

Debriefing in der Anästhesie nach akutmedizinischen Ereignissen

«Wir müssen reden...»

Jürgen Friesen

NDS HF Anästhesiepflege

Kurs W20

Klinik Hirslanden Zürich

Datum: 17.06.2021

Zusammenfassung

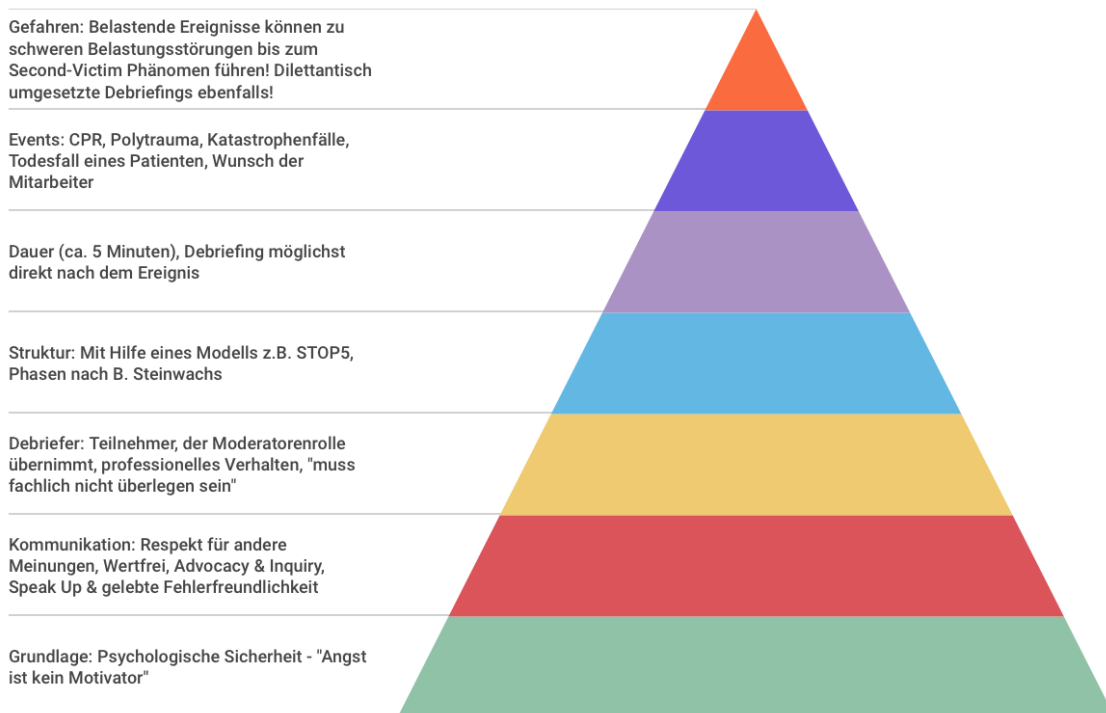
Diese Diplomarbeit wurde von mir im Rahmen des zweijährigen Nachdiplomstudiums (NDS) zum diplomierten Experten Anästhesiepflege Höhere Fachschule (HF) verfasst.

Das Debriefing hat seinen festen Platz im Simulationstraining in etlichen Spitälern weltweit gefunden. Jedoch ist der Terminus «Debriefing» ein weitreichend interpretierbarer Begriff. Ich begab mich deshalb auf die Suche nach einem Debriefingkonstrukt, dass in der Praxis der Anästhesie umgesetzt werden kann.

Es werden diesbezüglich relevante Faktoren durchleuchtet und dargestellt, die zu einem erfolgreichen und mehrwertgenerierenden Debriefing führen können.

Ein unterlassenes Debriefing nach solchen Ereignissen kann hingegen schwerwiegende, mentale Folgen für die Mitarbeiter¹ und negative Auswirkungen auf die Fehlerkultur im interprofessionellen Team haben.

Der Abschluss der Diplomarbeit beinhaltet einen Selbstversuch, in dem ich ein zukunftssträchtiges Modell im Simulationsraum der Klinik Hirslanden umsetzte. Ich kreierte nach Beendigung der Literaturrecherche die untenstehende Debriefingpyramide, in der die wichtigsten Resultate aus der Literaturrecherche, die zu einem lehrreichen, heissen Debriefing führen können, veranschaulicht werden.



Vgl. Abb. 4: Debriefingpyramide zum heissen Debriefing, erstellt: J. Friesen (Juni 2021)

Keywords: Debriefing after resuscitation, Hot Debriefing, Debriefing in der Anästhesie, Debriefing in anesthesiology, psychologische Sicherheit, Second-Victim-Phänomen

¹ Bei dieser Diplomarbeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern, die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur Gründe der vereinfachten Leserlichkeit und beinhaltet keine Wertung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Fragestellung	1
1.3	Abgrenzung	2
2	Definitionen.....	2
2.1	Definitionen des Debriefings	2
2.2	Definition des heissen und kalten Debriefings	2
2.3	Definition zu Ad-hoc Teams	3
3	Die Gründe für ein Debriefing	4
3.1	Belastende Situationen	4
3.2	Second-Victim Phänomen.....	4
3.3	Empfehlungen für Events, die „debrieft“ werden sollen	5
4	Debriefing in der Medizin	5
4.1	Die Rolle des Debriefers.....	5
4.2	Die Kommunikation während eines Debriefings	6
4.2.1	Die Kommunikationstechnik: Advocacy and Inquiry.....	6
4.2.2	Die Atmosphäre: Fearless Organization, die psychologische Sicherheit	7
4.2.3	Die gelebte Fehlerfreundlichkeit.....	8
4.2.4	Das Speak Up - das Gegenteil von Schweigen	8
4.3	Die Debriefingstruktur – die Phasen nach Steinwachs.....	9
4.4	Das Simulationstraining und die Gründe für ein Debriefingmodell	9
4.5	STOP5 - ein aktuelles Hot-Debriefing Modell	10
4.6	Der Zeitpunkt und die Dauer eines Debriefings	11
5	Gute und schlechte Debriefings – was Arbeitskräfte sagen	12
5.1	Ein gutes Debriefing	12
5.2	Ein schlechtes Debriefing	13
6	Die Auswirkungen des Debriefings	13
7	Schlussteil.....	15
7.1	Selbstversuch mit dem STOP5 Modell.....	15
7.2	Beantwortung der Fragestellungen.....	16
7.3	Das Fazit.....	17
	Literaturverzeichnis	18
	Abbildungsverzeichnis	19
	Anhang	19
	Selbstständigkeitserklärung, Veröffentlichung und Verfügungsrecht	20
	Die Debriefingpyramide zum heissen Debriefing	21
	Original Interview mit Dr. Craig Walker	22
	STOP5 Modell	26
	Ausgangslage visualisiert	28
	Glossar	30

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Während meines NDS in der Anästhesiepflege erlebte ich im zweiten Semester ein Schlüsselmoment, der mich dazu veranlasst, das Thema Debriefing in der Anästhesie in dieser Diplomarbeit zu behandeln.

Klatschnass, bleich und nachdenklich stand ich im November 2020 auf dem Flur im Operations-Trakt (OP-Trakt) in meinem Vertragsspital. Ich hatte gerade meine erste Reanimation (REA) im OP mitbetreut. Der Patient war intubiert und reagierte auf das Antibiotikum anaphylaktisch. Dies führte zum cardiac arrest. Er wurde reanimationspflichtig. Der OP-Saal füllte sich nach dem Alarmieren mit anästhesiologischem Fachpersonal, ich sah die kardiopulmonale Kompression, einen raschen Durchlauf an Vasoaktiva und die Defibrillation. Es war laut, ich versuchte mich einzubringen.

Nach der kardio-pulmonalen Stabilisierung des Patienten, sollte es zur raschen Verlegung in die Koronarangiographie kommen. Eine zusätzliche Anästhesieexpertin Pflege sollte die Verlegung mit der Ärztin übernehmen. Ich hatte die Aufgabe, ihr den vollständigen Verlauf zu rapportieren. Dabei versuchte ich einen klaren Kopf zu behalten und startete die Übergabe. Ich orientierte mich am ABCDE-Schema. Ohne Verzögerung wurde der Patient in die Koronarangiographie verlegt.

Zurück blieb ein OP-Saal, gezeichnet von leeren Spritzen, einem alarmierenden Respirator, Blutflecken am Boden, massenweise Anästhesiematerial und mit mir mittendrin. Der Schreck sass mir tief in den Knochen. Ein paar Minuten später stand ich im Flur und spürte eine Hand auf meiner Schulter. Als ich mich umdrehte, sah mich die Schichtleiterin der OP-Koordination an. Sie fragte mich, wann ich den nächsten Patienten bestellen könne.

Am späten Nachmittag hatten wir ein Treffen, bei dem nur noch ein Bruchteil des Teams der REA anwesend war. Die verantwortliche Ärztin ging den Vorgang mit meiner Kollegin und mir mündlich durch. Die Ärztin sagte, dass wir alles richtig gemacht haben und beendete die Nachbesprechung.

Doch vieles blieb mir unklar. Wie hätte ich mich besser einbringen sollen? Habe ich die Dinge richtig eingeschätzt? Habe ich mich richtig verhalten? Wie haben es die anderen Kollegen erlebt? Fühlen sich die anderen vielleicht auch emotional aufgewühlt? Das Erlebnis hat mich auf das Thema Debriefing aufmerksam gemacht.

In meiner Recherche möchte ich herausfinden, was ein Debriefing mit uns als Team fachlich und emotional machen kann und ob ein Debriefing überhaupt nötig ist. Ich möchte wissen, welche Möglichkeiten es gibt, dies in der Anästhesie umzusetzen, mit dem Ziel, solche Ereignisse professionell und möglichst ohne bleibende Belastung zu meistern.

1.2 Fragestellung

Welche Rahmenbedingungen sollte ein Debriefing erfüllen, um einen positiven Mehrwert für das Ad-Hoc Team zu erzielen?

Welche positiven oder negativen Auswirkungen kann ein Debriefing nach akutmedizinischen Ereignissen in der Anästhesie auf das Ad-hoc Team haben?

1.3 Abgrenzung

Das Thema Debriefing ist sehr umfangreich. Um den Rahmen dieser Diplomarbeit nicht zu sprengen, befasse ich mich ausschliesslich mit dem „heissen Debriefing“, das im Gegensatz zum „kalten Debriefing“ sehr zügig nach dem Ereignis umgesetzt wird. Ich zeige zwar auf, welche groben Unterschiede es gibt, werde das „kalte Debriefing“ jedoch nicht weiterbearbeiten. Aus dem gleichen Grund verzichte ich auf die Behandlung der folgenden Themenkreise: Dokumentation bzw. das Protokoll des Debriefings, Implementierung und Voraussetzungen eines funktionierenden Debriefingsystems, Ereignisse bei pädiatrischen oder isolierten Patienten, Debriefings mit Angehörigen oder den Patienten selbst, sowie bei Patienten mit einem unerwarteten Todesfall, das Krankheitsbild der Anaphylaxie und die Reanimation, die in meiner Ausgangslage dargestellt sind, das Crew Resource Management und die Gesetzeslage zur Thematik Debriefing. Ich werde zwar einen Debriefingvergleich in verschiedenen Bereichen erwähnen, werde allerdings meine eigentliche Arbeit auf die Anästhesie beschränken.

