B. Ich-Botschaften). Zudem sollte von den eigenen Beobachtungen und Eindrücken gesprochen werden, nicht beispielsweise von Informationen aus dritter Hand.

Und auch hier gilt: **Sender und Empfänger** der Botschaften haben ihren Anteil daran, wie gut die Gesprächssituation verläuft (vgl. Kapitel 6). Dass heisst nicht nur die Art und Weise, wie Rückmeldungen zu Sicherheitsproblemen gegeben werden, ist wichtig, sondern auch die Art und Weise, diese entgegenzunehmen. Hierzu gehört beispielsweise, den anderen ausreden zu lassen und sich dafür zu bedanken, wenn man von einem Kollegen oder einer Kollegin einen Hinweis zu einem Sicherheitsrisiko erhalten hat. Um sicherheitsrelevante Situationen auch nachträglich noch anzusprechen, sind verschiedene Formen möglich. So kann ein Gespräch unter vier Augen dazu dienen, persönliche Rückmeldung zu geben. Oder man bespricht sich in einer Gruppe. Beide Varianten können schnell und unkompliziert ablaufen, möglichst rasch nach dem eigentlichen Geschehen, und sind in verschiedensten Konstellationen denkbar, auch über Hierarchiestufen hinweg.

7.1 KURZES GESPRÄCH ZU ZWEIT: PERSÖNLICH RÜCKMELDUNG GEBEN

Persönliche Rückmeldungen benötigen keinen formalen Rahmen. Ein bis zwei Minuten unter vier Augen sind völlig ausreichend, um

- zeitlich verzögert Sicherheitsbedenken anzusprechen, die in der Situation selbst nicht zur Sprache gebracht werden konnten. Dabei können die zuvor beschriebenen Kommunikationsstrategien ebenfalls Anwendung finden (vgl. Kapitel 6).
- nachträglich nochmals auf eine erfolgte Speak-up-Situation einzugehen. In einem kurzen Gespräch zu zweit kann man sich beispielsweise für einen wichtigen Hinweis des Kollegen oder der Kollegin bedanken oder man kann als Vorgesetzter bekräftigen und positiv verstärken, wie wichtig es war, dass die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter sich eingebracht hat.

7.2 «HUDDLES»: GEMEINSAM – KURZ UND INFORMELL – SICHERHEITSBEDENKEN BESPRECHEN

Was sind Huddles?

Huddles sind kurze und fokussierte Zusammenkünfte von mehreren Personen, bei denen Informationen ausgetauscht oder Ereignisse und Probleme besprochen werden (131). Huddles können dazu genutzt werden, bestehende oder drohende Sicherheitsprobleme anzusprechen oder Sicherheitsbedenken zu äussern («Safety Huddles») (132; 133). Huddles können geplant und zu fixen Zeiten bzw. Zeitpunkten stattfinden, wenn sie sich auf klar umgrenzte Situationen beziehen. Beispielsweise im Sinne eines Briefings vor einer OP oder eines Debriefings im Anschluss an einen Eingriff (vgl. Kapitel 1.3). Sie können aber auch spontan aufgrund eines bestimmten Ereignisses oder einer Beobachtung stattfinden. Solche Ad-hoc-Huddles können von den Mitarbeitenden einer bestimmten Abteilung/Station/Gruppe initiiert werden, unabhängig davon, welcher Berufsgruppe sie angehören oder welche Funktionen und Aufgaben sie übernehmen. Auch Mitarbeitende anderer Abteilungen können in Huddles einbezogen werden, wenn diese in der relevanten Situation anwesend sind (134). Huddles sind keine Sitzungen oder Rapporte. Sie nehmen nur wenige Minuten in Anspruch, sind relativ formlos und sollten zur (täglichen) Routine gehören. Aufgrund dieses Formats können Huddles sehr spontan stattfinden, denn die bestehenden Arbeitsabläufe werden nur kurz unterbrochen (135).

Bei aller Vielfalt der Kontexte und Formate lässt sich der Ablauf eines ad hoc stattfindenden «Safety Huddles» ganz grob wie folgt beschreiben:

- Eine sicherheitsrelevante Situation ereignet sich bzw. wird beobachtet.
- Eine der beteiligten Personen bewertet die Situation als relevant für einen Huddle und ruft die betroffenen Personen zusammen. Selbstverständlich bleibt die dringende Patientenversorgung gewährleistet.
- Alle kommen kurz im Stehen zusammen, möglichst an einem etwas ruhigeren Ort.
- Die initiiierende Person eröffnet das Gespräch und bringt ihr Anliegen vor.
- Die Gruppe bespricht den Umgang mit der Situation oder dem Problem kurz.
- Alle gehen wieder zurück zu ihren Aufgaben.

Welchen Nutzen bieten Huddles für die Patientensicherheit?

Nachdem ein relevantes Sicherheitsrisiko beobachtet wurde oder eine riskante Situation stattfand oder auch wenn sich eine problematische Situation anbahnt, können alle relevanten bzw. beteiligten Personen zu einem Huddle zusammengerufen werden. Huddles können so bestehende Probleme reduzieren oder Risiken sichtbar machen, bevor sie zum Problem werden.

Huddles schaffen aber auch Raum und Gelegenheit für gemeinsames Lernen. Alle Personen, die in der zu besprechenden Situation zugegen waren, kommen zusammen. Auch weitere Mitarbeitende, die zu dieser Zeit auf der Abteilung/Station anwesend und kurzfristig abkömmlich sind und von dem gemeinsamen Austausch profitieren, können dazugerufen werden. So bringen Huddles die Mitglieder verschiedener Berufsgruppen und Erfahrungshintergründe oder auch Abteilungen zusammen und unterstützen die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses für Sicherheit und Umgang mit Sicherheitsbedenken. Neue Mitarbeitende (z. B. Assistenzärzte, Lernende) können durch die Teilnahme an Huddles schneller ein Verständnis für die Arbeit auf der neuen Station/Abteilung entwickeln (135) (vgl. Kapitel 5.2). Hierin liegt der grosse Unterschied zu einer persönlichen Rückmeldung unter vier Augen. In einem Huddle hat eine ganze Gruppe – im Kontext einer konkreten Situation – die Gelegenheit, zu lernen und Werte, Einschätzungen und Vorstellungen zu vergemeinschaften.

Wie können Huddles genutzt werden, um Sicherheitsbedenken anzusprechen, nachdem eine sicherheitsrelevante Situation bereits geschehen ist?

Ein Huddle ist die Zusammenkunft einer Gruppe. Deshalb finden Huddles nur dann statt, wenn mehrere Personen in der relevanten Situation zugegen waren, oder aber mehrere Personen davon profitieren, diese zu besprechen.

a) Zeitverzögertes Speak Up nachdem eine Situation vergangen ist, ohne die bestehenden Bedenken anzusprechen oder relevante Hinweise zu geben.

In einem solchen Huddle wird Speak Up zunächst gewissermassen nachgeholt. Darüber hinaus wird das Wissen der Mitarbeitenden durch den gemeinsamen Austausch aufgefrischt und sie werden für das besprochene Sicherheitsthema sensibilisiert. Sind beispielsweise neue Mitarbeitende oder Lernende anwesend, erfolgt diese Sensibilisierung bevor sie möglicherweise eine riskante Gewohnheit von anderen übernehmen.

Die in Kapitel 6.1 beschriebene Kommunikationsstrategie «Advocacy and Inquiry» könnte ein geeigneter Gesprächsstil sein für diese Speak-up- und Lernsituation.

- Beispiel: Ein Assistenzarzt und zwei Pflegendes begleiten einen kritischen Patienten, der sehr schnell auf die Intensivstation verlegt werden muss. Als der Patient in den Aufzug geschoben wird, sieht die Stationsleitung von ferne, dass der externe Sog der Thoraxdrainage auf das Patientenbett gestellt wurde, nahe am Kopf des Patienten. Als die drei Kollegen zurück auf Station sind, ruft die Stationsleitung die am Patiententransport beteiligten Personen, ebenso wie zwei Lernende der Station im Stationszimmer zusammen. Sie nimmt die Beobachtung zum Anlass und bespricht mit allen kurz die Risiken eines solchen Transports sowie die Gründe und die Art und Weise für den korrekten Transport eines externen Sogs.

7.0

b) Nachbesprechen einer Speak-up-Situation: Positive Rückmeldung geben oder kritische Reflexion.

Ist eine Situation gut gelungen und konnte beispielsweise durch das Nachfragen eines Kollegen verhindert werden, dass ein Patient in eine riskante Situation gerät, kann dies in einem kurzen Huddle gewürdigt werden. Durch ein solches Gespräch wird allen Teilnehmenden in Erinnerung gerufen werden, wie wichtig und wie hilfreich es ist, Sicherheitsbedenken anzusprechen. Sind es beispielsweise die Vorgesetzten, die den Huddle initiieren, bekräftigen sie gleichzeitig, wie wichtig es ihnen ist, dass ihre Mitarbeitenden Sicherheitsprobleme und Bedenken offen ansprechen. Ein Huddle kann auch dazu genutzt werden, gemeinsam zu besprechen, wenn eine Speak-up-Situation nicht gut verlaufen ist.

- Beispiel: Nach der Visite, bevor alle Beteiligten wieder aufbrechen, bittet der Chefarzt alle noch kurz zu bleiben. Die Runde versammelt sich an einer ruhigen Stelle des Stationsflurs. Der Chefarzt nimmt nochmals Bezug auf die vergangene Visite und bedankt sich, dass er vom Assistenzarzt auf eine bestehende Unverträglichkeit eines Patienten hingewiesen wurde, die er bei der Anpassung der Medikation übersehen hatte.
- Beispiel: Ein leitender Arzt wird bei einer invasiven Untersuchung auf eine vergessene Hygienemaßnahme hingewiesen. Er ist sehr im Stress und reagiert recht barsch. Im Anschluss an die Untersuchung ruft er alle Beteiligten im Untersuchungszimmer zusammen, während der Patient bereits zurück auf Station gebracht wird. Er nimmt Bezug auf die Situation, entschuldigt sich und bekräftigt, dass er auch weiterhin von den anderen im Team darauf aufmerksam gemacht werden möchte, wenn etwas nicht richtig läuft.

Welche Empfehlungen gibt es für die Ein- bzw. Durchführung von Huddles im Spital?

Die Studie von Provost et al. (135) und das Institute for Healthcare Improvement (136) geben hierzu folgende Hinweise:

- Die Idee und das Ziel neuer Huddles müssen im Team besprochen und erklärt werden. Es sollte also im Vorfeld geklärt werden, in welchen Situationen bzw. zu welchen Themen und von wem ein Huddle einberufen werden kann bzw. soll und wie dieses dann von statten geht.
- Huddles sollten an einem geeigneten, für alle gut zugänglichen Ort stattfinden. Huddles finden in der Regel im Stehen statt.
- Huddles sind kurz, sollten also nur wenige Minuten in Anspruch nehmen.
- Huddles sollten regelmässig stattfinden, damit Sie kein aussergewöhnliches Ereignis bleiben und sich daraus eine Gewohnheit entwickeln kann.

DAMIT KÖNNTEN SIE MORGEN BEGINNEN

IN DEN VORAUSGEGANGENEN KAPITELN HABEN WIR VERSCHIEDENE MÖGLICHKEITEN UND VORGEHENSWEISEN BESCHRIEBEN, WIE SPEAK UP IM ALLTAG EINES SPITALS STATTFINDEN UND GEFÖRDERT WERDEN KANN. WIR HABEN GESICHTSPUNKTE BESCHRIEBEN, DIE GANZ ALLGEMEIN DAZU BEITRAGEN, EINE GUTE BASIS FÜR SPEAK UP ZU SCHAFFEN; SIND DARAUF EINGEGANGEN, WIE SICHERHEITSBEDENKEN, PROBLEME ODER ZWEIFEL ZUM AUSDRUCK GEBRACHT WERDEN KÖNNEN, UND HABEN MÖGLICHKEITEN DISKUTIERT, AUCH IM NACHHINEIN NOCH AUF RELEVANTE SITUATIONEN UND BEDENKEN EINZUGEHEN.

An dieser Stelle möchten wir Sie dazu ermutigen, etwas von dem Gelesenen bald auszuprobieren.

1. Das Gedankenexperiment real werden lassen

Ganz zu Beginn des zweiten Teils dieses Bands (Kapitel 4.2) haben wir zwei Gedankenexperimente vorgestellt. Sie könnten diese in die Realität übertragen. Prüfen Sie, ob Sie bei einem eigenen riskanten Verhalten von Ihren Kollegen angesprochen werden oder eben nicht.

Beispiel: Vergessen Sie die Händedesinfektion am Bett eines Patienten, möglichst so, dass Ihre Kollegen dies sehen.

Variante A: Eine Kollegin oder ein Kollege bemerkt das und macht Sie rechtzeitig darauf aufmerksam oder reicht Ihnen das Desinfektionsmittel. Sie bedanken sich für den Hinweis und desinfizieren sich die Hände, bevor Sie den Patienten berühren.

Variante B: Niemand greift ein oder sagt etwas. Bevor Sie den Patienten berühren, greifen Sie zum Desinfektionsmittel und desinfizieren sich die Hände. Sprechen Sie hinterher Ihre Kollegen an, in diesem oder ähnlichem Sinne: «Da wäre mit fast ein Fehler passiert. Bitte sagt das nächste Mal etwas!»

2. Die nächste Gelegenheit für Speak Up beim Schopfe packen

Nehmen Sie sich vor, wenn Sie das nächste Mal eine riskante Verhaltensweise oder übergangene Sicherheitsmassnahme beobachten, Ihre Kollegen darauf anzusprechen. Um diesen Vorsatz in die Tat umzusetzen, ist es hilfreich sogenannte *Implementation Intentions* zu nutzen. Das heisst, machen Sie sich einen «Wenn-dann-Plan»: Wenn Situation X auftritt, werde ich Y tun. Denn: Absichten werden erfolgreicher in die Tat umgesetzt und Prozesse laufen mit der Zeit eher automatisch ab, wenn «Wenn-dann-Pläne» verfolgt werden (137).

Für das Ansprechen von Sicherheitsbedenken oder Problemen bedeutet dies: Überlegen Sie sich eine Situation, die Sie gut kennen und in der es immer wieder erforderlich ist, die Kollegen auf Risiken oder Bedenken anzusprechen. Und überlegen Sie sich ebenfalls, wie Sie Ihre Kollegen dann konkret ansprechen möchten und welches Vorgehen und welche Formulierung geeignet sind. Rufen Sie sich diesen Wenn-dann-Plan immer wieder in Erinnerung und nutzen Sie die nächste Gelegenheit, ihn in die Tat umzusetzen.

3. Bestehende Einstellungen hinterfragen

Wie im ersten Kapitel beschrieben, können die persönlichen Einstellungen dazu beitragen, dass Speak Up leichter fällt. Wie denken Sie über Ihre Kolleginnen und Kollegen und deren Verhalten? Sind Sie der Auffassung, dass Ihre Kolleginnen und Kollegen

- an guter Zusammenarbeit interessiert sind?
- primär eine bestmögliche Patientenversorgung erreichen möchten?

Umgekehrt fällt es leichter, die Hinweise von Kolleginnen und Kollegen anzunehmen und adäquat zu reagieren, wenn wir davon ausgehen, dass sie uns nicht kritisieren oder in Frage stellen möchten, wenn sie Sicherheitsbedenken äussern – sondern, dass es bei Speak Up um das Patientenwohl geht und darüber hinaus sogar um unser eigenes Wohl, da wir davor bewahrt werden, einen Fehler zu begehen. Es ist nachvollziehbar, dass wir in einer ersten reflexhaften Reaktion auf den Hinweis eines Kollegen mit Abwehr oder Distanz reagieren. Aber wir sollten uns vornehmen, diesen ersten Reflex möglichst vorüberziehen zu lassen und in einem zweiten Schritt konstruktiv auf Kollegen zu reagieren, die uns ihre Sicherheitsbedenken mitteilen.

4. Einen Huddle planen

Wenn Sie beim Lesen den Eindruck hatten, das Huddle-Konzept (Kapitel 7.2) wäre für Ihr Team oder Ihre Abteilung eine geeignete Variante, Sicherheitsprobleme schnell anhand konkreter Situationen zu besprechen, sich gegenseitig auf Fehler aufmerksam zu machen und gemeinsam zu lernen, dann planen Sie einen Huddle. Je nachdem, in welcher Funktion Sie tätig sind, überlegen Sie, mit wem Sie diese Idee besprechen müssen. Entwickeln Sie ein Konzept, in welcher Weise und in welchen Situationen bei Ihnen Huddles künftig durchgeführt werden sollen. Wichtig: Informieren Sie vorgängig Ihre Kolleginnen und Kollegen über das Konzept und das Vorgehen, bevor zum ersten Mal ein Huddle einberufen wird.

Speak
up

Speak Up
Pocket Card

SPEAK UP POCKET CARD

Diese Pocket Card

- fasst in aller Kürze wichtige Inhalte aus dem Band «Wenn Schweigen gefährlich ist» zusammen;
- hilft dabei, das Gelesene und Speak Up im Trubel des Alltags nicht zu vergessen;
- passt in jede Kitteltasche;
- kann als Zeichen genutzt werden: Ich mache jetzt Speak Up.



LITERATUR

- (1) Morrison EW, Wheeler-Smith SL, Kamdar D. Speaking up in groups: A cross-level study of group voice climate and voice. *Journal of Applied Psychology* 2011;96:183-91.
- (2) Morrison EW. Employee voice behavior: Integration and directions for future research. *The Academy of Management Annals* 2011;5:373-412.
- (3) Brinsfield CT, Edwards MS, Greenberg J. Voice and silence in organizations: Historical review and current conceptualizations. In: Greenberg J, Edwards MS (Hrsg.). *Voice and silence in organizations*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing Limited; 2009. S. 3-33.
- (4) Vincent C. *Das ABC der Patientensicherheit*. Schriftenreihe Nr. 4. Zürich: Patientensicherheit Schweiz; 2012.
- (5) Francis R. *Freedom to speak up. An independent review into creating an open and honest reporting culture in the NHS*. London: The Stationery Office; 2014.
- (6) St. Pierre M, Hofinger G. *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin* (3. Auflage). Berlin: Springer-Verlag; 2014.
- (7) Schwappach D. Patient safety: What is it all about? *Contributions to Nephrology* 2015;184:1-12.
- (8) Reason J. *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- (9) Schwappach D, Gehring K. Trade-offs between voice and silence: A qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns. *BMC Health Services Research* 2014;14:303.
- (10) Maxfield D, Grenny J, McMillan R, Patterson K, Switzler A. *Silence kills. The seven crucial conversations for healthcare*. Aliso Viejo (CA): American Association of Critical Care Nurses; Association of perioperative Registered Nurses; VitalSmarts; 2005.
- (11) Maxfield D, Grenny J, Lavandero R, Groah L. The silent treatment. Why safety tools and checklists aren't enough to save lives. *Patient Safety and Quality Healthcare* 2011;September/October.
- (12) Reason J. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997.
- (13) Morrison EW. Employee voice and silence. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2014;1:173-97.
- (14) Edmondson AC. Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies* 2003;40:1419-52.
- (15) Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine* 2004;79.
- (16) Dwyer J. *Primum non tacere. An ethics of speaking up*. Hastings Center Report 1994;24:13-8.
- (17) Raemer DB, Kolbe M, Minehart RD, Rudolph JW, Pian-Smith M. Improving faculty's ability to speak-up to others in the operating room: A simulation-based randomized controlled trial of an educational intervention and a qualitative analysis of hurdles and enablers. *Academic Medicine* (im Druck).
- (18) Edmondson AC. *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2012.
- (19) Eppich W. Speaking up for patient safety in the pediatric emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2015;16:83-9.
- (20) Kolbe M, Burtscher MJ, Wacker J, Grande B, Nohynkova R, Manser T, et al. Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: An observational study. *Anesthesia & Analgesia* 2012;115:1099-108.
- (21) Liang J, Farh CIC, Farh J-L. Psychological antecedents of promotive and prohibitive voice: A two-wave examination. *Academy of Management Journal* 2012;55:71-92.
- (22) Van Dyne L, Ang S, Botero IC. Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *Journal of Management Studies* 2003;40:1359-92.
- (23) Wei X, Zhang Z-X, Chen X-P. I will speak up if my voice is socially desirable: A moderated mediating process of promotive versus prohibitive voice. *Journal of Applied Psychology* 2015.
- (24) Weiss M, Kolbe M, Grote G, Dambach M, Marty A, Spahn DR, et al. Agency and communion predict speaking up in acute care teams. *Small Group Research* 2014;45:290-313.
- (25) St. Pierre M, Scholler A, Strembski D, Breuer G. Äusseren Assistenzkräfte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? *Anaesthesist* 2012;61:857-66.
- (26) Souba W, Way D, Lucey C, Sedmak D, Notestine M. Elephants in academic medicine. *Academic Medicine* 2011;86.
- (27) Bienefeld N, Grote G. Silence That May Kill: When aircrew members don't speak up and why. *Aviation Psychology and Applied Human Factors* 2012;2:1-10.
- (28) Detert JR, Edmondson AC. Implicit voice theories: Taken-for-granted rules of self-censorship at work. *Academy of Management Journal* 2011;54:461-88.
- (29) Milliken FJ, Morrison EW, Hewlin PF. An exploratory study of employee silence: Issues that employees don't communicate upward and why. *Journal of Management Studies* 2003;40:1453-76.
- (30) Detert JR, Edmondson AC. Why employees are afraid to speak. *Harvard Business Review* 2007;85:23-5.
- (31) Kish-Gephart JJ, Detert JR, Treviño LK, Edmondson AC. Silenced by fear: The nature, sources, and consequences of fear at work. *Research in Organizational Behavior* 2009;29:163-93.
- (32) Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly* 1999;44:350-83.

- (33) Bould MD, Sutherland S, Sydor D, Naik V, Friedman Z. Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: A qualitative study. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie* 2015;62:576-86.
- (34) Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Services Research* 2014;14:61-9.
- (35) Howell TM, Harrison DA, Burris ER, Detert JR. Who gets credit for input? Demographic and structural status cues in voice recognition. *Journal of Applied Psychology* 2015.
- (36) Schwappach DLB, Gehring K. 'Saying it without words': A qualitative study of oncology staff's experiences with speaking up about safety concerns. *BMJ Open* 2014;4:e004740.
- (37) Schwappach DLB, Gehring K. Silence that can be dangerous: A vignette study to assess healthcare professionals' likelihood of speaking up about safety concerns. *PLoS ONE* 2014;9:e104720.
- (38) Kobayashi H, Pian-Smith M, Sato M, Sawa R, Takeshita T, Raemer D. A cross-cultural survey of residents' perceived barriers in questioning/challenging authority. *Quality and Safety in Health Care* 2006;15:277-83.
- (39) Liu W, Tangirala S, Ramanujam R. The relational antecedents of voice targeted at different leaders. *Journal of Applied Psychology* 2013;98:841-51.
- (40) Milgram S. Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal Psychology* 1963;67:371-8.
- (41) Asch SE. Opinions and social pressure. *Scientific American* 1955;193:31-55.
- (42) Porath CL, Erez A. Overlooked but not untouched: How rudeness reduces onlookers' performance on routine and creative tasks. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 2009;1:29-44.
- (43) Jentsch F, Smith-Jentsch KA. Assertiveness and team performance: More than "Just Say No". In: Salas E, Bowers CA, Edens E, (Hrsg.). *Improving teamwork in organizations: Applications of resource management training*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001. S. 73-94.
- (44) Fischer P, Greitemeyer TPF, Frey D. The unresponsive bystander: Are bystanders more responsive in dangerous emergencies. *European Journal of Social Psychology* 2006;36:267-78.
- (45) Raemer DB. The clinician's response to challenging cases. In: Yano E, Kawachi I, Nakao M, (Hrsg.). *The healthy hospital. Maximizing the satisfaction of patients, health workers, and community*. Tokyo: Shinohara Shinsha; 2010. S. 27-32.
- (46) Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Quality & Safety* 2012;21:791-9.
- (47) Latané B, Darley JM. *The unresponsive bystander: Why doesn't he help?* New York: Appleton-Century-Crofts; 1970.
- (48) Carmeli A, Reiter-Palmon R, Ziv E. Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creativity Research Journal* 2010;22:250-60.
- (49) Hirak R, Peng AC, Carmeli A, Schaubroeck JM. Linking leader inclusiveness to work unit performance: The importance of psychological safety and learning from failures. *The Leadership Quarterly* 2012;23:107-17.
- (50) Liu W, Tangirala S, Lam W, Chen Z, Jia RT, Huang X. How and when peers' positive mood influences employees' voice. *Journal of Applied Psychology* 2015;100:976-89.
- (51) Bienefeld N, Grote G. Effects of psychological safety, status, and leadership within and across teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2014;23:930-45.
- (52) Grande B, Weiss M, Biro P, Steiger P, Spahn DR, Kolbe M. Ist Reden wichtig? Technisches versus kombiniert technisches/nicht-technisches Atemwegstraining in der Anästhesie und Intensivmedizin. *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 2015;56:5-12.
- (53) Kolbe M, Weiss M, Grothe G, Knauth A, Dambach M, Spahn DR, et al. TeamGAINS: A tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Quality and Safety* 2013;22:541-53.
- (54) Pian-Smith MCM, Simon R, Minehart RD, Podraza M, Rudolph J, Walzer T, et al. Teaching residents the two-challenge rule: A simulation-based approach to improve education and patient safety. *Simulation in Healthcare* 2009;4:84-91.
- (55) Minehart RD, Rudolph J, Pian-Smith MC, Raemer DB. Improving faculty feedback to resident trainees during a simulated case: A randomized, controlled trial of an educational intervention. *Anesthesiology* 2014;120:160-71.
- (56) O'Connor P, Byrne D, O'Dea A, McVeigh TP, Kerin MJ. "Excuse Me:" Teaching interns to speak up. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2013;39:426-31.
- (57) Weiss M, Kolbe M, Grote G, Spahn DR, Grande B. Stop-In the name of the patient! Development and evaluation of an inter-professional speaking up intervention for nurses and residents in acute care teams. under review.
- (58) Grote G, Kolbe M. Systemtheorien, Organisationstheoretische Ansätze. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, (Hrsg.). *Patientensicherheitsmanagement*. Berlin: De Gruyter; 2015. S. 57-61.
- (59) Burris ER. The risks and rewards of speaking up: Managerial responses to employee voice. *Academy of Management Journal* 2012;55:851-75.
- (60) Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior* 2006;27:941-66.
- (61) Ginnett RC. Crews and groups: Their formation and their leadership. In: Wiener E, Kanki BG, Helmreich RL, (Hrsg.). *Cockpit resource management*. San Diego, CA: Academic Press; 1993. S. 71-98.
- (62) Kolbe M, Grande B. Speaking up should be both continually encouraged and formally trained as an interactive process. In: Grote G, Carroll J, (Hrsg.). *Safety management in context – Cross-industry learning from theory and practice*. Rüslikon, Zürich: Swiss Re Center for Global Dialogue; 2013. S. 39-40.

- (63) Kolbe M, Grande B, Spahn DR. Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude, and setting. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2015;29:87-96.
- (64) Mullan PC, Kessler DO, Cheng A. Educational opportunities with postevent debriefing. *Journal of the American Medical Association* 2014;312:2333-4.
- (65) DeRue DS, Nahrgang JD, Hollenbeck JR, Workman K. A quasi-experimental study of after-event reviews and leadership development. *Journal of Applied Psychology* 2012;97:997-1015.
- (66) Schippers MC, Edmondson AC, West MA. Team reflexivity as an antidote to team information-processing failures. *Small Group Research* 2014;45:731-69.
- (67) Krugman RD, Jones MDJ, Lowenstein SR. Can we learn civility? Reflections on the challenge of changing culture. *Academic Medicine* 2014;89:1586-8.
- (68) Staender S, Wacker J, Kolbe M. Ausbildung im Thema «Patientensicherheit» – Fachkräfte früh für eine Sicherheitskultur sensibilisieren. In: Gausmann P, Henninger M, Koppenberg J, (Hrsg.). *Patientensicherheitsmanagement*. Berlin: De Gruyter; 2015. S. 370-6.
- (69) Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with good judgement: Combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinics* 2007;25:361-76.
- (70) World Alliance for Patient Safety. *World Health Organizations Surgical Safety Checklist (First Edition)*. Geneva: World Health Organizations; 2008.
- (71) Detert JR, Burris ER. Leadership behavior and employee voice: Is the door really open? *Academy of Management Journal* 2007;50:869-84.
- (72) Tangirala S, Ramanujam R. Ask and you shall hear (but not always): Examining the relationship between manager consultation and employee voice. *Personnel Psychology* 2012;65:251-82.
- (73) Detert JR, Treviño LK. Speaking up to higher-ups: How supervisors and skip-level leaders influence employee voice. *Organization Science* 2010;21:249-70.
- (74) Weiss M. *Speaking up for the patient. Individual and team-related antecedents of voice in healthcare teams*. Zürich: Departement of Management, Technology, and Economics, ETH Zürich; 2014.
- (75) Grant AM, Gino F. A little thanks goes a long way: Explaining why gratitude expressions motivate prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 2010;98:946-55.
- (76) Whiting SW, Maynes TD, Podsakoff NP, Podsakoff PM. Effects of message, source, and context on evaluations of employee voice behavior. *Journal of Applied Psychology* 2012;97:159-82.
- (77) Edmondson AC, McLain Smith D. Too hot to handle? How to manage relationship conflict at work. *California Management Review* 2006;49:6-31.
- (78) Tangirala S, Kamdar D, Venkataramani V, Parke MR. Doing right versus getting ahead: The effects of duty and achievement orientations on employees' voice. *Journal of Applied Psychology* 2013;98:1040-50.
- (79) Grant AM. Rocking the boat but keeping it steady: The role of emotion regulation in employee voice. *Academy of Management Journal* 2013;56:1703-23.
- (80) Minehart RD, Pian-Smith MC, Walzer TB, Gardner R, Rudolph JW, Simon R, et al. Speaking across the drapes: Communication strategies of anesthesiologists and obstetricians during a simulated maternal crisis. *Simulation in Healthcare* 2012;7:166-70.
- (81) Rudolph JW, Foldy EG, Robinson T, Kendall S, Taylor SS, Simon R. Helping without harming: The instructor's feedback dilemma in debriefing - a case study. *Simulation in Healthcare* 2013;8:304-16.
- (82) Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: A theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare* 2006;1:49-55.
- (83) Smith-Jentsch KA, Salas E, Baker DP. Training teams performance-related assertiveness. *Personnel Psychology* 1996;49:909-36.
- (84) Sachse R, Collatz A. *Wie ruiniere ich meine Karriere - und zwar systematisch!* Stuttgart: Klett-Cotta; 2012.
- (85) Henriksen K, Dayton E. Organizational silence and hidden threats to patient safety. *Health Services Research* 2006;41:1539-54.
- (86) Reynard J, Reynolds J, Stevenson P. *Practical patient safety*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- (87) Tucker AL, Edmondson AC. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review* 2003;45:55-72.
- (88) Srivastava R. Speaking up – When doctors navigate medical hierarchy. *New England Journal of Medicine* 2013;368:302-5.
- (89) Dankoski ME, Bickel J, Gusic ME. Discussing the undiscussable with the powerful: Why and how faculty must learn to counteract organizational silence. *Academic Medicine* 2014;89:1610-3.
- (90) Schwappach DL, Wernli M. Medication errors in chemotherapy: Incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. *European Journal of Cancer Care* 2010;19:285-92.
- (91) Belela ASC, Peterlini MAI, Pedreira MLG. Medication errors reported in a pediatric intensive care unit for oncologic patients. *Cancer Nursing* 2011;34.
- (92) Taylor JA, Winter L, Geyer LJ, Hawkins DS. Oral outpatient chemotherapy medication errors in children with acute lymphoblastic leukemia. *Cancer* 2006;107:1400-6.
- (93) Walsh KE, Dodd KS, Seetharaman K, Roblin DW, Herrinton LJ, Von Worley A, et al. Medication errors among adults and children with cancer in the outpatient setting. *Journal of Clinical Oncology* 2009;27:891-6.
- (94) Weingart SN, Toro J, Spencer J, Duncombe D, Gross A, Bartel S, et al. Medication errors involving oral chemotherapy. *Cancer* 2010;116:2455-64.
- (95) Hong NJL, Wright FC, Gagliardi AR, Paszat LF. Examining the potential relationship between

- multidisciplinary cancer care and patient survival: An international literature review. *Journal of Surgical Oncology* 2010;102:125-34.
- (96) Lamb BW, Taylor C, Lamb JN, Strickland SL, Vincent C, Green JSA, et al. Facilitators and barriers to teamworking and patient centeredness in multidisciplinary cancer teams: Findings of a national study. *Annals of Surgical Oncology* 2013;20:1408-16.
- (97) Tangirala S, Ramanujam R. Employee silence on critical work issues: The cross level effects of procedural justice climate. *Personnel Psychology* 2008;61:37-68.
- (98) Schwappach DLB, Gehring K. Frequency of and predictors for withholding patient safety concerns among oncology staff: A survey study. *European Journal of Cancer Care* 2015;24:395-403.
- (99) Grenny J, Maxfield D, Shimberg A. How to have influence. *MIT Sloan Management Review* 2008; Fall 2008.
- (100) Vaughan D. The challenger launch decision. Risky technology, culture, and deviance at NASA. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1996.
- (101) Banja J. The normalization of deviance in healthcare delivery. *Bus Horiz* 2010;53:139.
- (102) Life WINGS. Thirteen things you must know about successful CRM implementations. Verfügbar unter: www.saferpatients.com [abgerufen am 23.9.2015].
- (103) Martinez W, Etchegaray JM, Thomas EJ, Hickson GB, Lehmann LS, Schleyer AM, et al. 'Speaking up' about patient safety concerns and unprofessional behaviour among residents: Validation of two scales. *BMJ Quality & Safety* 2015;E-Publikation vor Druck.
- (104) Walzer T. CRICO Operating room team training collaborative: An approach to speaking up. Verfügbar unter: www.rmhf.harvard.edu/Clinician-Resources/Article/2014 [abgerufen am 6.1.2015].
- (105) Tschan F, Semmer N. Geteilte mentale Modelle und Leistung in der Teamarbeit. In: Fisch T, Beck D, Englich B, (Hrsg.). *Projektgruppen in Organisationen*. Göttingen: Hogrefe; 2001. S. 217-35.
- (106) Baer M, Frese M. Innovation is not enough: Climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance. *Journal of Organizational Behavior* 2003;24:45-68.
- (107) Bienefeld N, Grote G. Speaking up in ad hoc multiteam systems: Individual-level effects of psychological safety, status, and leadership within and across teams. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2014;23:930-45.
- (108) Salazar MJB, Minkoff H, Bayya J, Gillet B, Onoride H, Weedon J, et al. Influence of surgeon behavior on trainee willingness to speak up: A randomized controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons* 2014;219:1001-7.
- (109) Oertel R, Antoni CH. Wann und wie lernen Teams? Ein integriertes Modell des Teamlernens mit Berücksichtigung zeitlich-situativer Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 2013;57:132-44.
- (110) Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science* 1994;5:14-37.
- (111) Lankford MG, Zembower TR, Trick WE, Hacek DM, Noskin GA, Peterson LR. Influence of role models and hospital design on hand hygiene of healthcare workers. *Emerging Infectious Diseases* 2003;9:217-23.
- (112) Life WINGS. Research reveals a shockingly simple tool to get staff to speak up. Verfügbar unter: www.saferpatient.com/Newsletter/monthly-tip-sept2014.htm [abgerufen am 8.9.2014].
- (113) Morrison EW, Milliken FJ. Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world. *The Academy of Management Review* 2000;25:706-25.
- (114) Vaughan D. Organizational rituals of risk and error. In: Hunter B, Power M, (Hrsg.). *Organizational encounters with risk*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004. S. 33-66.
- (115) Pound R. How speaking up improves safety and saves lives in the health service. Verfügbar unter: www.hsj.co.uk [abgerufen am 20.1.2015].
- (116) Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. *Menschliche Kommunikation* (12. Auflage). Bern: Huber; 2011.
- (117) Schulz von Thun F. *Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen*. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation. Reinbek: Rowohlt; 1981.
- (118) McKoin S, Arbittier D, Wesner VS, Moorman DW, Castronuovo JJ. Building a culture of operating room safety using crew resource management. *Pennsylvania Patient Safety Advisory* 2010;7:1-3.
- (119) Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: Applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007;33:317-25.
- (120) Brindley PG, Reynolds SF. Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal of Critical Care* 2011;26:155-9.
- (121) Pratt SD, Mann S, Salisbury M, Greenberg P, Marcus R, Stabile B, et al. John M. Eisenberg Patient Safety and Quality Awards. Impact of CRM-based training on obstetric outcomes and clinicians' patient safety attitudes. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007;33:720-5.
- (122) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *TeamSTEPPS 2.0. Module 6: Mutual support*. Verfügbar unter: www.ahrq.gov [abgerufen am 20.9.2015].
- (123) Marshall D. Assertive behavior in healthcare. High reliability in healthcare learning series. Verfügbar unter: www.saferhealthcare.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (124) Life WINGS. Stop-the-line assertive statements training. Verfügbar unter: www.SaferPatients.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (125) Oregon Patient Safety Commission. Improving communication with advocacy and inquiry simulation models. Verfügbar unter: www.oregonpatientsafety.org [abgerufen am 3.6.2015].

- (126) Kofman F. Advocacy and inquiry: Combining the basic steps of the dance of communication. Verfügbar unter: www.axialent.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (127) Harden S. 8 tips about getting your staff to speak up that you absolutely can't ignore. Verfügbar unter: www.prweb.com [abgerufen am 20.9.2015].
- (128) Pennsylvania Patient Safety Authority. Letter to the editor: Working to reduce distractions in the operating room. PA Patient Safety Advisory 2015;12:84.
- (129) Regent E. Kommunikation als Führungsaufgabe. In: Von Rosenstil L, Regent E, Domsch ME, (Hrsg.). Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag; 2014. S. 213-22.
- (130) Fengler J. Feedback geben. Strategien und Übungen. Weinheim: Beltz; 1998.
- (131) Cooper RL, Meara ME. The organizational huddle process - optimum results through collaboration. Health Care Manager 2002;21:12-6.
- (132) Wilbur K, Scarborough K. Medication safety huddles: Teaming up to improve patient safety. The Canadian Journal of Hospital Pharmacy 2005;58:151-5.
- (133) Gerke ML, Uffelman C, Weber Chandler K. Safety huddles for a culture of safety. Patient Safety and Quality Healthcare 2010;May/June.
- (134) Gluck PA. Physician leadership: Essential in creating a culture of safety. Clinical Obstetrics and Gynecology 2010;53:473-81.
- (135) Provost SM, Lanham HJ, Leykum LK, McDaniel RRJ, Pugh J. Health care huddles: Managing complexity to achieve high reliability. Health Care Management Review 2015;40:2-12.
- (136) Institute for Healthcare Improvement. Huddles. Meeting tools 1. Boston, Massachusetts, USA; 2004.
- (137) Gollwitzer M. Implementation intentions. Strong effects of simple plans. American Psychologist 1999;54:493-503.

Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz

Stiftung für Patientensicherheit
Geschäftsstelle und Kontakt
Asylstrasse 77, CH-8032 Zürich
Telefon +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.patientensicherheit.ch
info@patientensicherheit.ch

Stiftungssitz
c/o Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel

ISBN 3-905803-18-6



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland