

# Speak Up

## Wenn Schweigen tötet

**Leandra Kissling**

**NDS HF Notfallpflege**

**Kurs F17**

**Notfallstation Stadtspital Triemli Zürich**

**Datum: 23.07.2018**

## Zusammenfassung

Schweigen tötet. Trotz jahrelanger Berufserfahrung, diversen Weiterbildungen und einem grossen Fachwissen schweigen jeden Tag Pflegefachpersonen auf der ganzen Welt bei beobachteten Missständen; mit potentiell gravierenden Folgen für den Patienten, das Team, die Institution, das Gesundheitswesen, die Gesellschaft und die beobachtende Pflegefachperson selbst. Warum ist das so? Wieso reicht das theoretische Wissen zu den entsprechenden Konzepten wie Crisis Resource Management nicht aus, um wachsame Pflegefachpersonen zum Sprechen zu bewegen? Was hält sie davon ab? Und was könnte ihnen in der Praxis helfen?

Diese Fragen und weitere werde ich in meiner Diplomarbeit beantworten. Mir liegt das Thema persönlich sehr am Herzen, denn ich bin eine dieser Pflegefachpersonen. Ich habe selbst schon in verschiedenen Situationen einen Missstand beobachtet, den ich eigentlich hätte ansprechen müssen. Doch ich habe es wider besseren Wissens nicht getan. Meine Literaturrecherche für diese Diplomarbeit hat mir aufgezeigt, dass die Konsequenzen von unterlassenem Speak Up noch viel weitreichender sein können, als ich gedacht habe. Deswegen ist es wichtig zu wissen, wie wir alle dazu beitragen können, Speak Up in der Praxis zu fördern. Und da haben wir ganz viele Möglichkeiten!

Meine Diplomarbeit zeigt auf, dass die fördernden Faktoren für Speak Up die hemmenden deutlich überwiegen. Das beweist, dass es sinnvoll und wichtig ist, dieses hilfreiche Konzept erfolgreich in den Berufsalltag zu integrieren. Und es macht Hoffnung auf ein sichereres Gesundheitswesen, in dem jede Stimme gehört werden darf und auch soll. Ich möchte nicht mehr länger schweigen. Und ich möchte mit den in dieser Diplomarbeit erarbeiteten Erkenntnissen die Leser ebenfalls zum Sprechen ermutigen, ihren Horizont erweitern und die Patientensicherheit in den entsprechenden Institutionen verbessern.

**Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung ..... 1

    1.1 Ausgangslage ..... 1

    1.2 Fragestellung ..... 1

    1.3 Abgrenzung..... 1

2 Hauptteil: Bearbeitung der Fragestellung ..... 2

    2.1 Crisis Resource Management (CRM) ..... 2

    2.2 Besonderheiten von Stress-Situationen..... 3

    2.3 Grundlagen der Aufmerksamkeit..... 5

    2.4 Speak Up ..... 6

        2.4.1 Vorteile von Speak Up ..... 7

        2.4.2 Nachteile von Speak Up ..... 8

        2.4.3 Fördernde und hemmende Faktoren von Speak Up..... 8

3 Schlussteil: Konsequenzen für die Praxis..... 11

    3.1 Kritische Bewertung der Literatur..... 11

    3.2 Konkrete Umsetzung in der Praxis..... 12

    3.3 Reflexion des Fallbeispiels ..... 14

    3.4 Merkblatt ..... 15

Literaturverzeichnis

Selbständigkeitserklärung

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

## 1 Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Zu meiner Diplomarbeit motivierte mich folgende Praxis-Situation:

Ich befinde mich als dokumentierende Notfallpflegefachperson im Schockraum meiner Notfallstation. Der Patient ist ein junger Mann, der Opfer eines Verkehrsunfalls geworden ist. Standardisiert führt der chirurgische Oberarzt, der den Lead hat, das Primary Survey durch. Er kontrolliert die Atemwege des Patienten, sucht nach auffälligen Hämatomen, grösseren Blutungen oder anderen kreislaufrelevanten Verletzungen. Wie so oft bei Verkehrsunfällen ist die genaue Kinematik nicht klar, weswegen wir nicht wissen, mit welchen Verletzungen wir rechnen müssen oder wonach wir konkret suchen. Der Patient ist zu diesem Zeitpunkt nicht ansprechbar, ein Schädelhirntrauma kann nicht ausgeschlossen werden. Im Schockraum herrscht eine hektische Atmosphäre, diverse Assistenz- und Oberärzte von verschiedenen Disziplinen, Anästhesisten, Radiologen, Pflegefachpersonen und weiteres Personal sind vor Ort.

Von meinem eher ruhigen Dokumentationsplatz aus fällt mir auf, dass der entsprechende Oberarzt unter dem Punkt „D“ des Primary Surveys (Disability) die Pupillen-Kontrolle nicht durchführt. Auch sonst scheint ausser mir niemand auf die Idee zu kommen, dass das in dieser Situation relevant sein könnte. Der Rest des Primary Surveys ist mehr oder weniger unauffällig, und der Patient wird schnellstmöglich zur Computer-Tomographie des ganzen Körpers geschickt. Auf den Bildern wird eine Epiduralblutung sichtbar, die eine Verlegung des Patienten in ein neurochirurgisches Kompetenzzentrum nötig macht.

Bis heute weiss ich nicht, ob der Patient bei der Pupillen-Kontrolle pathologische Veränderungen gezeigt hätte, die unseren Verdacht schon früher auf eine mögliche intrakranielle Blutung hätten lenken können. Ich weiss es nicht, weil ich nichts gesagt habe. Obwohl mir aufgefallen ist, dass ein Punkt des Primary Surveys vergessen gegangen ist. Und obwohl mir das Konzept Speak Up zu diesem Zeitpunkt aus meiner theoretischen Ausbildung bereits bekannt war. Ich fühlte mich in dem Moment wie gelähmt und brachte keinen Ton heraus. Die Hektik der Situation, die Ernsthaftigkeit der Atmosphäre und der berufliche Status des chirurgischen Oberarztes haben mir wortwörtlich die Sprache verschlagen. Obwohl ich es eigentlich besser gewusst hätte.

Diese Diplomarbeit schreibe ich, damit mir so etwas nie wieder passiert. Das Thema Speak Up sowie das Überthema des Crisis Resource Management haben mich schon immer besonders interessiert. Ich bin ganz klar der Ansicht, dass wir Notfallpflegefachpersonen hochkompetent, professionell und somit berechtigt sind, auch einem Oberarzt gegenüber zu kommunizieren, wenn uns Fehler in der Patientenbetreuung auffallen. Wieso ich dies dennoch nicht getan habe, und was ich in Zukunft in solchen Situationen besser machen kann, möchte ich mit dieser Diplomarbeit näher ausführen.

### 1.2 Fragestellung

- Welche Argumente sprechen für den Einsatz des Konzepts Speak Up aus dem Crisis Resource Management im Setting des Schockraums einer Notfallstation?
- Wie kann ich das Konzept Speak Up konkret im Schockraum meiner Notfallstation umsetzen?

### 1.3 Abgrenzung

Mir ist bewusst, dass es sich beim Thema Speak Up im Rahmen des Crisis Resource Management um ein sehr vielfältiges Thema handelt, das ich in dieser Diplomarbeit aufgrund der vorgegebenen Seitenzahl nicht vollumfänglich bearbeiten kann. Diverse

Aspekte werde ich nur oberflächlich streifen können. Mein Fokus liegt auf dem Setting des Schockraums in meiner Institution und den Notfallexperten als ausführende Personen.

Das Crisis Resource Management werde ich nur in seinen groben Zügen beschreiben, die einzelnen Konzepte, die darin integriert sind, werde ich jedoch nicht näher erläutern, da es in meiner Arbeit nur um das Konzept Speak Up geht. Bei der Beschreibung dieses Konzepts werde ich zur besseren Verständlichkeit der Zusammenhänge noch ein paar Aspekte der besonderen Herausforderungen in Akut-Situationen sowie der Grundlagen der Aufmerksamkeit (inklusive möglicher Störfaktoren) erwähnen, jedoch ohne dabei theoretische Grundlagen des Stresses allgemein oder dessen physischen und psychischen Auswirkungen auf den menschlichen Körper und die Theorie der humanen Kognition näher zu erläutern. Ich werde nicht darauf eingehen, in welchen Situationen Speak Up typischerweise vorkommt und in welchen eher nicht, und ich werde auch nicht beschreiben, wie korrektes Speak Up optimalerweise zu erfolgen hat. Die dafür notwendigen Kommunikationstheorien wurden in diversen Pflege-Ausbildungen bereits ausreichend thematisiert. Da es in meiner Arbeit um die Anwendung von Speak Up im Schockraum geht, werde ich keine möglichen Speak-Up-Situationen auf der Abteilung oder in anderen Bereichen innerhalb oder ausserhalb des Gesundheitswesens beschreiben.