2 Definitionen

2.1 Definitionen des Debriefings

Das Wort Debriefing bedeutet im Deutschen - eine kurze Nachbesprechung. Der Terminus „Briefing“ bedeutet übersetzt „kurze Vorbesprechung“. Beide Worte beschreiben Vorgehensweisen der Weitergabe von Informationen oder der Aufarbeitung. Debriefings werden in verschiedenen Bereichen angewendet. Ein Bereich davon ist die Auswertung von Simulationsszenarien nach deren Durchführung. Beispiele hierfür finden wir in der Aviatik oder auch in der Medizin. Zu weiteren Bereichen gehören traumatische Ereignisse, bei denen eine Aufarbeitung nötig ist, beispielsweise die Nachbesprechung im militärischen Bereich. In der Psychologie wird im Forschungsbereich über Versuchsbedingungen ebenfalls die Begrifflichkeit des Debriefings benutzt. (St. Pierre, Breuer & Dieckmann, 2018, S. 190-191)

St. Pierre & Breuer et al. (2018, S.190-191) unterteilen Debriefings in drei Phasen:

- In der ersten Phase wird aus der erlebten Situation eine „kommunikative Rekonstruktion“ vollzogen. Die Ereignisse werden Revue passiert.
- In der zweiten Phase bedarf es einer tiefer gehenden Analyse des Ereignisses.
- In der dritten Phase kommt die Bedeutung des Geschehens für die Praxis den Teilnehmern zur Geltung.

Das Debriefing wird nach St. Pierre et al. als „Herz und die Seele“ des Simulationstrainings bezeichnet, denn es hat am deutlichsten das Potenzial, das Gelernte im Simulationstraining zu reflektieren. Zusätzlich gilt es als Ergänzung für die Erfahrungen der Teilnehmer während des Szenarios. Für den Ausdruck Debriefing gibt es unterschiedliche Verwendungsweisen. Es ist wesentlich, dass hierbei verstanden wird, dass es zahlreiche Konzepte zum Thema Debriefing gibt und wir in diesem Zusammenhang nicht pauschalisieren können. (St. Pierre et al., 2018, S. 190-191)

2.2 Definition des heissen und kalten Debriefings

Flohè, Matthes, Paffrath, Trentzsch & Wöfl (2018, S. 34) schreiben über den Schockraumeinsatz, dass Debriefings, sowohl dem Einzelnen als auch dem Team nach dessen Einsatz eine (Selbst-)Reflexion ermöglicht. Für eine gute Teamarbeit ist es von Bedeutung, dem Team die Möglichkeit zu geben, das eigene Handeln reflektieren zu können. Sie unterteilen Debriefings in „heisse und kalte Debriefings“. Unter „heissen Debriefings“ verstehen wir eine Nachbesprechung, die unmittelbar nach dem Ereignis stattfindet. Der Teamleiter solle hierbei die Besprechung moderieren. In dieser Besprechung sind nur die betroffenen Teammitglieder beteiligt.

Ein grosser Unterschied dabei ist, dass die Emotionalität und subjektive Wahrnehmung des Teams augenscheinlicher und präsenter sind. Dadurch bestehen allerdings auch Gefahren, dass relevante Punkte des Ereignisses, aufgrund der Emotionen, in Vergessenheit geraten.

„Kalte Debriefings“ hingegen finden mit deutlichem Zeitabstand zum Ereignis statt. Der emotionale Aspekt des Ereignisses ist weniger präsent. Die objektiven Beobachtungen und Verlaufsprotokolle werden ausgewertet. An diesen Debriefings dürfen alle Teammitglieder teilnehmen, da das gesamte Team aus dem Ereignis lernen soll. Expertisen von unbeteiligten Teilnehmern werden miteinbezogen. (Flohè et al., 2018, S. 34)



Abbildung 1: ZOLL Medical Deutschland, 2019, Poster: Heisses im Vergleich zum kalten Debriefing

2.3 Definition zu Ad-hoc Teams

Wenn bei akutmedizinischen Ereignissen in der Anästhesie kurzfristige Teams entstehen, sprechen wir in der Fachsprache von sogenannten Ad-hoc Teams. Ad-hoc Teams beobachtet man in mehreren Branchen. In Spitälern sind diese zu finden, wenn das Personal in mehreren Schichten miteinander zusammenwirkt. Bei akutmedizinischen Ereignissen kommen oft fremde Teammitglieder zusammen und stehen vor einer erheblichen Hürde. Ihnen fehlt die Möglichkeit, eine Teamidentität zu bilden, denn gemeinsames Vertrauen konnte vorgängig nicht aufgebaut werden. Diese Teams bilden sich schnell, bewältigen eine gemeinsame Aufgabe und fallen anschliessend wieder auseinander. In dieser Konstellation besteht jedoch die Möglichkeit, dass diese Teams Aussergewöhnliches leisten. Ziele werden erreicht und die Teamfähigkeiten gehen über die Fähigkeiten des Einzelnen hinaus.

(White, Eklund, McNeal, Hochhalter, Arroliga, 2018, S. 380)

Ad-hoc Teams haben eine Nuance weniger mit zwischenmenschlichen Problemkreisen zu kämpfen. Ich denke auch, dass die Bereitschaft für ein „Speak Up“ höher ist, da die persönlichen Beziehungen innerhalb des Teams wenig bis gar nicht vorhanden sind. Dies ist ein positiver Aspekt, wenn es darum geht, ein akutes Problem zu lösen.

Bei der Bewältigung von akutmedizinischen Ereignissen in Ad-hoc Teams kommen mir Worte wie z.B. emotionale Gespräche, Gedankenkreise, Grenzüberschreitungen oder psychische Belastungen in den Sinn. In Verknüpfung dazu, werde ich im nächsten Kapitel die Gründe, die für ein Debriefing sprechen, thematisieren.

3 Die Gründe für ein Debriefing

3.1 Belastende Situationen

Belastende Ereignisse, bei denen Patienten zu Schaden kommen, können bei uns, in der Medizin wirkenden Personen, verschiedene Reaktionen hervorrufen.

Verarbeitungsstrategien oder Reaktionen nach Zwischenfällen können kurzfristige psychische und körperliche Symptome wie Ängste, Hilfslosigkeit, Schuldgefühle, Selbstzweifel und Schlafstörungen sein. Laut der Kommission „berufliche Belastung der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)“ seien diese Symptome, solange sie von kurzer Dauer sind, normale Reaktionen.

(Bock, Biermann, Wulf, 2013, S. 492)

Akutmedizinische Ereignisse können uns allerdings auch nachhaltig belasten.

Wenn dies der Fall ist, besteht Handlungsbedarf. (Bock, Biermann, Wulf, 2013, S. 492)

Symptome für nachhaltige Beeinträchtigungen sind:

- Schlaflosigkeit, wiederkehrende Alpträume
- Flash-Backs, inneres Chaos, plötzlicher Verlust an Arbeits- oder Lebensfreude
- Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung
- Gereiztheit, Müdigkeit und Überforderung im Alltag
- Rückzugsverhalten & Isolation, Burnout (Bock, Biermann, Wulf, 2013, S. 492)

Derartige Symptome werden ernst eingestuft und die längerfristigen persönlichen Konsequenzen dieser Situation können dramatisch sein. Dies kann von der Berufsaufgabe im Extremfall bis zum Suizid führen. Wir, als Kollegen, sind gefordert, diese Symptome zu erkennen und uns dafür verantwortlich zu fühlen, damit Kollegen nicht das Phänomen des „zweiten Opfers“ bzw. Second-Victims erleiden. (Bock, Biermann, Wulf, 2013, S. 492)

3.2 Second-Victim Phänomen

Der Begriff „Second Victim“ tauchte erstmalig im Jahr 2000 auf. Damals wurde der Begriff folgend übersetzt, dass der „Angehörige des Gesundheitsberufs“ durch das gleiche Ereignis verwundet wird, wie der geschädigte Patient. 16 Jahre später werden die Folgen in universale Stufen eingeteilt. Sie sprechen nun von Stufen, bei denen das Second-Victim Phänomen eine „Chaos- und Unfallreaktion“ hervorbringt. Dies bedarf „emotionale erste Hilfe“. Personal, das an dem Second-Victim Phänomen leidet, steigt früher oder später aus der Praxis aus. Zusammenfassend besteht die Gefahr, dass aus einem belastenden Ereignis mit einem Patienten im Mittelpunkt mehrere Menschen zu Schaden kommen können. (Vinson & Randel, 2018, S. 2)

Diese Bedrohung sieht auch die American Heart Association (2020, S. 15), denn sie empfiehlt in den neuen CPR Guidelines, Nachbesprechungen nach Ereignissen mit einem Herzstillstand durchzuführen, um involvierten Menschen eine emotionale Unterstützung zu bieten. Dies kann Laienhelfer, Rettungskräfte als auch Spitalmitarbeiter betreffen. Betroffene Mitarbeiter können nach derartig belastenden Situationen Angstzustände oder posttraumatischen Stress erleben.

Um die bisher aufgeführten Inhalte auf den Punkt zu bringen, mutmasse ich, dass Debriefings nach akutmedizinischen Ereignissen bei Personen, bei denen die Gefahr für schwere emotionale Verläufe besteht, ein erstes emotionales Auffangen ermöglicht.

3.3 Empfehlungen für Events, die „debrieft“ werden sollen

Debriefings umsetzen, aber nach welchen Ereignissen?

Beispiele habe ich bei C. Walkers Testphase zum STOP5 Debriefingmodell gefunden. Innerhalb einer Notfallstation wurden über 18 Monate Events debrieft. Betroffen waren Patienten, bei denen es zu einer Reanimation kam, bei Patienten mit Polytrauma, bei Events, die auf Wunsch des Personals ausgelöst wurden, und bei unvorhergesehenen Todesfällen. (Walker, McGregor, Taylor, Robinson, 2020, S. 259-265)

Die American Heart Association (2020, S. 15) empfiehlt Debriefings nach CPR. Dies sei hilfreich für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter.

Innerhalb einer Studie, die zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen in einem staatlichen Spital durchgeführt wurde, waren die Befragten der Meinung, dass Debriefings nach folgenden Ereignissen stattfinden sollten:

- Todesfall des Patienten
- Wiederbelebungen bei Traumata
- Cardiopulmonaler Arrest
- Patienten nach Schockformen
- Katastrophenfälle
- Patienten mit Status epilepticus (Ugwu, Medows, Don-Pedro, Chan, 2020, S. 8)

Einen anderen Betrachtungswinkel bieten uns Kolbe, Grande & Spahn (2015, S. 91). Sie sind der Meinung, dass nicht unbedingt das vollständig erlebte Ereignis debrieft werden soll, sondern einzelne Aspekte umso differenzierter nachbesprochen werden können. Beispiele für die Aspekte sind: die Teamarbeit, die Rolle und das Verhalten, „Frames“, die zu beobachteten Handlungen führten, und das Krisenressourcenmanagement. Sie schlagen vor, dass anhand von vordefinierten Lernzielen das Debriefing zielspezifisch umgesetzt werden soll.

Bei genauerer Betrachtung der recherchierten Aussagen kann ich nicht genau sagen, bei welchen Events ein Debriefing zwingend nötig ist. Im Hinblick auf potenzielle psychische Konsequenzen (Alpträume, Second-Victim Phänomen) sollten Debriefings auf alle Fälle nach besonders belastenden Situationen umgesetzt werden.

Zu guter Letzt entscheidet jede medizinische Einrichtung für sich selbst, welche Ereignisse debriefingwürdig sind. Zweifellos wäre ein Mitspracherecht zu dieser Frage seitens der Mitarbeiter wünschenswert, ob und wie Debriefings nach akutmedizinischen Ereignissen durchgeführt werden sollten.

4 Debriefing in der Medizin

Die Gründe, die für ein Debriefing sprechen, scheinen mir nun deutlicher als zuvor. Im nächsten Kapitel möchte ich die recherchierten Rahmenbedingungen eines Debriefings offenlegen. Das Debriefing, das einen Mehrwert generieren kann, wird in mehrere Aspekte unterteilt.

4.1 Die Rolle des Debriefers

Die Rolle des Debriefers unterscheidet sich in den verschiedenen Debriefingkonzepten. In der Medizin, vor allem im Simulationstraining, kann der Debriefere die Rolle des Moderators einnehmen. Damit die involvierten Teilnehmer den Debriefere akzeptieren, muss dieser ausreichende fachliche Kompetenzen vorweisen. Mit dieser Aussage ist gemeint, dass ein Grundwissen nicht ausreicht, sondern, dass es fundiertes Expertenwissen benötigt. (St. Pierre et al., 2018, S. 203)

Nicht notwendig ist, dass der Debriefener den Teilnehmenden fachlich überlegen ist, weil er sich als Moderator auf die inhaltliche Expertise der Teilnehmer stützt. Die Teilnehmenden besitzen selbst die Attribute, Fehler zu erkennen und die Situation zu analysieren. St. Pierre et al. vertreten den Standpunkt, der Debriefener selbst müsse gar nicht Mediziner sein, um Mediziner zu debriefen. Grundvoraussetzung ist allerdings, dass der Debriefener sich über die eigenen Grenzen und Kompetenzen bewusst ist. Kompetenzen eines Debriefeners sind zum Beispiel, die eigene Motivation für das Handeln reflektieren, sich anpassen und sich professionell verhalten zu können. Es ist nicht die Rolle „zu zeigen, wer der Chef ist“. Wenn ein Debriefener die Rolle des Moderators vollständig erfüllt, kommt die inhaltliche Expertise von den Teilnehmern selbst. Insgesamt muss eine Fachperson in die Rolle des Debriefeners hineinwachsen. (St. Pierre et al., 2018, S. 203)

Bis zum heutigen Tag, gibt es keinen Goldstandard in der Durchführung. Allerdings hat eine randomisiert kontrollierte Studie mit gesamt 120 Teilnehmern das Ergebnis gezeigt, dass es zwischen einem Debriefing mit Instruktor und einem Debriefing, das von den Teilnehmern selbst umgesetzt wurde, keine Abweichung in den beurteilten Resultaten bestand. In beiden Gruppen wurde eine signifikant gesteigerte Performance im Post-Debriefing Szenario verzeichnet. (Martin & Rusin, 2020, S. 7)

Ich habe begriffen, dass ein Debriefing von einem Austausch lebt. Dieser Austausch kann nur stattfinden, wenn die Teammitglieder zu Wort kommen dürfen. Wenn zum Beispiel ein Debriefing durch den Oberarzt der Anästhesie alleine umgesetzt wird, ohne das andere zu Wort kommen, scheint dies für mich wenig Mehrwert generierend und altertümlich.

Ein passendes Zitat fand ich bei Marie von Ebner-Eschenbach
„Solange man selbst redet, erfährt man nichts.“ (Hadelers, T., 2000, S. 166)

4.2 Die Kommunikation während eines Debriefings

Nachdem der Debriefener die Tätigkeit als Moderator aufgenommen hat, stellt sich die Frage, in welcher Form die Kommunikation während des Debriefings gestaltet werden sollte, damit schlussendlich der gewünschte Mehrwert für alle Teammitglieder generiert wird.

Antworten erhielt ich bei St. Pierre et al. (2018, S. 193). Die Kommunikation sollte so gestaltet werden, dass eine konstruktive Meinungsäußerung möglich ist. Wenig förderlich ist eine verurteilende Haltung. In dieser Haltung werden etwaige Fehler der Teilnehmer negativ bewertet und die Handlungsperson ist der Meinung, dass nur sie die Wahrheit und richtige Lösung kennt. Die nonverbale, sowie die wertfreie Kommunikation während des Debriefings spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. In der nonverbalen Kommunikation wird den anderen Teilnehmern der eigentliche „wahre Eindruck“ vermittelt, unabhängig davon, was der Teilnehmer äussert.

Ein passendes Zitat dazu fand ich bei Charlie Chaplin:
„Handlung wird allgemein besser verstanden als Worte. Das Zucken einer Augenbraue, und sei es noch so unscheinbar, kann mehr ausdrücken als hundert Worte.“
(Robinson, 2016, S. 69)

4.2.1 Die Kommunikationstechnik: Advocacy and Inquiry

St. Pierre et al. (2018, S. 195) empfehlen während eines Debriefings, Beobachtungen mitzuteilen, Gesagtes zusammen zu fassen, die Körpersprache zu nutzen und gute Rahmenbedingungen für eine Diskussion zu erschaffen.

Eine besondere Form der Technik ist die „Advocacy and Inquiry“ Methodik. Übersetzt bedeutet dies „Meinungsäußerung und Nachfrage“. Bei dieser Methodik steht das konstruktive Feedback im Mittelpunkt. (St. Pierre et al., 2018, S. 195)

Das Feedback basiert auf einer genauen Beobachtung und auf der subjektiven Bewertung des Teilnehmers. Advocacy besteht aus drei Elementen, der „Beobachtung“ und der „Bewertung“, während Inquiry nur für eine „Frage“ steht. (St. Pierre et al., 2018, S. 195)

Tab. 15.2 Beispiel für eine „advocacy and inquiry“	
Aussagen	Erklärung
„Karl, ich habe gesehen, dass Ihr beim Wechsel der Personen eine knappe Minute lang keine Herzdruckmassage durchgeführt habt“	Die Beobachtung
„Je kürzer die Unterbrechungen sind, desto besser. Eure Unterbrechung war aus meiner Sicht zu lang“	Die subjektive Bewertung der Beobachtung
„Ich würde gerne mit Dir analysieren, wie es zu dieser Unterbrechung gekommen ist. Was, meinst Du, hat dazu beigetragen?“	Die Frage zielt auf die Analyse des Problems ab

Abbildung 2: St. Pierre, Breuer & Dieckmann, *Simulation in der Medizin*, 2018, Seite 195

4.2.2 Die Atmosphäre: Fearless Organization, die psychologische Sicherheit

Die Rahmenbedingungen des Debriefings bestehen nun aus einem Debriefler und der entsprechenden wertfreien Kommunikation mittels Gesprächstechniken. Die Basis besteht allerdings aus der passenden Gesprächsatmosphäre.

Spezialistin auf diesem Gebiet ist Dr. Amy C. Edmondson, Pionierin zur Thematik der „psychologischen Sicherheit“. Unter psychologischer Sicherheit wird das Klima definiert, bei dem sich Mitarbeiter so weit wohlfühlen, dass sie sich ausdrücken und selbst sein können, ohne sich zu befürchten. Sie teilen ihre Bedenken und Fehler, ohne Angst, Peinlichkeit oder Vergeltung zu erleben. Mitarbeiter sind zuversichtlich und können ihre Meinung äussern ohne gedemütigt, ignoriert oder beschuldigt zu werden. Fragen innerhalb dieser Atmosphäre sind gewünscht und erlaubt. Wenn wir von einer hohen psychologischen Sicherheit sprechen, können wir davon ausgehen, dass gute Dinge entstehen. Fehler werden schnell gemeldet und korrigierende Massnahmen können ergriffen werden können. Die höchste Stufe der psychologischen Sicherheit lässt laut Edmondson zu, dass potenziell bahnbrechende Ideen für Innovationen entstehen und geäussert werden. (Edmondson A., 2019, S. 1-15, sinngemäss übersetzt)

Summa summarum ist die psychologische Sicherheit eine entscheidende Quelle für eine angstfreie und offene Kommunikation. Der Teilnehmer, der sich in einer psychologischen Sicherheit befindet, ist sich jedoch auch bewusst, dass er keine Immunität besitzt und ebenfalls nicht frei von Konsequenzen ist. Der Mitarbeiter geht bewusst ein Risiko ein, da er sich innerhalb des Klimas sicher genug und ungehemmt fühlt, Ideen, Fragen und Bedenken zu äussern. (Edmondson A., 2019, S. 1-15, sinngemäss übersetzt)

Die Verantwortung für psychologische Sicherheit liegt bei den Leitern des Teams, bei Abteilungsleitern und Führungskräften. Manche Führungskräfte oder Manager glauben bewusst oder unbewusst an die Macht der Angst in Bezug auf die Motivation. Sie gehen davon aus, dass Mitarbeiter, die Angst verspüren, härter arbeiten, um unangenehme Konsequenzen zu vermeiden. (Edmondson A., 2019, S. 1-15, sinngemäss übersetzt)

Edmondson stimmt dem zu. Falls die Arbeit einfach sei, könne dies der Fall sein. Bei Arbeiten, bei denen das Lernen, oder die Zusammenarbeit ein Erfolgsindikator ist, ist Angst jedoch gemäss Edmondson kein wirksamer Motivator. (Edmondson A., 2019, S. 1-15, sinngemäss übersetzt)

Ein herausstechender Gedanke ist für mich, dass innerhalb eines Teams die Möglichkeiten weit offen sind, wenn es einen Rahmen für eine gelebte Fehlerfreundlichkeit gibt.

4.2.3 Die gelebte Fehlerfreundlichkeit

Eine Stütze der erfolgreichen Debriefingkommunikation ist die gelebte Fehlerfreundlichkeit. Fehler sind laut St. Pierre et al. (2018, S. 197) hervorragende Lernmöglichkeiten. Sie zeigen Mängel auf und gewähren Einblicke hinter die Kulissen. Innerhalb des Debriefings bedeutet Fehlerfreundlichkeit, dass Fehler auch als solche zu identifizieren sind. Um dies umzusetzen, ist Offenheit eine Voraussetzung.

St. Pierre et al. verweisen in diesem Zusammenhang auf die „Advocacy & Inquiry“ Technik, die als Stärke ein „Reden um den heissen Brei“ vermeidet. Wenn sich Teilnehmer bemühen, Fehler als solche nicht zu benennen, geht die Fehlerfreundlichkeit verloren, da Fehler tabuisiert und damit unaussprechlich werden. Wenn die gelebte Fehlerfreundlichkeit keinen Platz im Debriefing findet, dann wird eine wertvolle Lernmöglichkeit vergeben. (St. Pierre et al., 2018, S. 197)

4.2.4 Das Speak Up - das Gegenteil von Schweigen

Wenn sich die Barrieren aufgelöst haben und wir als Team psychologische Sicherheit geniessen, stehen die Tore offen für eine Atmosphäre, die ein „Speak Up“ ermöglicht.

Schwappach, Kolbe, Grande & Gehring (2016, S. 13-15), haben sich intensiv mit der Thematik vom Speak Up auseinandergesetzt und sind dabei zu interessanten Ergebnissen gekommen. Debriefings sind ausserordentliche Beispiele für die Förderung von Speak Up. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, den Ablauf des Falles zu reflektieren. Als Beispiel lässt sich hier die Reanimation nennen, bei der jedes Teammitglied die kritischen Punkte während des Ereignisses schildern kann.

Unter „Speak Up“ verstehen Schwappach et al., dass es sich hierbei um eine freie und informelle Kommunikation handelt, bei der Ideen, Vorschläge, Bedenken und relevante Informationen geäussert werden können. Es wird hier unterschieden zwischen einem „lösungsorientierten Speak Up“, bei dem Ideen und Vorschläge als Inhalt angebracht werden und dem „unterbindenden Speak Up“, bei dem es um die Benennung von Problemen und Verhinderung von Fehlern geht.

Die Stille bzw. „Silence“ wird als dritte Partei genannt. Unter „Silence“ verstehen wir den Sachverhalt, dass der Mitarbeiter sich bewusst dazu entscheidet zu schweigen, obwohl der Mitarbeiter Vorschläge, Informationen oder potenziell wichtige Informationen besitzt. „Silence“ geht über das reine „Nicht-Sprechen“ hinaus.

Die Speak Up-Pflicht wird erschwert, wenn:

- die psychologische Sicherheit gefährdet ist.
- Arbeitskollegen für Speak Up bestraft werden, oder dies beobachtet wird.
- man glaubt, Speak Up sei zwecklos.
- man fühlt, dass einem sowieso nicht zugehört und man nicht verstanden wird.
- man Angst hat, durch das Speak Up ein negatives Image zu bekommen.
- zu viel Respekt vor dem Territorium herrscht. -z.B. dem Chirurgen fällt ein niedriger Blutdruck auf, doch er übt kein Speak Up aus und weist den zuständigen Anästhesisten nicht darauf hin. Dies wird „Respekt vor der ärztlichen Autonomie“ genannt. (Schwappach, Kolbe, Grande & Gehring, 2016, S. 13-15)

Ich leite aus den Erkenntnissen ab, dass es für ein Debriefing substanziell ist, Faktoren wie die wertfreie Kommunikation, die psychologische Sicherheit und das Speak Up zu integrieren. Die gelebte Fehlerfreundlichkeit gehört zu den Grundpfeilern eines lehrreichen und mit Erkenntnissen gefluteten Debriefings.

Wenn die genannten Faktoren fehlen, ist dem Debriefing wenig Erfolg beschieden. Es kann deshalb auch negative Auswirkungen auf die Teilnehmer haben. Dies ist für mich eine neue Erkenntnis, ich stelle mehr und mehr fest, dass es funktionierende Werkzeuge braucht, um ein Debriefing mit positiven Auswirkungen umzusetzen. Ein Debriefing an sich muss nicht zwangsläufig positiv sein. Dass Debriefings komplexer sind als gedacht und strukturiert ablaufen sollten, werde ich im nächsten Kapitel thematisieren.

4.3 Die Debriefingstruktur – die Phasen nach Steinwachs

Debriefings lassen sich in spezifische Phasen unterteilen. Eine Unterteilung bietet uns die Ausbildungsberaterin, Barbara Steinwachs, die ihre Phasen bereits vor 30 Jahren veröffentlichte.

St. Pierre et al. (2018, S. 194) nahmen ihre Phasen erneut auf und projizierten ihr Modell in die heutige Zeit. Die vier Phasen lassen sich in der gefolgten Tabelle darstellen:

Tab. 15.1 Debriefingphasen, ihre Funktionen und mögliche Fragen, Probleme und Lösungsmöglichkeiten. (Mod. nach [39])

Debriefingphase	Funktion	Typische Fragen	Mögliche Probleme und → Lösungen
Übergangsphase/„Dampf ablassen“	„Verlassen“ des Szenarios Eintritt in die Analysehaltung Eindruck über das Befinden der Teilnehmer und Einstellen des Debriefings darauf	Wie hast Du das Szenario empfunden? Hattest Du den Eindruck, einen „Patienten“ zu behandeln? War das Szenario relevant für Dich?	Teilnehmer empfanden das Szenario als unrealistisch oder nicht relevant → Gibt es etwas, das sie dennoch daraus analysieren können/wollen? → Optimierung des Szenarios, wenn nötig
Beschreibungsphase	Rekonstruktion des Geschehens aus der Analysesicht Aufdecken unterschiedlicher Wahrnehmungen der Beteiligten Identifizierung von kritischen (positiv wie negativ) Momenten im Szenario	Was ist passiert im Szenario? Was hast Du gemacht? Was war gut? Was ist nicht gut gelaufen?	Teilnehmer gehen in alle Details des Szenarios und beginnen zu analysieren → Das Ziel der einzelnen Phasen zu Beginn des Debriefings erklären → Unterbrechen, wenn nötig
Analysephase	Die Hintergründe der Handlungen erkunden Sicherstellen, dass Gutes wiederholt und Problematisches nicht wiederholt wird Verständnis fördern Einsicht schaffen	Was hat dabei geholfen, eine gute Lösung zu finden? Welche Alternativen hätte es gegeben? Was wären Vor- und Nachteile der Alternativen? Wie hätten Ihr das optimieren können? Hier habe ich etwas gesehen, was aus meiner Sicht nicht optimal war. Was ist Eure Sicht darauf?	Teilnehmer beginnen, sich zu verteidigen, nicht zu analysieren → Genau auf die eigene Haltung und den eigenen Tonfall achten – will der Debriefere helfen zu lernen oder belehren? Oberflächliche Analyse → Die gleiche Frage nochmals stellen; anderen Personen die gleiche Frage stellen
Anwendungsphase	Das Gelernte anwendbar machen Den Teilnehmern helfen, Probleme bei der Anwendung zu überwinden	Was kannst Du aus dem Szenario und unserer Diskussion mitnehmen? Was kannst Du anwenden von dem, was wir besprochen haben? Was kann schwierig werden, wenn Du versuchst anzuwenden, was wir besprochen haben? Wer kann Dir wie bei der Anwendung helfen?	Die Handlungsabsichten bleiben vage → Konkretisieren und weiter nachfragen, in die Tiefe bohren, Allgemeinplätze hinterfragen

Abbildung 3: St. Pierre, Breuer & Dieckmann, *Simulation in der Medizin*, 2018, S. 194

4.4 Das Simulationstraining und die Gründe für ein Debriefingmodell

Im letzten Kapitel stellte ich fest, dass Debriefings, bei denen die verschiedenen kommunikativen Faktoren, nicht berücksichtigt werden, negative Auswirkungen auf die Teilnehmer haben können. Dies ist einer der vielen Gründe, weshalb Debriefings im Simulationstraining in der Medizin performt und analysiert werden.

Debriefings gehören zum Simulationstraining in der Medizin und sie können ein Simulationstraining zum Erfolg führen oder dieses zunichtemachen. Ein Simulationstraining schafft keine Atmosphäre der Prüfungssituation und lässt den Teilnehmern Raum für ihre Stärken und Schwächen. In diesem Setting werden die Stärken gefördert, für die spätere Praxis. (Lazarovici, Trentzsch, Prückner, 2017, S. 76)

In Simulationstrainings werden unterstützende Lernumgebungen unter der psychologischen Sicherheit geschaffen. Dies kann hilfreich sein, wenn es zur „Nicht-

Simulation“ im Berufsalltag kommt. Debriefings können, falls diese dilettantisch umgesetzt werden, den psychologischen Stress der Teilnehmer erhöhen. (Walker C., Interview, 2021)

Während der Literaturrecherche bin ich auf verschiedene Modelle gestossen, die einem Debriefing mehr Struktur geben. Diese werden in den verschiedensten Spitälern im Simulationstraining geübt und im Anschluss in der Praxis umgesetzt.

In dem Interview, dass ich mit Dr. med. Walker, dem Entwickler vom „STOP5 Modell“ geführt habe, äusserte dieser auf die Frage, was die Hauptgründe für die Entwicklung des Modells waren, folgendes:

„Die Erkenntnis, dass Debriefings in vielen Abteilungen, in denen ich gearbeitet hatte, sehr selten vorkamen, variabel durchgeführt wurden und meist keiner klaren Struktur folgten. In unserer Recherche stellten wir fest, dass es nur wenige Modelle gab, die auf der Notfallstation in Frage kamen. Aus diesem Grund haben wir unser eigenes Modell entwickelt, um das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu unterstützen, eine unterstützende Lernumgebung zu schaffen und unsere Systeme und unsere Abteilung weiterzuentwickeln.“ (Walker C., Interview, 2021)

Ich entschied mich aufgrund der Seitenzahlbegrenzung dieser Diplomarbeit ein Modell präziser darzustellen, anstelle eines Vergleichs von mehreren Modellen. Der Aufbau der Modelle entspricht im Grundsatz dem der Debriefingstruktur von B. Steinwachs und besteht aus Phasen, die bereits St. Pierre et al. beschrieben. Das im Folgenden näher betrachtete „STOP5 Modell“ befindet sich in vollständiger und übersetzter Form im Anhang.

4.5 STOP5 - ein aktuelles Hot-Debriefing Modell

Das STOP5-Modell aus dem Jahre 2020 hat seine Wurzeln im Emergency Department in Edinburgh, NHS Lothian. Es ist ein Hot-Debriefing Modell, das unmittelbar nach dem Ereignis eingesetzt werden soll. Durchgeführt wurde es anfangs in Fällen, bei denen es zum Kreislaufstillstand gekommen ist, beim Polytrauma, bei Fehlern des Personals und Todesfällen auf der Notfallstation. Die Leitung für das Debriefing darf jedes Mitglied des Reanimationsteam übernehmen. (Walker et al., 2020, S. 259-265)

Innerhalb der Räumlichkeiten ist ein grosses Leitplakat befestigt, sodass den involvierten Teilnehmern das Muster zur Stärkung der Strukturen des STOP5-Modells vor Augen ist. Der Debriefing bedankt sich beim gesamten Team und beginnt die Besprechung mit der Frage „Geht es allen gut/Sind alle okay?“ Er fährt nur fort, wenn diese Frage bejaht wird. Anschliessend liest er eine Reihe von Anweisungen vor. Der Zweck des Debriefings wird von vornerein im Team kommuniziert. Der Grund ist stets die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.

Es wird deutlich gemacht, dass es keine Veranstaltung mit Schuldzuweisungen wird. Die Teilnahme ist willkommen, aber nicht verpflichtend. Es handelt es sich immer um eine vertrauliche Besprechung. Das Debriefing wird direkt im Schockraum durchgeführt, unmittelbar nach dem Ereignis. Das Team geht im Anschluss in die Gruppendiskussion über und hält sich an das STOP5 Raster. (Walker et al., 2020, S. 259-265)

Die Diskussionsphase wird auf einem separaten Formular dokumentiert. Anfangs wurden Debriefings nur in den oben erwähnten Fällen umgesetzt. Heutzutage gibt es diesbezüglich keine Beschränkungen mehr. Die durchschnittliche Dauer der Debriefings lag bei fünf Minuten und dreissig Sekunden in der Testphase. (Walker et al., 2020, S. 259-265)

Das Modell wurde über 18 Monate getestet und die Befragten der Notfallstation äusserten folgende Verbesserungen:

- Verbesserte Mitarbeitermoral
- Verbesserter Teamzusammenhalt
- Verbesserte Versorgung zukünftiger Patienten
- Förderung einer Kultur des Lernens
- Erhöhte Patientensicherheit
- Qualitätsverbesserung
- Zehn Prozess- und Geräteänderungen resultierten nach der STOP5 Testphase

In der 18-monatigen Testphase kam das Team zum Ergebnis, dass 98% der involvierten Teilnehmer (Ärzte, Pflegefachpersonen, klinische Hilfskräfte) der Meinung sind, dass noch mehr Hot-Debriefings durchgeführt werden sollten. Alle STOP5 Debriefings, wurden von den Teilnehmern zwischen „gut“ bis „ausgezeichnet“ bewertet.

(Walker et al., 2020, S. 259-265)

Die Verbesserungen lassen sich dadurch erklären, dass regelmässige Debriefings es ermöglichen, Erkenntnisse auf neue Situationen zu transferieren.

Übertrage ich die Erkenntnisse und den Aufbau des Modells in den anästhesiologischen Alltag, bestehe die Möglichkeit, das Debriefingmodell im anästhesiologischen Bereich mit den involvierten Teammitgliedern umzusetzen. Formal müsste es für diesen Bereich und nach Modifikation allerdings validiert werden. Die Debriefingsdauer von fünf Minuten gibt der Umsetzung des Modells Praxisnähe, wegen der grundsätzlichen Zeitknappheit im OP-Trakt.

Ich denke, dass die Umsetzung nicht mehr illusorisch, sondern ausführbar klingt, da es im Rahmen des Möglichen ist, nach dem Ereignis eine fünf-minütige Pause einzuleiten. Grundvoraussetzung für die Umsetzung ist, die Implementierung des Modells durch Simulationstrainings, Simulationstrainern und dem Mitziehen des Führungspersonals in der entsprechenden Institution. Hilfreich scheint mir auch die Befestigung von Postern in der direkten Arbeitsumgebung, um dem Debriefing und den involvierten Mitarbeitern eine Gedankenstütze zu geben. Der Terminus «STOP5» ist einprägsam, aktuell und erleichtert es, «in den Köpfen zu bleiben».

4.6 Der Zeitpunkt und die Dauer eines Debriefings

Ob ein Debriefing eine positive oder negative Auswirkung auf das Ad-hoc Team hat, kann erst beantwortet werden, nachdem es stattgefunden hat. In diesem Kapitel gehe ich den Fragen nach, wann ein Debriefing nach dem erlebten Ereignis stattfinden sollte, welche Zeitdauer empfohlen wird und gebe Hinweise über den idealen Besprechungsraum.

Flohè et al. (2018, S. 34) setzten sich mit dieser Thematik auseinander: Sie schrieben, dass ein klassisches heisses Debriefing im Idealfall direkt im Anschluss nach dem akutmedizinischen Ereignis stattfinden solle.

Diese Aussage kann damit gestützt werden, dass Teilnehmer sich leichter an die Ereignisse erinnern können, die Teilnehmer entwickeln Verbindungen zwischen reflektierten Verhalten und den Ergebnissen. Die Wahrscheinlichkeit ist grösser, dass Verhaltensweisen angepasst und für zukünftige Ereignisse angewendet werden können. (Salas, et al., 2008, S. 521)

St. Pierre et al. (2018, S. 206) schrieben von der Faustregel, dass Debriefings (nach Simulationen) ungefähr doppelt so lange dauern sollten, wie das eigentliche Szenario. Wenn eine Reanimation eine Stunde dauerte, bedeutet dies, dass das Debriefing zwei Stunden dauern sollte.

Da von den Teilnehmern jedoch gewünscht wird, mehr Debriefings umzusetzen, sollte es einen Kompromiss geben: kürzere, dafür häufigere Debriefings. Bei der Frage der Räumlichkeit, geben uns St. Pierre et al. die Auskunft, dass genügend Platz für alle Teilnehmenden vorhanden sein solle. Licht, Luft, Tische und Stühle seien eine gute Voraussetzung, sich intensiven Diskussionen zu stellen. (St. Pierre et al., 2018, S. 206)

Ich bin allerdings der Ansicht, dass die idealen Raumvorgaben in der Praxis häufig nicht vorhanden sind. Räumlichkeiten müssen spontan und innert kurzer Zeit organisiert werden. Die Faustregel, die uns St. Pierre et al. vermittelten, scheint für mich nicht realisierbar zu sein, da der laufende OP-Betrieb nur kurzzeitig unterbrochen werden kann. Ich sehe allerdings verschiedene Lösungsmöglichkeiten für den Anästhesiebereich. Das Debriefing könnte innerhalb des leeren OP-Saals umgesetzt werden, oder in Büroräumen. Bei der Recherche der umsetzbaren Zeitdauer eines Debriefings, hat C. Walker bei seiner Testphase eine Durchschnittszeit von fünf Minuten und dreissig Sekunden erreichen können. In meinen Augen ist das eine Dauer, die in der Praxis der Anästhesie vertretbar ist. Der OP-Betrieb sollte zwar so lückenlos wie möglich sein. Jedoch bin ich überzeugt, dass Mitarbeiter eher dazu bereit sind, fünf Minuten Überzeit zu machen, anstatt das Debriefing im schlimmsten Fall, ausfallen zu lassen.

5 Gute und schlechte Debriefings – was Arbeitskräfte sagen

Antworten zu meinen Fragestellungen habe ich bei Experten gefunden. Am Ende des Hauptteils, möchte ich als Ergänzung aufzeigen, was unmittelbar betroffene Arbeitskräfte selbst zu einem erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Debriefing sagen.

Wo der Unterschied zwischen einem guten und einem schlechten Debriefing liegt, ist eine Frage, die Wissenschaftler seit Jahrzehnten beschäftigt. Wissenschaftler haben laut Crowe et al. in den letzten Jahren allerdings den Fokus zu wenig auf die Ansichten der Arbeitskräfte gelegt und sie wenig miteinbezogen bei der Frage, was ein Debriefing effektiv oder weniger effektiv macht. Um der Thematik auf den Grund zu gehen, haben J. Crowe und sein Team, Forschung betrieben und eine Studie veröffentlicht. Bei dieser Studie wurden Feuerwehrleuten offene Fragen gestellt, es gab starke Übereinstimmungen darüber, was erforderlich sei, um ein gutes Debriefing zu ermöglichen und um eine schlechte Nachbesprechung zu verhindern.

(Crowe, Allen, Harms, Yoerger, 2017, S. 85-91)

5.1 Ein gutes Debriefing

Im Rahmen dieser Studie wurden Feuerwehrleute befragt, was ein gutes Debriefing ausmacht. Die Feuerwehr versucht durch Debriefings, Unfälle und Verletzungen zu minimieren. (Crowe et al., 2017, S.85-91)

Am häufigsten von den Arbeitskräften genannt:

- Respekt und sichere Umgebung: Einander empathisch und respektvoll gegenüberstehen. Respektieren, dass andere nicht der gleichen Meinung wie man selbst sind.
- Ehrliches Feedback einander geben: Probleme werden besprochen und offen miteinander kommuniziert. Als Beispiel steht die Frage an oberster Stelle, wie sich das Team verbessern kann.
- Aktives miteinbringen: Mitarbeiter bringen beobachtete Verhaltensweisen in die Besprechungssituation mit ein. Sie nehmen aktiv teil.
- Verantwortung übernehmen: Sich positiv in die Situationen miteinbringen.
- Darüber sprechen, was richtig und falsch lief. Darüber diskutieren, was wir aus der Situation lernen können. Präzise darüber sein, was in dem Ereignis passiert ist.

(Crowe et al., 2017, S.85-91)

Am wenigsten genannt:

- Humor: Lustige Momente im Debriefing hervorheben
- Zeitpunkt: Debriefing findet so schnell wie möglich statt und sollte keine lange Laufzeit haben. (Crowe et al., 2017, S.85-91)

5.2 Ein schlechtes Debriefing

Erkenntnisse in der Studie darüber, was schlechte Nachbesprechungen ausmachen:

Am häufigsten genannt:

- Schuldzuweisungen: Einzelne Faktoren hervorheben, die für den Ausgang der Situation verantwortlich sind. Zum Beispiel: einzelne Personen, die verantwortlich gemacht werden, für das Scheitern, der Erreichung vom Ziel.
- „Mit dem Finger zeigen“
- Eine Umgebung proaktiv zu schaffen, in der es nicht ermutigend ist, sich an der Diskussion oder Debatte zu beteiligen. Das freie Reden ist verpönt.
- Es werden keine Feedbacks über das Ereignis gegeben. Gruppenmitglieder kommunizieren nicht miteinander.
- Mündliche Auseinandersetzungen beginnen. Streit oder verbale Opposition.
- Sinn des offenen Austausches leugnen, einzelne Personen vor der Gruppe tadeln (Crowe et al., 2017, S.85-91)

Am wenigsten genannt:

- Das Debriefing startet stark verzögert nach dem Ereignis
- Das bestmögliche Ergebnis anpreisen und dabei die Fakten der Situation ignorieren. In diesem Fall wird die „Everything is fine Haltung« vorgelebt.
- Das Treffen findet ohne die Einbeziehung aller relevanten/einschlägigen Parteien statt (Crowe et al., 2017, S.85-91)

Crowe et al. sind davon überzeugt, dass die Erkenntnisse nicht nur für Feuerwehrleute gelten, sondern auch für viele andere Berufe von Bedeutung sein könnten.

Bei der Auswertung fiel mir auf, dass viele Teilnehmer es nicht als dramatisch empfanden, wenn Debriefings nicht mit dem vollständig involvierten Team stattfinden. Ähnlich äusserte sich auch C. Walker in unserem gemeinsamen Interview:

«Ich denke, wir müssen akzeptieren, dass es nicht möglich ist, dass alle bei jeder Nachbesprechung anwesend sind. Wenn man immer wieder versucht, zu warten und alle zur Anwesenheit zu zwingen, wird die Mehrzahl der Debriefings einfach nicht stattfinden. Akzeptieren Sie, die Debriefings in reduzierter Teilnehmeranzahl durchzuführen und teilen Sie das Resultat dann mit dem gesamten Team»

(Walker C., 2021, Interview)

Ich stimme C. Walker & Crowe zu. Die Ausführungen sind meinem Eindruck nach auf den anästhesiologischen Bereich übertragbar.

Das Berufsfeld des Feuerwehrmanns hat zahlreiche Berührungspunkte mit dem des Anästhesieexperten Pflege NDS HF. Bei beiden Berufen liegt der Fokus auf der Behandlung/Rettung von Menschen. Eine hohe Verantwortung wird dem Fachpersonal abverlangt, hohe fachspezifische Kompetenzen sind erforderlich und die Kooperation mit Teammitgliedern ist essenziell.

6 Die Auswirkungen des Debriefings

Debriefings können nach den bisherigen Erkenntnissen als grosse Chance gesehen werden. Was aus dieser Chance resultiert, haben sich Tannenbaum und Cerasoli gefragt, die aus diesem Grund eine Meta-Analyse durchführten. Die Erkenntnisse aus der Meta-Analyse zeigten, dass sich aus 46 Stichproben die Leistungen gegenüber der

Kontrollgruppe um ca. 25% gesteigert hat. Es handelte sich dabei um ähnlich zusammengesetzte Teams innerhalb simulierten und realen Settings im Spitalleben. Der verstärkende Effekt resultiert aus den potenziellen Einflüssen der Moderation und der Struktur. Das Endergebnis der Meta-Analyse war, dass Debriefings im Durchschnitt die Leistung bei regelmässig zusammen arbeiteten Teams um ca. 25% verbessern. (Tannenbaum & Cerasoli, 2013, S. 236)

Im pädiatrischen Bereich sind Reanimationen seltenere Ereignisse. Diese Situationen werden dann oft als Auslöser betrachtet, um ein Debriefing umzusetzen. E. Heimberg et al. sind jedoch der Meinung, dass wenn nur Situationen debrieft werden, in denen etwas schief gegangen ist, Debriefings mit einem negativen Beigeschmack assoziiert werden. Sie empfehlen, dass Situationen, in denen Patienten unter einer Sepsis leiden, Beinahe-Zwischenfälle, Aufnahme von kritischen Patienten oder auch der Umgang mit Angehörigen in kurzen Besprechungen debrieft werden sollten. Diese kurzen Nachbesprechungen geben dem Team fachliche Inhalte und fördern die Entwicklung einer Feedback-Kultur. Je mehr Nachbesprechungen umgesetzt werden, desto eher gewöhnt sich das Team daran, offen miteinander zu kommunizieren, Feedbacks zu geben und diese zu empfangen. (Heimberg, Daub, Schmutz, Eppich, Hoffmann, 2020, S. 132)

Debriefings ermöglichen ein Lernen in den interdisziplinären Teams, um in Zukunft besser zu werden. Dies kann dazu führen, dass gleiche Fehler vermieden werden. Regelmässige Nachbesprechung können aus diesem Grund, das Patienten-Outcome und die Teamzusammenarbeit, sowie die Feedback-Kultur verbessern. (Heimberg et al., 2020, S. 133)

Warum Debriefings trotz der positiven Punkte, die auf der Hand liegen, nicht immer umgesetzt werden, versuchen Arriaga et al. zu erklären. Eine Studie, die zwischen Anästhesisten und dem Anästhesiepersonal durchgeführt wurde, sieht einen Zusammenhang zwischen Kommunikationsspannen und nicht umgesetzten Debriefings. Debriefings wurden eher umgesetzt, wenn das kritische Ereignis als Ursache eine Komorbidität oder der Pathophysiologie des Patienten war. Falls es sich jedoch um eine kritische Kommunikationsstörung handelte, beispielsweise, in einer Akutsituation wurde der falsche Arzt angerufen oder Delegationen wurden aufgrund Kommunikationsfehler nicht umgesetzt, kam es häufiger vor, dass Beteiligte nach dem Ereignis ohne Debriefing weggegangen sind. (Arriaga, et al., 2019, S. 1044-1045)

Das Angehen dieser Thematik im Sinne einer weiteren Studie könnte die Patientensicherheit erhöhen, wenn Kommunikationsfehler häufiger debrieft werden. (Arriaga, et al., 2019, S. 1044-1045)

Anhand der recherchierten Fachliteraturen leite ich aus den Erkenntnissen ab, dass Debriefings in der Anästhesie oder anderen Klinikfachbereichen eine Leistungssteigerung des gesamten Teams ermöglichen. Es stärkt das Selbstbewusstsein, den Teamzusammenhalt und verbessert übergeordnet die Patientensicherheit. Ein Debriefing kann aber auch Mitarbeiter auf emotionaler Ebene auffangen und im besten Fall mentale, schwere Verläufe verringern. Angst kann ein wichtiger Faktor innerhalb eines Debriefings sein, deshalb scheint es für mich wichtig zu sein, keine gegenseitigen Schuldzuweisungen zu machen. Gerade wenn Arbeitskräfte Angst vor Konsequenzen haben, wie es Arriaga et al. beschrieben, ist Fingerspitzengefühl gefragt.

7 Schlussteil

7.1 Selbstversuch mit dem STOP5 Modell

Am 29.04.2021 bekam ich die Chance von Alfons Url (Co-Leiter Reanimation) in der Klinik Hirslanden im Simulationsraum das STOP5 Debriefingmodell zu testen. Bei den Teilnehmern handelte es sich um ein fünf-köpfiges Team, bestehend aus drei NDS Studierenden Anästhesiepflege, ein Studierender NDS Notfallpflege & ein Studierender NDS Intensivpflege.

Die Studierenden waren bereits weit fortgeschritten und brachten hohe Fachkenntnisse in das Simulationstraining mit. Gesamthaft gab es fünf verschiedene Situationen, bei denen es im Anschluss zum Debriefing kam. Die Situationen waren sehr anspruchsvoll und standen vergleichbaren Situationen aus der Praxis (Reanimationen, Kreislaufstillstand im innerklinischen Bereich, verschiedene reanimationspflichtige EKG-Rhythmen) in Nichts nach.

Den Teilnehmern wurde das Debriefingmodell vorgängig erklärt. Anschliessend wurden die Testereignisse im Simulationstraining gestartet. Die Teilnehmer begannen nach den Ereignissen selbstständig mit dem Debriefing. Eine Vorlage des STOP5 Modells hing als Poster im Simulationsraum, ähnlich wie das Original in Edinburgh. Das Team wählte in jedem Setting selbstständig einen Moderator. Das Ziel von Alfons Url und mir war es, Debriefings mit einer Dauer von ca. fünf Minuten umsetzen zu lassen, um festzustellen, ob das Modell auch theoretisch in die Praxis transferiert werden kann.

Innerhalb meines qualitativen Evaluationsprojektes beobachtete ich folgende Stärken bei der Umsetzung:

- Das Team wurde mit jedem Debriefing sicherer im Umgang mit dem Modell, die Struktur bzw. die Phasen des Modells waren gut erkennbar.
- Der Eröffnungsbalken des Modells wurde in jedem Debriefing weitgehend umgesetzt, die Frage «Geht es allen gut» wurde vom Moderator empathisch geleitet.
- Der zeitliche Rahmen wurde eingehalten, die Durchschnittsdauer in insgesamt fünf durchgeführten Debriefings, betrug fünf Minuten dreissig Sekunden.
- Die psychologische Sicherheit war zu spüren, das Klima war lernförderlich, die Teilnehmer gaben auf sich Acht, ehrliche Feedbacks wurden ausgetauscht.
- Aus jedem Debriefing gab es Erkenntnisse, die eine Verbesserung und einen Transfer für neue Situationen ermöglichen. Beispielweise wurde in einer Situation die Herzschrittmachersynchronisation fehlerhaft betätigt, oder die Reanimationsbedingungen durch ein fehlendes Anpassen der Arbeitsumgebung erschwert. Bei der nächsten Situation wurde die Umgebung direkt angepasst.

Folgende Schwächen stellte ich fest:

- Die Abschlussfindung des Debriefings gelang nicht jedem Moderator gleich gut, hier gibt uns das Modell zu wenig Leitlinien. Der Abschluss hängt mit den Kompetenzen und der Erfahrung des Moderators zusammen.
- In einem Fall verneinte ein Teilnehmer die Eingangsfrage ob «es allen gut geht», hier konnte der Moderator den Teilnehmer nicht «auffangen», die Antwort wurde akzeptiert und das Debriefing fortgesetzt.
Wir diskutierten im Anschluss im Plenum über die Konsequenz. Bei einer Anpassung des Modells wäre es möglich, die genaue Vorgehensweise, wenn ein Mitarbeiter die Eingangsfrage verneint festzulegen und in die SOP zu integrieren.
- Die Übersetzung des STOP5-Rahmens war bei der Umsetzung für den Moderator nicht immer einfach, besonders bei den letzten Punkten «O und P» zeigten sie Unsicherheiten bezüglich der Umsetzung. Dies konnte jedoch besprochen und

behooben werden. Wir übersetzten den Punkt «P» mit «Konsequenzen, was wird nun unternommen?», beispielsweise eine Meldung an den technischen Dienst.

Zusammenfassung und Erkenntnisse aus dem Simulationsraum mit dem STOP5 Modell:

- Trainierte Teams können in der Anästhesie ein Debriefing in einem praxisnahen Zeitrahmen umsetzen. Bei fünf Debriefings betrug die Durchschnittszeit fünf Minuten und dreissig Sekunden.
- Unser Ziel konnte im Simulationsraum erreicht werden.
- In jedem Debriefing gab es positive Erkenntnisse, die Teams generierten selbstständig stets einen Mehrwert daraus.
- Die Moderatorenrolle wurde mit jeder Umsetzung sicherer, strukturierter und zielführender.
- Die Frage «geht es allen gut» impliziert, dass Teilnehmer, die nach dem Ereignis emotional hadern, abgeholt werden können. Auf dem dazugehörigen Protokoll könnte ein Vermerk aufgeschrieben werden, im Anschluss die Leitung informiert werden, oder der Person die kantonale «Careline» abgegeben werden.
- Das Modell hat viel Potenzial, bedarf aber noch Verbesserungen im Bereich der Abschlussfindung und Klärung der Konsequenz der Eingangsfrage.
- Man könnte einen Abschlussbalken hinzufügen und im beigelegten Protokoll die Festlegung der Konsequenz niederschreiben, falls ein Teilnehmer die Eingangsfrage mit «nein» beantwortet.
- Insgesamt war die Verbesserung des Teamzusammenhalts mit jedem Debriefing deutlich spürbar.

7.2 Beantwortung der Fragestellungen

1. Welche Rahmenbedingungen sollte ein Debriefing erfüllen, um einen positiven Mehrwert für das Ad-Hoc Team zu erzielen?

Damit ein Debriefing einen positiven Mehrwert erzielt, sollte es nach den Erkenntnissen dieser Diplomarbeit regelmässig im Simulationstraining und der Praxis praktiziert werden. Die psychologische Sicherheit und eine Fehlerfreundlichkeit sollten erlaubt und gelebt werden. Es sollte strukturiert durchgeführt werden. Emotionen sind sehr willkommen. Team ziehen Erkenntnisse aus dem Debriefing, da sie sich offen und frei äussern und konstruktive Feedbacks mitteilen. Die Grundpfeiler dieses Debriefings, mache ich nun mit meiner selbst erstellten Debriefingpyramide sichtbar und unterstreiche damit die vielschichtigen Seiten eines Debriefings. (siehe Anhang, Abbildung 4)

2. Welche positiven oder negativen Auswirkungen kann ein Debriefing, nach akutmedizinischen Ereignissen (z.B. REA) in der Anästhesie, auf das Ad-hoc Team haben?

Debriefings können einen sehr positiven Effekt haben, was beispielsweise das Kapitel über die Auswirkungen, die Erkenntnisse aus dem Selbstversuch oder dem Auffangen von Mitarbeitern nach besonders emotional belastenden Ereignissen zeigen. Wenn aber die lernfördernde Atmosphäre, die psychologische Sicherheit, oder eine gute Feedback-Kultur fehlt, kann der Lerneffekt bzw. ein Mehrwert zunichte gemacht werden, oder im schlimmsten Falle Belastungsstörungen (Kapitel 3) bei Mitarbeitern verursachen.

Ich empfehle aus diesem Grund, dass Debriefings regelmässig interdisziplinär geübt werden. Führungskräfte oder Mitglieder einer höheren Ebene sind gefordert, mit Hilfe des Debriefings, Mitarbeiter nicht mit hängendem Kopf nach Hause gehen zu lassen. Besser wäre, dass sie mit einem positiven Gefühl und Erkenntnissen aus Fehlern und Feedbacks nach Hause gehen, die schlussendlich auch bei der Patientensicherheit zur Geltung kommt. Andererseits können Debriefings auch ein «Spiel mit dem Feuer» sein.

7.3 Das Fazit

Wenn ich mich mit Hilfe einer Zeitmaschine auf den damaligen OP-Flur aus meiner Ausgangslage teleportieren könnte, hätte ich mit einem Debriefing, die Situation schneller und lehrreicher verarbeiten können.

Gleichwohl denke ich, dass wir „the bigger Picture“ sehen sollten.

Die Durchführung von Debriefings in der Anästhesie ist nicht nur abhängig von einzelnen Personen, sondern auch von Spitalstrukturen, Simulationstrainings und Verantwortungsträgern, die die Erfolgsaussichten in der Prozedur erkennen.

Verschiedene Quellen meiner Recherche zeigen auf, dass Debriefings einen wichtigen Beitrag leisten können, negative Auswirkungen nach Akutereignissen in der Klinik zu vermeiden oder zu lindern. Es ist zwar weitere Forschungsarbeit notwendig, um die Evidenz dazu zu vervollständigen und nicht alle Resultate aus anderen Gebieten sind ohne weiteres auf die Anästhesie übertragbar. Meine eigenen Resultate zeigen aber die klinische Machbarkeit eines praktischen Debriefings-Tools (STOP5 Modell) und geben Anlass zu Überlegungen zu Für und Wider einer solchen Intervention.

Burnouts, posttraumatische Belastungsstörungen & mentale Belastungen nach akutmedizinischen Ereignissen dürfen kein Tabu-Thema sein. Eine positive und offene Feedbackkultur ist eine Grundvoraussetzung, solche Störung nach akuten Ereignissen zu vermeiden. Das Debriefing ist ein geeignetes Werkzeug dazu.

Woran liegt es, dass Debriefings in der Anästhesie selten realisiert werden?
Ich denke, es liegt an Unsicherheiten, weil die Instrumente dazu noch fehlen.
Man weiss nicht wie das geht, wer das in die Hand nimmt, wie ist die Akzeptanz etc.
Man glaubt auch, dass die Zeit dazu fehlt, man will den laufenden OP-Betrieb nicht stören.
Und schliesslich bin ich auf ein Journal gestossen, das behauptete, dass Teams sich schlichtweg nicht gern gegenseitig reflektieren möchten.

Bei diesen Punkten sollten wir ansetzen:

- Prozedere entwickeln, Leitfaden erstellen, Personal schulen
- Zeitinseln von 5 Minuten einplanen
- Reflexionen in den Alltag einbauen, damit die Reflexion zur Selbstverständlichkeit wird.

Eine positive Entwicklung, die mir kürzlich aufgefallen ist, ist die Careline, die in unserem spitalinternen Intranet installiert wurde. Die Klinik Hirslanden Zürich gibt dem Thema physische und psychische berufliche Belastungen Raum. Jeder Mitarbeiter kann im Intranet die Ansprechperson der Careline bzw. die Telefonnummer finden und hat die Chance, selbst zum Telefon zu greifen, falls der Mitarbeiter Redebedarf hat.

Bisher wurde vor allem der Aspekt des Verarbeitens von psychischer Belastung behandelt. Mit dem Werkzeug des Debriefings wird die Feedbackkultur und eine offene Fehlerkultur gepflegt und gestärkt. Dabei gilt das Ziel, dass sich Fehler nicht wiederholen, dass man Situationen das nächste Mal besser umsetzt, dass die Sicherheit und Qualität der Arbeit zugunsten des Patienten steigen.

In Zukunft versuche ich mehr Debriefings nach Ereignissen, die mich belasten oder in denen ich das Lernpotenzial sehe, einzufordern. Ich nehme mir vor, mit offenen Augen durch die Praxis zu gehen und mein Sensorium für Belastungen aus kritischen Ereignissen zu schärfen, auch in der Hoffnung, für Teamkollegen eine Stütze zu sein.

Literaturverzeichnis

- American Heart Association. (2020). *Zusammenfassung, Leitlinien für CPR und kardiovaskuläre Notfallmedizin, übersetzt von Univ.-Prof. Dr. Med Martin Möckel*. Von https://www.kssg.ch/system/files/media_document/2020-10/hghlghts_2020eccguidelines_german_0.pdf abgerufen am 15.03.2021
- Arriaga, A., Rachel, S., Justin, C., Madhavi, M., Randall, B., & Emily, G. (2019). *Failure to Debrief after Critical Events in Anesthesia is Associated with Failures in Communication during the Event*. Von <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000002649> abgerufen am 15.03.2021
- Bock, R.-W., Biermann, E., & Wulf, H. (2013). *Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen, Empfehlungen*. Von <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuersuchindex/oeffentlich/empfehlungen/635-empfehlungen-zum-umgang-mit-schweren-behandlungskomplikationen-und-belastenden-verlaeufen/file.html> abgerufen am 15.03.2021
- Crowe, J., Allen, J., Harms, M., & Yoerger, M. (2017). *After-Action Reviews: The good behavior, the bad behavior, and why we should care*. Von <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.03.006> abgerufen am 15.03.2021
- Edmondson, A. (2019). *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. Fachbuch
- Flohè, S., Matthes, G., Paffrath, T., Trentzsch, H., & Wöfl, C. (2018). *Schwerverletztenversorgung, Diagnostik und Therapie der ersten 24 Stunden*. Von <https://shop.thieme.de/Schwerverletztenversorgung/9783132036116> abgerufen am 15.03.2021
- Hadeler, T. (2000). *Zitate für Manager: Für Reden, Diskussionen und Papers immer das treffende Zitat*. Gabler Verlag
- Heimberg, E., Daub, J., Schmutz, J., Eppich, W., & Hoffmann, F. (2020). *Debriefing in der Kindernotfallversorgung, Grundlage einer verbesserten Patientenversorgung*. Von <https://doi.org/10.1007/s00112-019-00831-9> abgerufen am 15.03.2021
- Kolbe, M., Grande, B., & Spahn, D. (2015). *Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude and setting*. Von <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2015.01.002> abgerufen am 15.03.2021
- Lazarovici, M., Trentzsch, H., & Prückner, S. (2017). *Human Factors in der Medizin*. Von <https://doi.org/10.1007/s00101-016-0261-5> abgerufen am 15.03.2021
- Martin, F., & Rusin, L. (2020). *Crew Resource Management in 15 Minuten, Dissertation*. Von <https://doi.org/10.5282/edoc.25433> abgerufen am 15.03.2021
- Robinson, D. (2006). *Charlie Chaplin: Movie ICONS: The Unparalleled Career of the Little Tramp*. Paperback
- Salas, E., Klein, C., King, H., Salibury, M., Augenstein, J., Birnbach, D., . . . Upshaw, C. (2008). *Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips*. Von [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34066-5](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34066-5) abgerufen am 15.03.2021

- Schwappach, D., Kolbe, M., Grande, B., & Gehring, K. (2016). *Wenn Schweigen gefährlich ist: "Speaking-up" bei Sicherheitsbedenken*. Von <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.05.011> abgerufen am 15.03.2021
- St. Pierre, M., Breuer, G., & Dieckmann, P. (2018). *Simulation in der Medizin*. Springer, 2. Aufl., Fachbuch
- Tannenbaum, S., & Cerasoli, C. (2013). *Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis*. Von <https://doi.org/10.1177/0018720812448394> abgerufen am 15.03.2021
- Ugwu, C., Medows, M., Don-Pedro, D., & Chan, J. (2020). *Critical Event Debriefing in a Community Hospital*. Von <https://doi.org/10.7759/cureus.8822> abgerufen am 15.03.2021
- Vinson, A., & Randel, G. (2018). *Peer support in anesthesia: turning war into wellness*. Von <https://doi.org/10.1097/aco.0000000000000591> abgerufen am 15.03.2021
- Walker, C. (2021). Interview mit Dr. Walker, dem Entwickler von STOP5. (J. Friesen, Interviewer) schriftliches Interview, durchgeführt am 26.03.2021
- Walker, C., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). *STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department*. Von <https://doi.org/10.15441/ceem.19.086> abgerufen am 15.03.2021
- White, B., Eklund, A., McNeal, T., Hochhalter, A., & Arroliga, A. (2018). *Facilitators and barriers to ad hoc team performance*. Von <https://dx.doi.org/10.1080%2F08998280.2018.1457879> abgerufen am 15.03.2021

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: ZOLL Medical Deutschland, 2019, Poster: Heisses im Vergleich zum kalten Debriefing 3
- Abbildung 2: St. Pierre, Breuer & Dieckmann, Simulation in der Medizin, 2018, Seite 195.7
- Abbildung 3: St. Pierre, Breuer & Dieckmann, Simulation in der Medizin, 2018, S. 194.....9
- Abbildung 4: Debriefingpyramide zum heissen Debriefing, erstellt: J. Friesen (Juni 2021)21

Anhang

- Anhang 1: Selbstständigkeitserklärung, Veröffentlichung und Verfügungsrecht
- Anhang 2: Die Debriefingpyramide zum heissen Debriefing
- Anhang 2: Original Interview mit Dr. Craig Walker
- Anhang 3: STOP5 Modell
- Anhang 4: Ausgangslage visualisiert
- Anhang 4: Glossar

Selbstständigkeitserklärung, Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Studierender/Studierende

Name: Friesen **Vorname:** Jürgen

Titel der Diplomarbeit: Debriefing in der Anästhesie nach akutmedizinischen Ereignissen "Wir müssen reden..."

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbstständig 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: 17.06.2021

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

Datum: 17.06.2021

Unterschrift:



Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Die Debriefingpyramide zum heissen Debriefing

Ein Überblick über die wichtigsten Facetten für ein erfolgreiches Debriefing

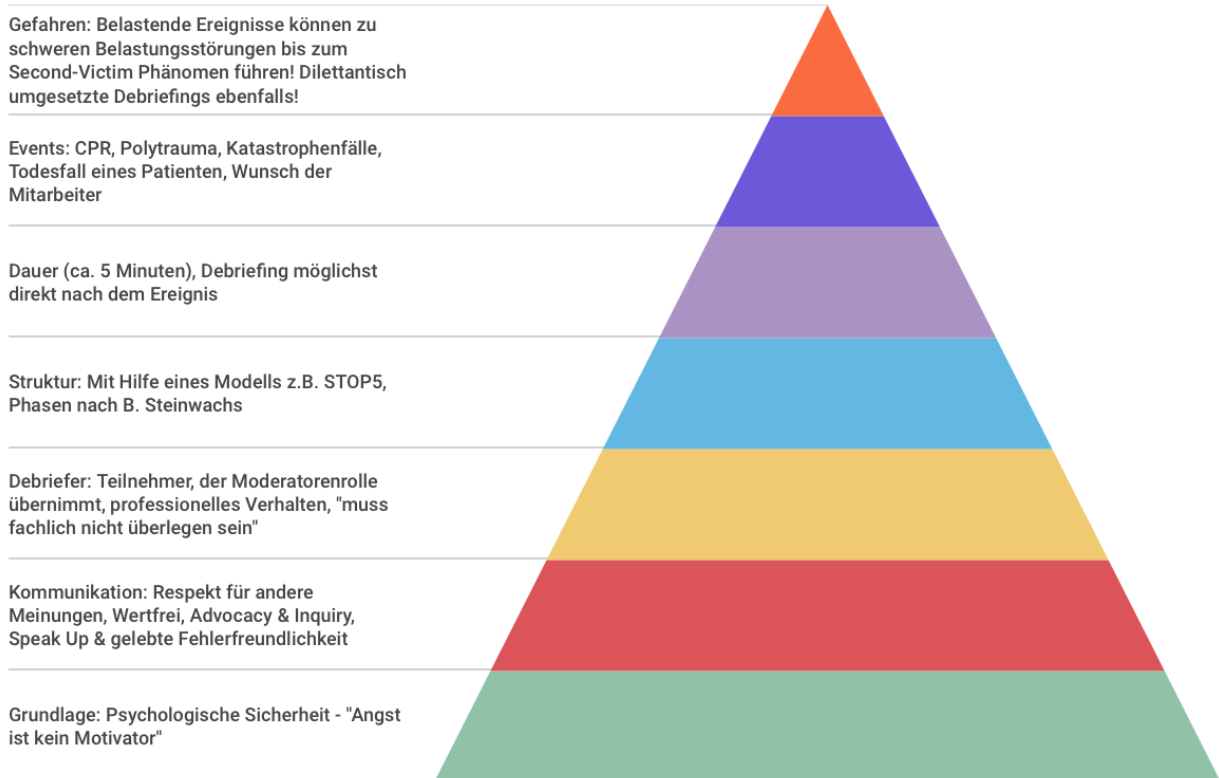


Abbildung 4: Debriefingpyramide zum heissen Debriefing, erstellt: J. Friesen (Juni 2021)

- 1.** Die Basis setzt sich aus der psychologischen Sicherheit und der entsprechenden Kommunikation zusammen.
- 2.** Der Körper der Pyramide besteht aus den Fähigkeiten des Debriefers und der Struktur, die dem Team helfen, ein Debriefing mit gewinnbringenden Resultaten abzuhalten.
- 3.** Der oberste Abschnitt der Pyramide zeigt die Events bei denen Debriefings umgesetzt werden sollten. An der Pyramidenspitze sind potenzielle Gefahren eines Debriefings sichtbar.

Original Interview mit Dr. Craig Walker

Debriefing in anesthesia after acute medical events

My name is Dr. Craig Walker, I voluntarily conducted this interview and I agree that parts of this interview may be used in Jürgen Friesen's thesis entitled "Debriefing in Anesthesia after Acute Medical Events" provided that my statements are not taken out of context.

Date: 26/3/21

signature:



Background:

My name is Jürgen Friesen, I study anesthesia in the nursing department. In the second semester, I experienced resuscitation in the operating room. That moved me a little emotionally. At the debriefing, the 10 people involved became 3. The debriefing made me want to look into the topic of «debriefing».

Questions in my thesis:

Which framework conditions should a debriefing meet in order to achieve positive added value for the ad hoc team?

What effects can a debriefing have on the ad hoc team after acute medical events (e.g. REA) in the operating room?

Interview:

Dr. Walker, thank you very much for taking the time for a brief interview. You developed the "Stop5 Debriefing Model", what were your main reasons for developing this model?

CW: A recognition that debriefs in many departments in which I had worked were very rare occurrences, were variably performed and did not usually follow a clear structure. When we researched the topic, we found there were very few models that would be suitable for the EM environment. We therefore developed our own model to help support staff wellbeing, create a supportive learning environment and help develop our systems and our department.

A long time ago, the U.S. military used to do debriefings with "after action reviews". In your opinion, what is the importance of debriefing after acute medical situations?

CW: (1) Enhancing & supporting wellbeing (2) Creating learning opportunities (3) Improving system and processes e.g. referral pathways; replace faulty equipment.

What is the role of simulation training in terms of debriefing after a crisis?

CW: This is a tricky one. I'm an EM Sim Lead but I feel that Hot Debriefs need to be made as simple and straightforward to follow as possible so that teams can help to debrief themselves without having expert colleagues present 24/7. If you're waiting on experts to conduct the initial debriefs then many simple won't happen.

I believe those running cold debriefs should undergo training beforehand to be able to do so. That said, there are crossover skills from standard simulation debriefing that can assist in Hot Debriefing.

I think sim training and debriefing thereafter can help create supportive learning environments and improve psychological safety amongst staff members and departments that may then help when it comes to non-simulation situations.

Debriefings are handled very differently, why do you think there are no uniform guidelines or laws that require "debriefings"?

CW: Difficult to fit a one-size-fits-all approach. Also, we know from other research that compulsory debriefings can be harmful for participants' mental health. Threatening people if they don't do them would be a very, very poor approach to take.

The Error culture is a growing topic in medicine, especially in anesthesia. The CRM criteria originally comes from aviation. Do you think it is the right way to deal openly with errors, although in medicine it is still a taboo subject in certain areas?

CW: I think it needs to be open and to feel safe; otherwise, people simply won't contribute. If people don't contribute, it's hard to learn anything and therefore systems and safety are not improved.

Explain in 5 sentences, what defines a good debriefing?

CW: Safe, Supportive, Engaging, Focused, Definite learning points achieved

Do you think a debriefing prevents psychological stress for employees?

CW: It can do under the right circumstances. Conversely, done badly and/or if made compulsory, it can increase psychological stress for employees (and employers).

The operating room is an ongoing process. Patients have to be transferred after resuscitation, as well as the staff often rotates its members. How is it possible to have a debriefing with everyone involved?

CW: I think we need to accept that it is not possible to have everyone present for every debrief. If you keep trying to wait and to force everyone to be there, the majority of debriefs simply won't happen. Accept doing them with reduced numbers. Try and achieve some learning for those present and share with the wider team thereafter.

In your perspective, when is the best time to debrief after a medical crisis?

CW: Immediately or within a few mins afterwards (Hot Debrief). This can help support staff, offer a time-out break and correct misunderstandings/misconceptions rather than letting them fester (and potentially grow). Some cases should then be taken forward to be looked at in more depth at a later period (Cold Debriefs)

Who should take on the role of the debriefer?

CW: In Hot Debriefs, any team member should be supported to do so. I believe it should NOT be a dictatorial, classroom-style set-up. Every time member should be able to contribute. Otherwise, it becomes too hierarchical and people contribute less.

- For formal simulation exercises, it should be trained faculty who have experience in debriefing with good judgement.

- For cold debriefs, skilled faculty/team members.

In what direction could or should debriefing develop in the future in your opinion?

CW: Increase senior and managerial support.

It should be the norm and happen after the majority of cases, rather than only after the BIG cases.

Thank you very much for the interview!

About Dr. Craig Walker:

DR CRAIG WALKER

MBCHB FRCEM FFICM



CONSULTANT IN
EMERGENCY MEDICINE, NHS
LOTHIAN.

CONSULTANT IN INTENSIVE
CARE MEDICINE, NHS
LOTHIAN.

LEAD FOR ED SIMULATION
TRAINING, RIE.

Craig grew up in various parts of Scotland before graduating from Edinburgh University.. After spending his medical elective in Emergency Medicine in Queensland, Australia, further EM posts confirmed that dealing with the big, acute, traumatic, scary stuff was where his interests lay and he joined the South East Scotland Emergency Medicine Training Programme..

He developed an additional passion for Intensive Care Medicine during that time, completed dual training and was appointed as a Consultant in Emergency Medicine and Critical Care.

He has presented at numerous National and International Conferences and Meetings and maintains an active research interest. He was awarded the Scottish Intensive Care Society (SICS) Research Prize for work on lactate clearance in sepsis.

Craig is the Co-Lead for EM Simulation Training. Related work includes the creation and development of the STOP5 Hot Debrief model, an innovative and simple framework that helps teams to support each other and improve their working environments following Resuscitation cases.

STOP5 Modell

Original: C. Walker et al., 2020. Übersetzt und modifiziert: J. Friesen, 2021

STOP für 5 Minuten

Danken Sie dem gesamten Team und fragen Sie: **“Geht es allen gut?”**

Wenn **JA**, fahren Sie wie unten beschrieben fort, sagen Sie **ZUERST**:

- Wir werden jetzt ein 5-minütiges Debriefing durchführen.
- Ziel ist es, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern; es handelt sich dabei nicht um eine Sitzung mit Schuldzuweisungen.
- Eure Teilnahme ist erwünscht, aber nicht verpflichtend.
- Das “Debriefing” ist vertraulich und keine Aussage verlässt den Raum.

**Jede/r Mitarbeiter/-in darf die Moderator-/Leaderrolle übernehmen.
Offene Diskussionsrunde**

S

Summarise the case
(Situation zusammenfassen)

T

Things that went well
(Was lief gut?)

O

Opportunities to improve
(Verbesserungsmöglichkeiten)

P

**Points to action and
Responsibilities**
(Resultierende Massnahmen und Verantwortlichkeiten)

Aktuelle Fallkriterien:

Bitte füllen Sie für jeden Fall ein HoI-Debriefing-Formular aus. Diese befinden sich unter:

Die ausgefüllten HoI-Debriefing-Formulare sind zu sammeln und abzulegen:

Wenn Sie Fragen oder Feedback haben, wenden Sie sich bitte an:

Original: C. Walker, L. McGregor, S. Robinson
Übersetzung & Modifizierung: J. Friesen

EDINBURGH
EMERGENCY
MEDICINE



STOP für 5 Minuten

Danken Sie dem gesamten Team und fragen Sie: "Geht es allen gut?"

Wenn **JA**, fahren Sie wie unten beschrieben fort, sagen Sie **ZUERST**:

- Wir werden jetzt ein 5-minütiges Debriefing durchführen.
- Ziel ist es, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern; es handelt sich dabei nicht um eine Sitzung mit Schuldzuweisungen.
- Eure Teilnahme ist erwünscht, aber nicht verpflichtend.
- Das "Debriefing" ist vertraulich und keine Aussage verlässt den Raum.

Jede/r Mitarbeiter/-in darf die Moderator-/Leaderrolle übernehmen.
Offene Diskussionsrunde

Fallnummer:

HOT DEBRIEFING	Fall (ankreuzen)	Bitte notieren Sie alle anwesenden Mitarbeiter:
Datum:	<input type="checkbox"/> Medizinisch	
Zeit:	<input type="checkbox"/> Schockraum	
Ort:	<input type="checkbox"/> Tod in Notaufnahme	
	<input type="checkbox"/> Personell ausgelöst	
		Dieses Dokument wird geführt von: _____

Summarise the case

Things that went well

Opportunities to improve

Points to action and responsibilities

Beziehe alle Mitarbeiter bei der Massnahmenfestlegung ein.

**EDINBURGH
EMERGENCY
MEDICINE**

HOT DEBRIEFING nicht durchgeführt
Grund: _____

Ist ein COLD DEBRIEFING notwendig?
JA NEIN



Originalfassung 2020: C. Walker, L. McGregor, S. Robinson, Übersetzung & Modifizierung 2021: J. Friesen

Ausgangslage visualisiert

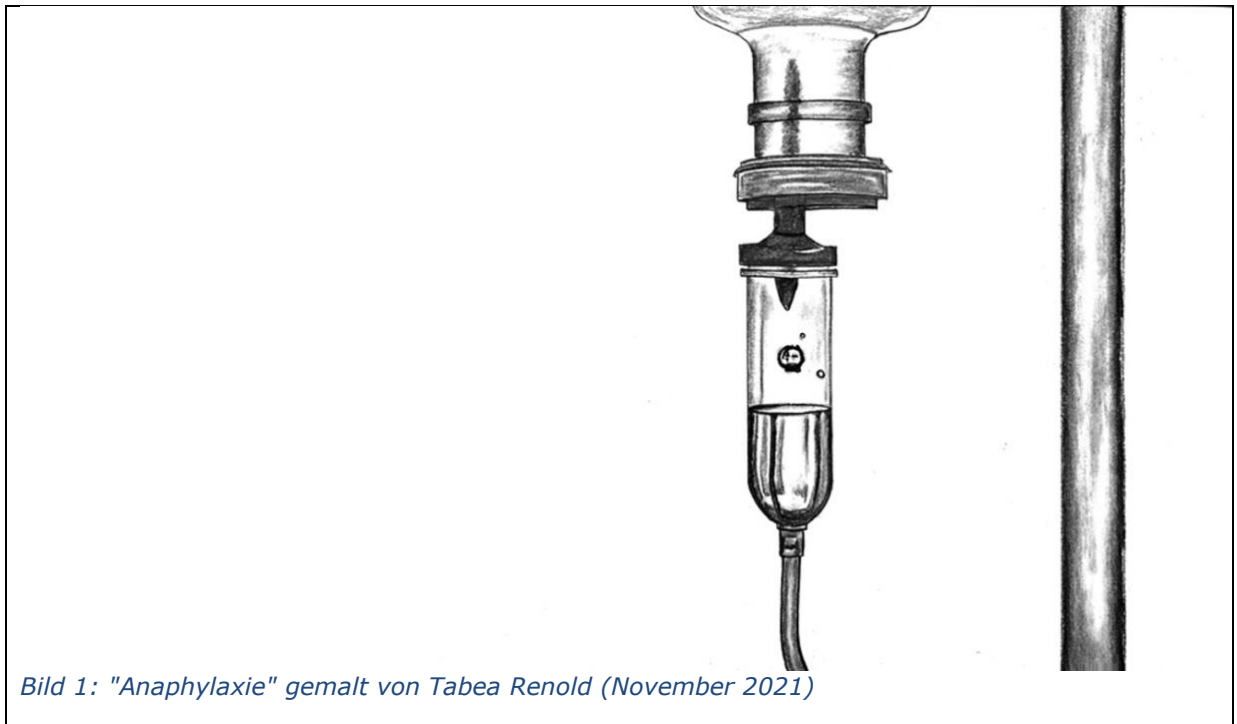


Bild 1: "Anaphylaxie" gemalt von Tabea Renold (November 2021)