Mit allen Formulierungen in dieser Arbeit sind immer sowohl das männliche als auch das weibliche Geschlecht gemeint. Die männliche Form wird jeweils nur der Einfachheit und besseren Lesbarkeit halber verwendet.

## 2 Hauptteil: Bearbeitung der Fragestellung

### 2.1 Crisis Resource Management (CRM)

Irren ist menschlich. Diese Aussage ist der Ausgangspunkt des Crisis Resource Management (nachfolgend CRM, je nach Quelle auch als Crew Resource Management bezeichnet). Menschliche Verhaltensweisen (so genannte „Human Factors“) sind in der Medizin für über 70% aller Fehler und Unfälle verantwortlich (Rossknecht & Wigdorovits, 2016). Da Menschen keine Maschinen sind, wird ihr Verhalten durch Stress-Situationen, wie wir sie im Schockraum ständig antreffen, fehleranfällig. Ihre Aufmerksamkeit reduziert sich dabei, und ihr Denken wird eingeengt. CRM ist ein Konzept, das entwickelt worden ist, um diese Human Factors besser in den Griff zu bekommen und somit die Fehlerrate zu reduzieren (St. Pierre, Hofinger, Buerschaper & Simon, 2011).

CRM stammt ursprünglich aus der Aviatik und sollte der Verhinderung schwerer Flugzeug-Unfälle dienen. Das in den späten 70er Jahren entwickelte Konzept beinhaltet klar strukturierte Prinzipien, die einem Team helfen, sich in kritischen Situationen optimal zu verhalten. Wie bereits erwähnt, stehen im Zentrum von CRM die Human Factors, also die interpersonellen Beziehungen, das Selbstmanagement und die Kommunikation von spezialisierten Teams. Ihnen soll mittels CRM ermöglicht werden, ihr Verhalten in Akutsituationen sicherer und effizienter zu gestalten. CRM lässt sich gut in Teamschulungen integrieren und ist die Grundlage diverser Simulations-Trainings (Rossknecht & Wigdorovits, 2016).

Obwohl CRM ursprünglich für die Aviatik entwickelt worden ist, wurde es seit 1992 auch in der Medizin (ursprünglich in der Anästhesie als Anaesthesia Crisis Resource Management, A-CRM) eingesetzt. Das Konzept eignet sich hervorragend für alle Akut-Settings im Gesundheitswesen (also auch Notfallstationen, Intensivstationen, etc.), da diese Bereiche häufig mit Situationen konfrontiert sind, die sich durch eine hohe Komplexität, eigene Dynamik, Multiprofessionalität und einen hohen Stress-Pegel auszeichnen (Rossknecht & Wigdorovits, 2016). Die systematische Anwendung von CRM in der Praxis hat das Potential, fetstgefahrene Arbeitsstrukturen zu revolutionieren, eine positive Fehlerkultur einzuführen

und das Bewusstsein ganzer Teams für das Thema Patientensicherheit zu schärfen (St. Pierre et al., 2011).

Um eine positive Fehlerkultur zu ermöglichen, ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter (vor allem auch solche mit Führungsfunktion) wissen, dass negative Zwischenfälle in Akut-Situationen nicht auf einem konkreten Fehler einer Einzelperson, sondern auf einer unglücklichen Aneinanderreihung diverser kleiner Fehler an mehreren Stellen beruhen. Der Fehler muss also nicht beim Individuum, sondern im System gesucht werden. CRM ermöglicht eben diesen systemischen Blick in Akut-Situationen. Ferner kann nur an einem Arbeitsort ohne Schuldzuweisungen und mit positiver Fehlerkultur gefahrloses und angstfreies Speak Up stattfinden (St. Pierre et al, 2011) – dazu jedoch später mehr.

Die Schulung der Mitarbeitenden in CRM wird in den einzelnen Institutionen des Gesundheitswesens sehr heterogen umgesetzt. Trotzdem sollten gewisse Faktoren beachtet werden, um die Trainings möglichst effektiv zu gestalten und so die Patientensicherheit im Praxisalltag zu verbessern. Dazu gehört, dass die Trainings immer mehrere Berufsgruppen miteinbeziehen und dabei am besten konkrete, realitätsnahe Situationen durchgespielt werden sollten (Schwappach, 2016). Optimalerweise bekommen die interprofessionellen Teilnehmenden dieser heutzutage weit verbreiteten Schulungen zuerst einen theoretischen Input und werden dann bei der Umsetzung des Praxis-Beispiels gefilmt, damit sie am Schluss anhand der Video-Aufnahme gezielt reflektieren und konkrete Schlüsse für die Praxis ziehen können (so genannte Debriefings). Diese spezialisierten Schulungs-Settings ermöglichen einen optimalen Mix aus individuellem und teambasiertem Lernen (St. Pierre et al., 2011).

In einem Team kommen die unterschiedlichsten Personen mit den unterschiedlichsten Stärken und Schwächen zusammen. Dies kann positiv sein, da sich die einzelnen Teammitglieder im Sinne von Synergien mit ihren jeweiligen Kompetenzen ergänzen. Oder auch negativ, weil durch verschiedene Hierarchie-Stufen oder andere Unterschiede ein gefährliches Konkurrenz-Denken (oder eben betretenes Schweigen) entstehen kann und die verschiedenen Meinungen der Teammitglieder einen effizienten Entscheidungsprozess behindern können. Je mehr Leute in einer Stress-Situation zusammenarbeiten, desto höher ist die Gefahr von Missverständnissen. Gerade auch deswegen sind CRM-Schulungen mit multiprofessionellen Teams unerlässlich, um den Teammitgliedern in einem stressfreien, geschützten Setting die Grundlagen sicherer und effizienter Patientenversorgung beizubringen. Den Schulungs-Teilnehmern wird aufgezeigt, wie sie zwischenmenschliche und organisatorische Barrieren zum Wohl ihrer Patienten überwinden können (St. Pierre et al., 2011).

CRM umfasst zehn grundlegende Prinzipien, die den vier Themenbereichen **Aufgabenbewältigung** (Arbeitsumgebung kennen, personelle und materielle Ressourcen kennen), **Teamarbeit und Führung** (Lead definieren, sichere und effiziente Kommunikation), **Situationsbewusstsein** (Antizipation und Planung, Einbezug aller vorhandenen Informationen, Fixierungsfehler verhindern) und **Entscheidungsfindung** (regelmässige Re-Evaluation mit dynamischer Prioritäten-Setzung, Verwendung von Merkhilfen, Speak Up) zugeordnet werden könne (Schwappach, 2016). Das Prinzip Speak Up werde ich nachfolgend noch genauer erläutern.

## 2.2 Besonderheiten von Stress-Situationen

Es ist kein Geheimnis, dass unser Gesundheitswesen unter einem zunehmenden Personalmangel leidet. Dieser Personalmangel erhöht den Stress-Level im Alltag, was zu mehr Kündigungen und somit wiederum zu verstärktem Personalmangel führt; es handelt sich um einen Teufelskreis. Während wir an den ungünstigen Voraussetzungen, die uns in diversen Akut-Settings begegnen, nichts ändern können, können wir sehr wohl versuchen

das Beste aus den Umständen zu machen, indem wir uns mittels CRM bewusst werden, mit welchen besonderen Herausforderungen wir in Stress-Situationen konfrontiert sind, um diese dann besser zu bewältigen.

Stress-Situationen, wie wir sie im Schockraum einer Notfallstation häufig antreffen, sind Ausnahmesituationen und bergen ein grosses Fehler- und Gefahrenpotenzial. In solchen Settings arbeiten nur Fachpersonen mit einer fundierten Ausbildung, und trotzdem schleichen sich immer wieder Fehler ein. Das liegt nicht daran, dass sich die entsprechenden Personen zu wenig Mühe geben, nachlässig sind oder unsorgfältig arbeiten; sondern daran, dass solche Stress-Situationen zu ungünstigen und unübersichtlichen Bedingungen führen, die das Denken und die Aufmerksamkeit der einzelnen Teammitglieder negativ beeinflussen können. In genau diesen Settings wird der Unterschied zwischen Theorie und Praxis der Notfall-Versorgung deutlich sichtbar (Schwappach, 2016).

Akut-Situationen gehören zu den komplexesten Konstellationen, die im Gesundheitswesen anzutreffen sind. Sie zeichnen sich durch diverse Variablen, Interdependenz, eine unkontrollierbare Dynamik, eine Zeitlatenz und eine Irreversibilität der Entscheidungen (ein Menschenleben retten oder nicht) aus. Alle diese Faktoren machen Akut-Situationen anfällig für unüberschaubares Chaos, das im Endeffekt zu Fehlern führt. Allen Akut-Situationen unterliegt eine gewisse Dramatik, die auch durch viele Jahre Berufserfahrung nicht gänzlich verloren geht. An dieser Stelle muss gesagt werden, dass trotz der vielen erschwerenden Faktoren, die in Stress-Situationen zusammenkommen, vergleichsweise wenig gravierende Fehler passieren (St. Pierre et al, 2011).

**Diverse Variablen** treffen wir vor allem bei multimorbiden Patienten oder Patienten mit einem Polytrauma im Schockraum an. Diese speziell vulnerablen Patientengruppen haben nicht nur ein gesundheitliches Problem, sondern gleich mehrere. Diese Probleme sind einzeln oder kombiniert potentiell letal und beeinflussen sich gegenseitig (meist negativ). Kommt es zu einer Zustandsverschlechterung des Patienten, muss das dafür verantwortliche Problem zuerst unter all den anderen Problemen ausfindig gemacht werden. Die grosse Menge kritischer Variablen erhöht das Risiko, dass einzelne Probleme des Patienten übersehen werden. Dieser Faktor gewinnt mit der aktuellen soziodemografischen Entwicklung immer mehr an Bedeutung, da sich unsere alternde Gesellschaft mit immer mehr polymorbiden Patienten konfrontiert sieht (St. Pierre et al., 2011).

**Die Interdependenz** beschreibt einerseits, wie sich die oben genannten Variablen gegenseitig beeinflussen, aber auch, wie die Handlung eines einzelnen Teammitglieds das gesamte Team und die Situation als Ganzes beeinflussen. Während Akut-Situationen sehen wir uns gezwungen, in komplexen Systemen zu interagieren, was das Potential für Kettenreaktionen beinhaltet. Die Konsequenzen einer einzelnen Aktion sind meist nicht vorhersehbar. Die Manipulation einzelner Variablen wird in einer Akut-Situation zu keinem befriedigenden Ergebnis führen; nur eine systemische Herangehensweise mit Berücksichtigung aller Variablen kann Erfolg bringen. Diese Erkenntnisse finden sich auch unter dem Punkt „Situationsbewusstsein“ des CRM wieder (St. Pierre et al., 2011).

Die Aussage, dass die Akut-Situation nicht darauf wartet, dass wir für sie bereit sind, ist die Grundlage der **unkontrollierbaren Dynamik**. Noch während nach der Lösung für ein Problem gesucht wird, taucht bereits ein nächstes auf. Das macht eine ständige Re-Evaluation und dynamische Prioritätensetzung notwendig und bestätigt somit den Punkt „Entscheidungsfindung“ im CRM. **Die Zeitlatenz** besagt, dass nicht alle Probleme sofort nach ihrer Entstehung sichtbar werden. Unter Umständen liegt der Anfang des aktuell beobachteten Problems schon Stunden zurück und kann kaum noch klar identifiziert werden (St. Pierre et al., 2011).

### 2.3 Grundlagen der Aufmerksamkeit

Aufmerksamkeit ist nur eine von vielen kognitiven Fähigkeiten, die Fachpersonen in Stress-Situationen beherrschen müssen. Da Aufmerksamkeit jedoch die Grundlage bildet, um Speak Up in der Praxis überhaupt anwenden zu können, möchte ich in diesem Abschnitt kurz auf sie eingehen. Aufmerksamkeit ist nicht gleich Aufmerksamkeit. In der Fachliteratur werden anhand feiner Unterschiede die Begriffe „Aufmerksamkeit“, „Wachsamkeit“ und „Konzentration“ differenziert.

**Aufmerksamkeit** ermöglicht es uns, in einer Situation absolut präsent zu sein. Als Beispiel sollte eine Pflegefachperson bei ihrer Arbeit im Schockraum nicht über ihre Pläne für das bevorstehende Wochenende nachdenken. Die Aufmerksamkeits-Kapazität einer jeden Person ist sehr unterschiedlich, und sie ist anfällig für Störfaktoren. Menschen besitzen eine „Basis-Aufmerksamkeit“ und eine „phasenabhängige Aufmerksamkeit“. Die Basis-Aufmerksamkeit kann nicht bewusst kontrolliert werden und ist der Teil der Aufmerksamkeit, der für unten genannte Störfaktoren besonders anfällig ist. Die phasenabhängige Aufmerksamkeit ist eine erhöhte Aktivität im zentralen Nervensystem aufgrund eines gewissen Stimulus/Triggers, die mit einer Sympathikus-Aktivierung einhergeht (St. Pierre et al, 2011).

**Die Wachsamkeit** einer Person nimmt ab, je länger sie in einer gewissen Situation verharren muss. Ihre Reaktionszeit verlangsamt sich, ihr visuelles und auditives Sensorium verarmt. Nur schon deswegen ist es sinnvoll, die Aufenthaltszeit eines Patienten im Schockraum auf ein Minimum zu begrenzen. Wachsamkeit ermöglicht uns, Probleme, die schrittweise (also nicht plötzlich und akut) auftreten, frühzeitig zu erkennen, bevor sie gravierende Konsequenzen haben können. Wachsamkeit ist besonders anfällig auf den Störfaktor „Langeweile/Monotonie“.

**Konzentration** beschreibt die längerfristige Fokussierung der Aufmerksamkeit auf eine gewisse Aufgabe. Sie setzt somit die Fähigkeit der selektiven Aufmerksamkeit voraus, also zu erkennen, was in der momentanen Situation relevant ist und was nicht und wann non-relevante Aspekte bewusst auszublenden sind. Mittels Meditation können Fachpersonen ihre Konzentrationsfähigkeit gezielt trainieren (St. Pierre et al., 2011).

Diverse Faktoren, die im Setting Notfallstation anzutreffen sind, können die Aufmerksamkeit einer Fachperson negativ beeinflussen. Zu möglichen grundlegenden, vorhandenen Faktoren, wie diversen psychischen, physischen und anlagebedingten Störungen, kommen die vier häufigen akuten Faktoren Erschöpfung, Müdigkeit, Langeweile und zu viel Konzentration.

**Erschöpfung** ist der Moment der kompletten physischen und psychischen Verausgabung, in dem schlicht keine weitere Fokussierung der Aufmerksamkeit mehr möglich ist. Mit Erschöpfung signalisiert der Körper ganz klar, dass man dringend eine Pause benötigt, weil die Leistungsgrenze erreicht wurde. Leider ist in Akut-Situationen das Einlegen einer Pause oft nicht möglich, weswegen Fachpersonen trotz Erschöpfung weiterarbeiten. Ihre Handlungen werden dabei fehleranfällig, da sich Erschöpfung negativ auf alle drei der oben beschriebenen Unterformen der Aufmerksamkeit auswirkt. Nicht nur kognitive (z.B. Entscheidungsfindung, Kommunikation), sondern auch physische Fähigkeiten werden reduziert; die Motorik von erschöpften Personen ist verlangsamt, was im Schockraum zusätzliche Gefahren mit sich bringt. Besorgniserregend ist auch, dass Personen, die unter Erschöpfung leiden, ihre eigenen Fehler plötzlich als nicht mehr so gravierend erachten und deswegen auch keine Notwendigkeit sehen, diese mittels Speak Up zu kommunizieren. Tückisch ist, dass Erschöpfung von uns meist erst dann bemerkt wird, wenn unsere Leistungsfähigkeit bereits deutlich eingeschränkt ist (St. Pierre et al., 2011).

Regelmässige Schichtwechsel und dabei insbesondere die Nachtdienste stören unseren Schlaf-Wach-Rhythmus und führen zu Schlafproblemen. Diese Schlafprobleme ziehen akute oder chronische **Müdigkeit** nach sich. Nach einer Woche mit durchgehend weniger als fünf Stunden Schlaf pro Nacht zeigen sich bei Fachpersonen deutliche Leistungseinbussen (St. Pierre zit. nach Dinges et al. 1997, S. 148). Erste Effekte des Schlafmangels sind jedoch schon früher bemerkbar. Bereits nach einer Nacht mit zwei Stunden Schlafmangel verspürt der Körper ähnliche sedative Effekte wie nach drei 360 ml Bierdosen (St. Pierre zit. Roehrs et al. 2003, S. 148). Weil unser Schlaf-Wach-Rhythmus unter anderem vom Tageslicht gesteuert wird, sind wir während unserer Nachtdienste deutlich müder und fehleranfälliger. Wer den ersten seiner Nachtdienste absolviert, ohne vorher zu schlafen, also gesamthaft ca. 24 Stunden am Stück wach bleibt, weist die gleichen psychomotorischen Beeinträchtigungen auf wie eine Person, die einen Blut-Alkoholspiegel von einem Promille hat (St. Pierre zit. Dawson & Reid 1997, S. 148). Jedoch gilt, dass nicht alle Personen in ihrer Leistung gleich anfällig auf Schlafmangel sind. „Eulen“ (Personen, mit der höchsten Aktivität in den späten Abendstunden) tolerieren Schlafmangel besser als „Lerchen“ (Personen, mit der höchsten Aktivität in den frühen Morgenstunden).

**Langeweile** (auch Monotonie genannt) kommt auf, wenn Fachpersonen immer wieder die gleichen Aufgaben ausführen müssen und dabei nur wenig relevanten Stimuli ausgesetzt sind. Langeweile kann schnell abgewendet werden, wenn plötzlich „etwas“ passiert. Wenn die Pflegefachperson im Schockraum zum Beispiel seit einigen Minuten die unveränderten Vitalzeichen des Patienten auf dem Monitor betrachtet und dieser dann plötzlich eine Herzrhythmusstörung entwickelt, so fokussiert sich ihre Aufmerksamkeit sofort auf das aktuelle Ereignis.

**Zu viel Konzentration** klingt zwar paradox, kann jedoch die Aufmerksamkeit ebenfalls negativ beeinflussen. Ist eine Fachperson voll und ganz auf etwas konzentriert (z.B. die Einlage eines Venenkatheters bei schwierigen Venenverhältnissen) kann es sein, dass sie wichtige andere Aspekte übersieht (z.B. massive Hämatome im Bereich des Thorax oder Abdomens). Zu viel Konzentration führt dazu, dass die betroffenen Personen agieren, als würden sie Scheuklappen tragen. Sie verlieren dann den Überblick über die Gesamtsituation, was wiederum das im CRM so wichtige Situationsbewusstsein schwächt (St. Pierre et al, 2011).

## 2.4 Speak Up

Speak Up ist eines der zehn Prinzipien (auch Konzepte genannt) des CRM und kann dem Themenbereich der Entscheidungsfindung zugeordnet werden. Das Prinzip besagt, dass sich jedes Teammitglied sofort melden soll, wenn ihm ein Fehler in der Patientenversorgung auffällt, beziehungsweise, wenn es Optimierungspotenzial in der Patientenbetreuung entdeckt. Auf den ersten Blick scheint dieses Konzept simpel und in der Praxis leicht umsetzbar zu sein, besonders wenn man die Grundlagen des CRM kennt und sie verinnerlicht hat. Es zeigt sich jedoch, dass diverse Faktoren im Berufsalltag Speak Up hemmen oder fördern können (siehe Kapitel 2.4.3.).

Wie bereits erwähnt, kann Speak Up nur angstfrei betrieben werden, wenn in der Institution eine positive Fehlerkultur herrscht und keine einschüchternden, starren Hierarchien vorhanden sind. Speak Up stellt jedoch nicht nur ein Recht aller Teammitglieder (egal welchen Ausbildungsstand diese haben) dar, sondern ist eine Pflicht der gewissenhaften Berufsausübung. Argumente, die sich im Berufsalltag für die Nicht-Anwendung von Speak Up finden, müssen durch dessen bewiesene Vorteile entkräftet werden, um die Patientensicherheit gewährleisten zu können (Rosknecht & Wigdorovits, 2016).

Speak Up ist ein Thema, das alle Fachpersonen im Gesundheitswesen betrifft und auch allen bekannt ist. Werden Gesundheitsfachpersonen befragt, so geben fast alle an, sich schon einmal in einer Situation befunden zu haben, in der ein Missstand nicht angesprochen worden ist. Studien zeigen, dass nicht durchgeführtes Speak Up in der Praxis ein grosses Problem ist. Konkret: 72 % der beobachteten Missstände werden in der Praxis schlicht nicht angesprochen. Nur 11 % werden deutlich angesprochen, während weitere 17 % eher unspezifisch und somit auch ineffizient zur Sprache gebracht werden (Schwappach, 2016).

Nicht durchgeführtes Speak Up kann für den Patienten dramatische Folgen haben. Es ist ein Problem, wenn im Gesundheitswesen durch die besonderen Herausforderungen in Stress-Situationen und eine reduzierte Aufmerksamkeits-Kapazität Fehler nicht erkannt werden. Es ist jedoch fahrlässig, solche Probleme nicht anzusprechen, obwohl man sie erkennt. Die einzelnen Teammitglieder müssen deshalb von ihrem Betrieb ermutigt werden, ihre fachliche Meinung ohne Hemmungen kundzutun, um die Patientensicherheit zu fördern. In letzter Zeit werden immer mehr Studien erstellt, die die positiven Effekte von Speak Up aufzeigen und Institutionen ermöglichen sollen, das Konzept systematisch einzuführen und zu kultivieren (Patientensicherheit Schweiz, 2016).

Beim Speak Up spielen besonders Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle. Durch ihre spezialisierte Ausbildung haben sie eine ausgezeichnete Beobachtungsgabe und ein geschultes Auge für klinische Details. Es konnte bewiesen werden, dass Speak Up von Pflegefachpersonen gegenüber Ärzten einen direkten positiven Effekt auf die Teamleistung als Ganzes hat (Okuyama, Wagner & Bijnen, 2014).

#### **2.4.1 Vorteile von Speak Up**

Speak Up fördert ganz klar die Patientensicherheit, indem Fehler und Missstände aufgedeckt werden, die nach dem Prinzip der diversen Variablen und deren unkontrollierbaren Dynamik in Akut-Situationen (siehe Abschnitt 2.2) fatale Kettenreaktionen auslösen können. Auch bringt Speak Up einen Lerneffekt für das ganze Team und zeigt den einzelnen Teammitgliedern auf, was sie in zukünftigen Situationen besser machen können. Die Zusammenarbeit im Team kann durch Speak Up verbessert werden, das Zugehörigkeitsgefühl der einzelnen Teammitglieder steigt (Okuyama et al., 2014).

Die Patientensicherheit, also das Ausbleiben von verhinderbaren Komplikationen oder negativen Effekten in der Patientenbetreuung, ist eine von sechs Dimensionen der Qualitätssicherung unserer Gesundheitsversorgung. Somit kann Speak Up nicht nur die Patientensicherheit, sondern auch die Qualität im gesamten Gesundheitswesen fördern.

Da das Gesundheitswesen immer mehr Teil eines Marktplatzes wird, auf dem sich Patienten für elektive Eingriffe ihr Krankenhaus anhand dessen Reputation und anhand von Online-Bewertungen aussuchen, bringt eine hohe Versorgungsqualität durch Patientensicherheit der Institution auch einen Wettbewerbsvorteil (Schwappach & Gehring, 2014).

Auch die direkten finanziellen Aspekte von Speak Up sind nicht zu vernachlässigen. Wenn Komplikationen verhindert werden, spart das Geld. Patienten können unter Umständen eine kostspielige Betreuung auf der Intensivstation umgehen, sie erholen sich schneller und können das Krankenhaus früher verlassen. Eine 1999 durchgeführte Studie zeigte auf, dass medizinische Fehler in den Vereinigten Staaten die Gesellschaft pro Jahr umgerechnet 29'000 Milliarden Franken kosten. Es ist anzunehmen, dass dieser Betrag durch die immer moderneren und unbegrenzteren Möglichkeiten der Medizin in den letzten knapp 20 Jahren weiter gestiegen ist. Die finanziellen Folgen von medizinischen Fehlern können ein Land

jedoch auch nach der Hospitalisation eines Patienten beschäftigen und seine Produktivität belasten. Die erlittenen Komplikationen können den Betroffenen potenziell arbeitsunfähig und abhängig von Sozialleistungen machen. Dadurch sinkt die Arbeitskraft des Landes (Nacioglu, 2016).

Erfolgreich durchgeführtes Speak Up kann Traumatisierungen und nachhaltige psychische Belastungen der einzelnen Teammitglieder verhindern. Wer einen Fehler bemerkt, diesen jedoch nicht anspricht und im Nachhinein erfährt, dass der Patient deswegen einen Schaden erlitten hat, kann dadurch schwer beeinträchtigt werden. Vielleicht ist den Betroffenen dieser Situationen (den sogenannten „Second Victims“) die weitere Berufsausübung wegen ihrer Schuldgefühle sogar unmöglich. Speak Up fördert also die Berufsverweildauer und wirkt dem Personalmangel im Gesundheitswesen entgegen (Nacioglu, 2016).

Speak Up schützt aber nicht nur den Patienten und das Teammitglied, das Speak Up angewendet hat, sondern auch die Fachperson, die den Fehler ohne Speak Up begangen hätte. Agiert diese Person dank einer Rückmeldung fehlerfrei, so umgeht sie allfällige Sanktionen wie Versetzung oder sogar Kündigung. Rechtliche Konsequenzen, wie z.B. Gerichtsprozesse durch geschädigte Patienten, können verhindert werden (Schwappach & Gehring, 2014).

#### **2.4.2 Nachteile von Speak Up**

In seltenen Fällen wird beschrieben, dass sich in Institutionen, in denen zuverlässig Speak Up betrieben wird, eine gewisse Selbstverständlichkeit einschleichen kann. Die einzelnen Teammitglieder verlassen sich durch ihre Erfahrung darauf, dass ihre Kollegen sie auf Fehler aufmerksam machen und werden so in ihrem eigenen Handeln und in ihrer Selbstkontrolle nachlässiger (Okuyama, 2014). In einem Mailkontakt antwortete Professor David Schwappach (Schweizer Spezialist für Speak Up und Autor diverser Studien zu diesem Thema) auf meine Frage, ob Speak Up unter Umständen den Arbeitsfluss unterbrechen und somit weitere Fehler provozieren könnte, dass er sich dies zwar vorstellen kann, es aber für eher unwahrscheinlich hält. Zudem meinte Professor Schwappach, dass das eher geringe Potenzial der zusätzlichen Fehler-Entstehung in keinem Verhältnis zu den positiven Effekten von Speak Up steht.

Viele Pflegefachpersonen, die auf Speak Up verzichten, fürchten sich vor den Reaktionen ihrer Kollegen. Sie glauben, dass die Beziehung zu den Kollegen negativ beeinflusst würde oder dass es zu einer Stigmatisierung kommen könnte (ähnlich wie bei „Whistleblowern“.) In der Praxis zeigt sich jedoch, dass es sich bei solchen Reaktionen um Einzelfälle handelt. Diese haben jedoch unter Umständen für die betroffene Person gravierende Auswirkungen. Die meisten Reaktionen von Teammitgliedern auf Speak Up sind allerdings positiv, solange die Kommunikation sachlich und wertfrei stattfindet. Sie drücken, nachdem sie auf ihren Fehler aufmerksam gemacht worden sind, ihren Dank aus oder entschuldigen sich sogar dafür (Schwappach & Gehring, 2014). Schliesslich möchten Gesundheitsfachpersonen ihren Patienten keinen vermeidbaren Schaden zufügen.

Was bedeutend häufiger vorkommt: Speak Up wird teilweise einfach ignoriert. Teammitglieder sprechen Missstände zwar klar an, doch niemand geht auf ihre Anmerkung ein; sie werden schlicht übergangen. Das führt bei den betroffenen Personen zu Unsicherheit und Frustration und reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass sie Speak Up zu einem späteren Zeitpunkt wieder anwenden werden (Schwappach & Gehring, 2014).

#### **2.4.3 Fördernde und hemmende Faktoren von Speak Up**

Um Speak Up in der Praxis umsetzen zu können, ist es unabdingbar, die beeinflussenden Faktoren zu kennen. Ich habe untenstehend eine Tabelle mit den verschiedenen, in der

Fachliteratur mehrfach beschriebenen Faktoren erstellt. Gewisse beeinflussende Faktoren werden nachfolgend genauer erläutert, andere werden aus Platzgründen als selbsterklärend betrachtet.

Fördernde Faktoren	Hemmende Faktoren
Gravierende Fehler	Hierarchie-Barrieren
Verinnerlichung des Konzepts Speak Up	Angst vor Stigmatisierung/Reperkussion
Offene Fehlerkultur im Betrieb	Blindes Vertrauen
Beziehung	Verwunderung
Interdisziplinarität	Hohe Anzahl anwesender Personen
Positive Vorbilder	Anwesender, wacher Patient
Frühere positive Erfahrungen mit Speak Up	Frühere negative Erfahrungen mit Speak Up
Langjährige Berufserfahrung	Fehlendes Wissen/Unsicherheit
Zugehörigkeitsgefühl zur Institution	Schüchternheit/Introversion
Sprachliche Kompetenzen	Zeitdruck
Positiver Selbstwert	Kulturelle Hintergründe
Starke Moralgefühle	
Wut	

Tab. 1: Beeinflussende Faktoren von Speak Up

Da Speak Up in den Augen vieler Pflegefachpersonen mit Risiken verbunden ist (siehe 2.4.2), überlegen sie sich ganz genau, ob sie Missstände wirklich ansprechen sollen oder nicht. Dabei wägen sie das Ausmass des Missstands gegen die möglichen negativen Folgen von Speak Up ab. Je **gravierender** der Missstand, also der dadurch verursachte Schaden ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass Speak Up zum Einsatz kommt (Raemer, Kolbe, Minehart, Rudolph & Pian-Smith, 2016). Sehr wichtig ist die **Verinnerlichung von Speak Up**. Fachpersonen, die nicht wissen, was Speak Up ist, nie mit CRM konfrontiert worden sind oder in einer Institution arbeiten, in der Fehler prinzipiell nie angesprochen werden, erkennen Situationen, in denen Speak Up in der Praxis nutzbar gemacht werden müsste, gar nicht als solche und schweigen (Schwappach & Richard, 2018).

Der fördernde Faktor **Beziehung** beinhaltet diverse Aspekte. Studien haben gezeigt, dass Speak Up wahrscheinlicher wird, wenn die Person, die kritisiert wird, in einer wohlwollenden Beziehung zur beobachtenden Person steht oder der gleichen Berufsgruppe angehört. Diese Zugehörigkeit schafft eine Vertrauensbasis, die ein offenes Ansprechen von Fehlern und Missständen ermöglicht. Auch ist es so, dass Speak Up in Institutionen wahrscheinlicher ist, in denen generell ein freundlicher, kollegialer Umgang des Personals untereinander herrscht. Dieser Punkt korreliert auch mit dem Faktor der **Interdisziplinarität**, der beschreibt, dass in Institutionen, in denen die Interdisziplinarität und Ebenbürtigkeit der einzelnen Berufsgruppen auch wirklich gelebt und nicht nur gepredigt werden, Speak Up häufiger vorkommt (Okuyama et al., 2014).

Wenn eine Fachperson in ihrem Betrieb beobachten kann, wie andere Personen Speak Up betreiben und dafür gelobt oder zumindest nicht bestraft werden, so sind in der Institution **positive Vorbilder** vorhanden. Aber nicht nur beobachtete „Fremd-Erfahrungen“, sondern auch persönliche Erfahrungen beeinflussen Speak Up. Dass **frühere positive Erfahrungen** Speak Up fördern, während **frühere negative Erfahrungen** Speak Up hemmen, ist offensichtlich. Zu den früheren negativen Erfahrungen gehört auch die bereits erwähnte Erfahrung, schlicht ignoriert zu werden, welche zu Resignation und Frustration führt. Negative emotionale Erfahrungen prägen sich einer Person übrigens stärker und nachhaltiger ein als positive emotionale Erfahrungen (Okuyama et al., 2014).

**Langjährige Berufserfahrung** geht oft auch mit einem höheren Rang in der Hierarchie oder zumindest mit mehr Fachwissen und einer stärker ausgeprägten Intuition einher, was zu **Sicherheit** in der Bewertung und der Beurteilung von Situationen und somit zu erleichtertem Speak Up führt. Wenn sich eine Person ihrer **Institution zugehörig** fühlt und dort ihren Platz gefunden hat, hat sie eher das Gefühl, das Recht (oder eben sogar die Pflicht) zu haben, Missstände mittels Speak Up anzusprechen. Berufsangehörige, die von ihren **sprachlichen Kompetenzen** überzeugt sind und sich differenziert ausdrücken können, neigen ebenfalls eher dazu, Speak Up zu betreiben, weil sie sich durch ihre kommunikativen Fähigkeiten dazu ermächtigt fühlen (Okuyama et al., 2014).

Allgemein betreiben Fachpersonen mit einem gesunden, **positiven Selbstwertgefühl** mehr Speak Up, als solche, die von Natur aus eher unsicher bzw. **schüchtern** sind. Fachpersonen mit einem **starken Moralegefühl** fühlen sich ihren Patienten gegenüber verantwortlich und können Missstände nicht unausgesprochen lassen. **Wut** ist eine sehr starke Emotion, die viel Energie freisetzt und zu Speak Up motivieren kann. Wut entsteht bei Fachpersonen häufig, wenn sie gravierende Missstände oder Fehler in der Praxis beobachten (Edwards, Ashkanasy & Gardner, 2009).

Bei den hemmenden Faktoren kommt es vor, dass man andere Teammitglieder für so erfahren hält und sie in ihrer Berufsausübung so sehr respektiert, dass man gar nicht auf die Idee kommt, dass sie einen Fehler gemacht haben könnten. In diesen Fällen sieht die Fachperson zwar, wie ein Fehler geschieht, kann sich aufgrund der Kompetenz, die sie in der ausführenden Person sieht, jedoch nicht vorstellen, dass es sich dabei tatsächlich um einen Fehler handelt. Stattdessen denkt die beobachtende Person, dass sie etwas falsch gesehen oder interpretiert haben muss oder sich selbst im Unrecht befindet. Aufgrund dieses **blinden Vertrauens** wird der Fehler gar nicht wahrgenommen. Ähnliche Komponenten weist der Faktor **Verwunderung** auf. Es kommt zu einem Fehler, der so gravierend ist, dass sich die beobachtende Person gar nicht vorstellen kann, dass das wirklich passiert ist, oder es handelt sich um einen Fehler, der noch nie zuvor passiert ist und deswegen unvorstellbar scheint. Da vor allem in Stress-Situationen unsere Aufmerksamkeits-Kapazität eingeschränkt ist, reden sich diese Fachpersonen dann ein, dass sie eine falsche Beobachtung gemacht haben müssen – und schweigen (Schwappach, 2016).

Je **mehr Personen** in der Situation anwesend sind, desto unwahrscheinlicher ist Speak Up. Das liegt daran, dass die beobachtende Person den Verursacher nicht vor dem ganzen Team (und unter Umständen auch vor seinen Vorgesetzten) blossstellen möchte. Zudem können auch **wache, anwesende Patienten** Speak Up hemmen, da die beobachtende Person rechtliche Konsequenzen für die Kollegen oder die Institution befürchtet. Auch berichten die beobachtenden Personen von der Angst, bei der Ansprache eines Missstands das Vertrauen des Patienten zu verlieren (Schwappach & Gehring, 2014).

**Zeitdruck** bedeutet, dass das Speak Up von der angesprochenen Person ignoriert wird, weil sie so sehr im Stress ist, oder dass der Missstand genau deswegen gar nicht erst

angesprochen wird, weil die beobachtende Person das Gefühl hat, dass dafür gerade keine Zeit vorhanden ist und dass ihr Einwand den Arbeitsfluss stören könnte. Zeitdruck kann jedoch auch bedeuten, dass in Akut-Situationen mit unkontrollierbarer Dynamik alles so schnell geschieht, dass ein Fehler gar nicht mehr rechtzeitig angesprochen bzw. verhindert werden kann. Interessanterweise sprechen die meisten Personen solche Missstände dann auch im Nachhinein nicht mehr an, da es dann in ihren Augen bereits zu spät ist – obwohl so der Fehler in Zukunft unter Umständen verhindert werden könnte (Schwappach & Gehring, 2014).

Es gibt **Kulturen**, in denen Speak Up weniger verbreitet ist als in anderen. Dabei handelt es sich um Kulturen, die ganz klare Gesellschafts-Hierarchien aufweisen und deren interpersonelle Beziehungen durch grossen Respekt geprägt sind. Ein gutes Beispiel dafür ist die chinesische Kultur, in der Speak Up gegenüber Vorgesetzten von Befragten als respektlos bezeichnet worden ist (Wing Yiu Ng et al., 2017).

### 3 Schlussteil: Konsequenzen für die Praxis

#### 3.1 Kritische Bewertung der Literatur

Mögliche Nachteile von Speak Up finden sich in der Literatur eher selten, und sie scheinen in keinem Verhältnis zu den Vorteilen zu stehen. Was sich jedoch findet, sind Grenzen von Speak Up. Trotz der vielen positiven Effekte dieses Konzepts müssen wir uns vor Augen führen, dass es kein „Wundermittel“ ist. Die Umsetzung von Speak Up in der Praxis ist schwierig und braucht Zeit. Wie beschrieben, gibt es dabei diverse hemmende Faktoren. Nicht alle hemmenden Faktoren können beeinflusst oder verändert werden. Gewisse Grundkonstitutionen der Psyche eines Individuums sind gegeben: Persönlichkeiten, die eher geneigt sind, bei beobachteten Fehlern zu schweigen, lassen sich nicht einfach umpolen. Auch können wir die Stresshormone, die unsere Aufmerksamkeit einengen, nicht einfach neutralisieren.

Speak Up kann durch die Fachpersonen zwar immer wieder verinnerlicht werden, ein effektives Training von Speak Up ist laut Studien jedoch nicht möglich. In Studiengruppen, die regelmässige CRM-Schulungen besuchten, kam Speak Up nicht signifikant höher vor als in den Kontrollgruppen, die keine CRM-Schulungen besuchten. Es stellt sich also die Frage, ob regelmässige, gross angelegte CRM-Trainings bei widersprüchlichen Beweisen zu deren Wirksamkeit ein sinnvolles Nutzen-Aufwand-Verhältnis aufweisen. Auch gilt es zu bedenken, dass regelmässige Simulationstrainings von grossen Teams mit modernen Methoden (Simulationspuppen, etc.) zeitaufwendig sind und Kosten generieren; in dieser Zeit kann das Personal nicht am Arbeitsplatz eingesetzt werden (Schwappach, 2016).

Darüber hinaus kann die Änderung des Verhaltens von Gesundheitsfachpersonen hin zu mehr Speak Up allein die Patientensicherheit nicht gewährleisten. Solche Verhaltensänderungen müssen in der Praxis durch gross angelegte systemische Verbesserungen (Änderungen an Infrastruktur, hausinternen Konzepten, etc.) begleitet werden, um effektiv zu sein (Schwappach, 2016).

Nicht alle aufgeführten Faktoren lassen sich in der Praxis beeinflussen oder verändern. Bevor ich im nächsten Unterkapitel konkret ausführe, wie ich Speak Up im Schockraum meiner Notfallstation möglichst erfolgreich umsetzen kann, möchte ich Faktoren benennen, die mit meinem Praxisalltag nicht vereinbar sind und die ich deswegen auch nicht weiter anschauen. Ich werde kurz aufzeigen, was ich trotzdem von den einzelnen Faktoren in die Praxis mitnehme.

Die Hierarchien, die auch in meiner Institution bestehen, kann ich nicht ändern, ich kann sie jedoch gezielt ausblenden und mich somit nicht von ihnen hemmen lassen. Auch die

Anzahl Personen, die während einer Stress-Situation im Schockraum anwesend sind, lässt sich durch mich nicht reduzieren. Wenn ein Fehler passiert, kann ich nicht einzelne Personen aus dem Raum bitten. Ich kann mir jedoch überlegen, ob ich den Fehler erst nach Abschluss der Schockraum-Situation mit der verursachenden Person separat besprechen möchte, um eine mögliche negative Reaktion der kritisierten Person abzuschwächen.

Ob ein Patient wach ist oder nicht, kann ich nicht beeinflussen. Hier könnte ich einen Fehler je nach Schweregrad aber später in einem anderen Setting ansprechen, wenn der Patient nicht anwesend ist, um sein Vertrauen nicht zu gefährden. Die hektische Atmosphäre im Schockraum, die ich auch in meinem Fallbeispiel beschrieben habe, ist ebenfalls gegeben. Ich kann jedoch bewusst entscheiden, wie und ob überhaupt ich mich in meinem Speak-Up-Verhalten von ihr beeinflussen lasse. Auch mein kultureller Hintergrund ist unabänderlich. Als Schweizerin habe ich jedoch nicht das Gefühl, dass dieser für mich die Wahrscheinlichkeit, Speak Up anzuwenden, massgeblich beeinflusst.

Bei den fördernden Faktoren fallen mir diverse Faktoren auf (offene Fehlerkultur, Beziehung, Interdisziplinarität), die starke Limitationen in der Umsetzung aufweisen, weil sie auf einer organisatorischen, systemischen Ebene angegangen werden müssen. Ich kann jedoch meinen Teil dazu beitragen, erste Schritte in eine Fehlern gegenüber tolerantere Zukunft zu machen (siehe 3.2.). Ich konnte dank des NDS Notfallpflege meine Berufserfahrung massiv ausbauen, habe dabei jedoch noch nicht die gleiche Routine wie andere Kollegen, die bereits seit mehreren Jahren auf der Notfallstation arbeiten. Auch kann ich meine Gefühle und Emotionen in diesen Situationen nicht einfach per Knopfdruck ändern. Ich kann sie mir jedoch bewusst machen und versuchen, sinnvoll mit ihnen umzugehen.

### 3.2 Konkrete Umsetzung in der Praxis

Anhand meiner Literaturrecherche konnte ich meine Fragestellung klar beantworten und im Abschnitt 2.4 viele Argumente aufzeigen, die für Speak Up sprechen. Wie ich diese Erkenntnisse nun konkret in der Praxis umsetzen kann, werde ich in diesem Abschnitt erläutern. Um die Übersicht besser behalten und die gewonnenen Erkenntnisse leichter in meinen Berufsalltag integrieren zu können, habe ich die einzelnen Faktoren, mit denen ich arbeiten möchte, in die vier Gruppen Selbstkonzeption, Teamwork, Weiterbildung und betriebliche Struktur eingeordnet.

Zur **Selbstkonzeption** gehören meine Persönlichkeit, meine Emotionen und mein Verhalten. Dieser Themenbereich ist meiner Meinung nach am schwierigsten zu verändern und braucht viel Zeit und Arbeit, bis erste Ergebnisse sichtbar sind. Gleichzeitig ist er jedoch von mir am besten beeinflussbar, da es nur um mich selbst und nicht um andere Personen geht. In diesem Bereich konnte ich in der Erarbeitung des Themas meine grössten Schwächen entdecken, weswegen ich mich aktiv mit ihm auseinandersetzen möchte. Ich finde mich (wie im Fallbeispiel) noch oft in Situationen wieder, in denen ich das Gefühl habe, dass ich nicht kompetent oder erfahren genug bin, um meine Meinung zu einer Situation kundzutun. Besonders, wenn die verursachende Person hierarchisch höher gestellt ist (wie der Oberarzt im Schockraum), wenn sehr viele Personen anwesend sind oder allgemein eine grosse Hektik herrscht.

Da ich nach der vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik nun aber weiss, dass nicht nur ich mit diesen hemmenden Faktoren zu kämpfen habe, und dass die positiven Folgen von Speak Up die möglichen negativen Folgen überwiegen, werde ich versuchen, diese Angst zu überwinden – die Angst davor, als respektlos empfunden und stigmatisiert zu werden. Wenn ich über meinen Praxisalltag und über die von mir erlebten Situationen von Speak Up im Schockraum nachdenke, hatte ich nie negative Gefühle gegenüber den

Personen, die einen Fehler angesprochen hatten, auch wenn ich selber den Fehler gemacht hatte. Ich persönlich bin immer dankbar, wenn man mich auf ein Fehlverhalten aufmerksam macht, damit ich daraus lernen und es das nächste Mal besser machen kann. Somit habe ich als Ressource schon diverse positive Erfahrungen mit Speak Up gemacht (auf jeden Fall mehr als negative), die mich ermutigen, Speak Up auch selbst anzuwenden. Das werde ich mir immer wieder vor Augen führen, wenn ich im Schockraum Angst oder Unsicherheit verspüre.

Während mein Moralgefühl eher stark ausgeprägt ist, gilt das für meinen Selbstwert nicht so sehr. Ich kann jedoch die empfundene Verantwortung gegenüber meinen Patienten in lebensbedrohlichen Situationen, die aus diesem starken Moralgefühl resultiert, in mehr Selbstwert umwandeln. Ich bin eine kompetente und gut ausgebildete Fachfrau, die nach Abschluss des NDS Notfallpflege gesamthaft fünf Jahre studiert und noch länger im Gesundheitswesen gearbeitet haben wird. Zudem war ich bis heute in über 50 Schockraum-Situationen dabei. Es ist mein Recht und meine Pflicht, mich für die Patienten und deren Sicherheit und Gesundheit in komplexen Akut-Situationen einzusetzen, auch unter widrigen Umständen. Der Bereich der Selbstkonzeption bedeutet für mich somit, mir meiner Gefühle und meiner Persönlichkeit immer wieder bewusst zu werden, damit ich diese nachhaltig positiv beeinflussen kann.

**Teamwork** beschreibt, wie ich mich im Team und gegenüber meinen Berufskollegen verhalte. Ich kann nicht erwarten, dass meine Teamkollegen mir gegenüber wohlwollend sind und für ein angenehmes Arbeitsklima sorgen, wenn ich das nicht auch selbst tue. Das ist mir schon länger bewusst, weswegen ich mir grosse Mühe gebe, auch im hektischen Setting des Schockraums stets freundlich und höflich zu bleiben. Mir fällt jedoch auf, dass das für mich schwieriger wird, je höher mein Stresspegel ist. Meine Stresshormone führen dann dazu, dass ich schon einmal laut werden kann. Solche Reaktionen meinerseits provozieren wiederum negative Emotionen und Verhaltensweisen bei meinem Gegenüber. Respektlos oder unhöflich betriebenes Speak Up wird von der betroffenen Person schlechter angenommen und ist somit weniger effizient. Da es sich bei allen Situationen im Schockraum um Akut-Situationen handelt, muss ich mir, bevor ich diesen betrete, stets bewusst sein, wie wichtig ein kollegialer und freundlicher Umgang auch in diesem Setting ist.

Auch wenn ich nicht beeinflussen kann, ob es in meinem Betrieb bezüglich Speak Up positive Vorbilder gibt, so kann ich selbst ein solches positives Vorbild sein. Das Gefühl, mit Speak Up das Richtige für die Sicherheit meiner Patienten zu tun, kann auch meinen Selbstwert und meine allgemeine Arbeitszufriedenheit erhöhen. Um meine Teamkollegen nicht unnötig blosszustellen oder der potentiellen Kritik ihrer Vorgesetzten auszusetzen, werde ich mir auch überlegen, welches das richtige Setting ist, um einen Missstand anzusprechen. In der Hektik kommt es mir teilweise so vor, als müsste ich alles sofort thematisieren. Im Schockraum sollte ich in solchen Momenten jedoch kurz innehalten und mir überlegen, ob das Problem nicht auch später noch besprochen werden kann. Die meisten Menschen (auch ich selbst) empfinden es als angenehmer, unter vier Augen mit einem Fehler und konstruktiver Kritik konfrontiert zu werden als in einer grossen Gruppe mit anderen Fachpersonen. Bin ich mir dann einmal unsicher, ob mein Einwand wirklich berechtigt ist, so kann ich diesen auch als Frage statt als Aussage formulieren.

Eine konstante **Weiterbildung** war mir schon immer ein grosses Anliegen. Ich vertrete die Ansicht, dass man im Gesundheitswesen nie ausgelernet hat. Auch bei der erneuten Auseinandersetzung mit Themen, die mir vermeintlich bekannt sind, entdecke ich immer wieder neue Aspekte. So ging es mir auch während des Schreibens dieser Diplomarbeit. Ich habe mir zwar ein Thema ausgesucht, das mich besonders interessierte und mir bereits bekannt war. Trotzdem half es mir, gewisse Fakten und Erkenntnisse nochmals so klar aufgezeigt zu bekommen, vor allem auch, weil ich sie selbst erarbeiten musste. Um Speak

Up in meinem Schockraum umsetzen zu können, werde ich mich in diesem Thema stets weiterbilden und mich bei Gelegenheit jeweils wieder in die Materie einlesen. Nach Abschluss meines Nachdiplomstudiums möchte ich dazu regelmässig interdisziplinäre Simulationstrainings (z.B. Mega-Code, Pädi-Code, etc.) besuchen, denn nur durch stete Repetition der Theorie kann diese im Bedarfsfall auch in die Praxis integriert werden. Zudem werde ich mein Fachwissen allgemein mit Literatur, Magazinen und regelmässigen Weiterbildungen auf dem neusten Stand halten, damit ich mich im Schockraum nicht plötzlich mit Unsicherheiten konfrontiert sehe, die mein Speak Up hemmen könnten.

Im konkreten Praxisalltag möchte ich mir in den ungefähr zehn Minuten, die mir vor einem angemeldeten Schockraum zur Verfügung stehen, eine einminütige Auszeit nehmen, in der ich einen Blick auf mein Merkblatt werfe (siehe 3.4.) und mir mein persönliches Fazit dieser Diplomarbeit nochmals vor Augen führe. So habe ich innert kürzester Zeit einen kleinen Refresher, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ich Speak Up im Schockraum auch wirklich anwende. Dazu werde ich das Merkblatt in mein Notizbuch integrieren, das diverse Standards und Checklisten enthält, die ich regelmässig konsultiere.

Wie erwähnt, kann ich die **betriebliche Struktur** nicht ändern, aber selbst das Beste daraus machen. Wenn ich andere für ihre Fehler nicht verurteile, sie nicht beschuldige und als „Verursacher“ bezeichne, sondern gemeinsam mit ihnen nach systemischen Faktoren suche, die zum Fehler geführt haben könnten, fördere ich selbst eine offene Fehlerkultur in meinem Betrieb. Ich kann hoffen, dass mein Verhalten von anderen Personen beobachtet und übernommen wird. Als mögliche Ressource für Speak Up habe ich selbst ein grosses Zugehörigkeitsgefühl gegenüber meiner Institution. Befinde ich mich in Zukunft also im Schockraum und muss mich überwinden, Speak Up anzuwenden, möchte ich mir vor Augen führen, dass ich dies auch zum Wohl der Institution mache, indem ich deren Versorgungsqualität verbessere.

Meinen Teil zu einer kleinen betrieblichen Veränderung möchte ich leisten, indem ich nach Abgabe und Annahme dieser Diplomarbeit meinen Bildungsverantwortlichen in der Praxis frage, ob ich eine kurze Mitarbeiter-Schulung zur Thematik machen kann. Für solche Anliegen haben wir in unserem Betrieb das Gefäss der Mittwochs-Schulung, in der regelmässig von Mitarbeitern in der Übergangszeit zwischen Früh- und Spätdienst diverse Themen vorgestellt werden. Das Vorbereiten einer solchen Schulung ermöglicht mir persönlich erneut eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik und eine Verinnerlichung des Konzepts Speak Up. Zusätzlich kann ich dieses wichtige Thema so meinen Mitarbeitern näher bringen und sie für mögliche hemmende und fördernde Faktoren in der Praxis sensibilisieren.

### 3.3 Reflexion des Fallbeispiels

Mit den neu gewonnen Erkenntnissen möchte ich zum Schluss einen kurzen Blick auf das am Anfang der Diplomarbeit beschriebene Fallbeispiel werfen und analysieren, was ich in einem solchen Fall in Zukunft ganz konkret anders oder besser machen kann.

Bevor ich diesen Schockraum betreten würde, würde ich mein nun vorhandenes Merkblatt konsultieren, mich sammeln und mich mental für das mögliche Auftreten von Speak-Up-Situationen wappnen. Im Schockraum selbst würde ich bewusst meine Aufmerksamkeit voll und ganz auf die Patientenbetreuung fokussieren. Wenn mir die unterlassene Pupillenkontrolle auffallen würde und ich zögern würde, diese anzusprechen, würde ich mir nochmals kurz die positiven Effekte von Speak Up für alle Beteiligten vor Augen führen, die ich in dieser Diplomarbeit recherchiert habe. Bei dem in diesem Fallbeispiel aufgetretenen Fehler handelt es sich meiner Meinung nach nicht um etwas, was auch noch später angesprochen werden könnte. Ich müsste also sofort handeln, und zwar schnell, bevor der Patient zur Computertomographie gebracht werden würde.

Wenn ich mir unsicher wäre, ob die Pupillen-Kontrolle wirklich unterlassen wurde oder ob sie sich nur meiner Aufmerksamkeit entzogen hatte, würde ich folgende Frage stellen: „Sind die Pupillen des Patienten bereits kontrolliert worden?“ Durch diese respektvolle, wertfreie Kommunikationsform würde ich niemanden direkt angegreifen, sondern gezielt nach einem möglichen Versäumnis im System fragen. Ausserdem wäre für alle anwesenden Personen gut nachvollziehbar, wieso ich diese Frage stelle, da die dokumentierende Notfallpflegefachperson im Schockraum immer alle relevanten Informationen sauber niederschreiben muss, wegen des erhöhten Stress- und Lärmpegels aber nicht immer alle Details gleich beim ersten Mal mitbekommt.

### 3.4 Merkblatt

Da ich meine grössten Schwächen im Bereich der Selbstkonzeption orte, fokussiert mein Merkblatt auf diesen Themenbereich. Zusätzlich enthält das Merkblatt die wichtigsten in der Diplomarbeit recherchierten Punkte, die mir die Praxis-Relevanz von Speak Up im Schockraum erneut vor Augen führen und konkrete, schnelle Hilfestellungen im Alltag bieten.

## Merkblatt Speak Up

### Speak Up hilft:

- den Patienten (*weniger Komplikationen, mehr Patientensicherheit, mehr Versorgungsqualität*)
- meinem Team (*keine psychischen Langzeitfolgen, keine Kündigungen, bessere Team-Performance, höhere Berufsverweildauer*)
- der Institution (*kein Reputationsverlust, Wettbewerbsvorteil*)
- dem Gesundheitswesen (*kürzere Hospitalisationen, weniger Aufenthalte auf Intensivstationen, weniger Kosten*)
- der Gesellschaft (*schnellere Re-Integration erkrankter/verunfallter Personen, weniger Arbeitsunfähigkeit, weniger ausbezahlte Sozialleistungen*)
- mir selbst (*höherer Selbstwert, mehr Arbeitszufriedenheit, keine Schuldgefühle*)

### Ich bin:

- eine kompetente und gut ausgebildete Pflegefachperson
- ein wertvolles Mitglied meines Teams und der Institution
- verantwortlich für das Wohl meiner Patienten
- verpflichtet, meine Bedenken zur Patientenbetreuung zu äussern
- berechtigt, zu Gunsten der Patientensicherheit hierarchische Grenzen zu überwinden

### Ich kommuniziere:

- dann, wenn es angebracht ist (korrektes Setting!)
- wertfrei und neutral
- freundlich und höflich

### Achtung auf:

- eingeschränkte Aufmerksamkeit (durch Erschöpfung, Müdigkeit, Stress, etc.)
- unkontrollierbare Dynamik in Akut-Situationen
- Interdependenz (→ Kettenreaktionen!)

## Literaturverzeichnis

- Edwards, M.S., Ashkanasy, N.M. & Gardner, J. (2009). Deciding to speak up or to remain silent following observed wrongdoing: The role of discrete emotions and climate of silence. In J. & Greenberg, *Voice and Silence in Organizations* (S. 83-109). Bingley, UK: Emerald Group Publishing.
- Nacioglu, A. (10. Februar 2016). As a critical behavior to improve quality and patient safety in health care: speaking up!  
Abgerufen am 18. Mai 2018 unter:  
<https://safetyinhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40886-016-0021-x>
- Okuyama, A., Wagner, C. & Bijnen, B. (8. Februar 2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. Abgerufen am 18. Mai 2018 unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4016383/>
- Patientensicherheit Schweiz. (Januar 2016). Medienmitteilung. *Speak Up – Etwas ansprechen kann Leben retten Neuer Praxisleitfaden für mehr Patientensicherheit*. Zürich. Abgerufen am 18. Mai 2018 unter:  
[https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Medienmitteilungen/160122\\_Medienmitteilung\\_Speak\\_Up.pdf](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Medienmitteilungen/160122_Medienmitteilung_Speak_Up.pdf)
- Raemer, D.B., Kolbe, M., Minehart, R.D., Rudolph, J. W. & Pian-Smith, M.C.M. (2016). Improving Anesthesiologists' Ability to Speak Up in the Operating Room: A Randomized Controlled Experiment of a Simulation-Based Intervention and a Qualitative Analysis of Hurdles and Enablers. *Academic Medicine*, 91, 530-539.
- Rossknecht, I. & Wigdorovits, D. (Oktober 2016). Unterrichts-Skript Z-INA. *Crisis Resource Management - Wie verhalte ich mich in einer Notfallsituation*. Zürich.
- Schwappach, D.L.B. (November 2016). Power Point Präsentation SIN Kongress 2016. *Crew Resource Management*. Nottwil.
- Schwappach, D.L.B. & Gehring, K. (16. Mai 2014). 'Saying it without words': a qualitative study of oncology staff's experiences with speaking up about safety concerns.  
Abgerufen am 18. Mai 2018 unter: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004740>
- Schwappach, D.L.B. & Gehring, K. (2014). Silence That Can Be Dangerous: A Vignette Study to Assess Healthcare Professionals' Likelihood of Speaking up about Safety Concern. *PLOS One*, 8, 1-8.
- Schwappach, D.L.B. & Gehring, K. (14. Juli 2014). Trade-offs between voice and silence: a qualitative exploration of oncology staff's decisions to speak up about safety concerns.  
Abgerufen am 18. Mai 2018 unter:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25017121>
- Schwappach, D.L.B. & Richard, A. (2018). Speak up-related climate and its association with healthcare workers' speaking up and withholding voice behaviours: a cross-sectional survey in Switzerland. *BMJ Quality and Safety*, 0, 1-9.
- St. Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C. & Simon, R. (2011). *Crisis Management in Acute Care Settings*. Berlin: Springer.
- Wing Yiu Ng, G., Kwok Hung Pun, J., Hang Kwong So, E., Wai Hang Chiu, W., Siu Ha Leung, A., Han Stone, Y., Ling Lam, C., Pui Wa Lai, S., Pui Wah Leung, R., Wah Luk, H., Kit Hung, Leung, A., Wah Au Yeung, K., Yiu Lai, K., Slade, D. & Engle Chan, A. (11. August 2017). Speak-up culture in an intensive care unit in Hong Kong: a cross-sectional survey exploring the communication openness perceptions of Chinese doctors and nurse.  
Abgerufen am 18. Mai 2018 unter: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015721>

**Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum:

Unterschrift:

**Veröffentlichung und Verfügungsrecht**

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum:

Unterschrift:

Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: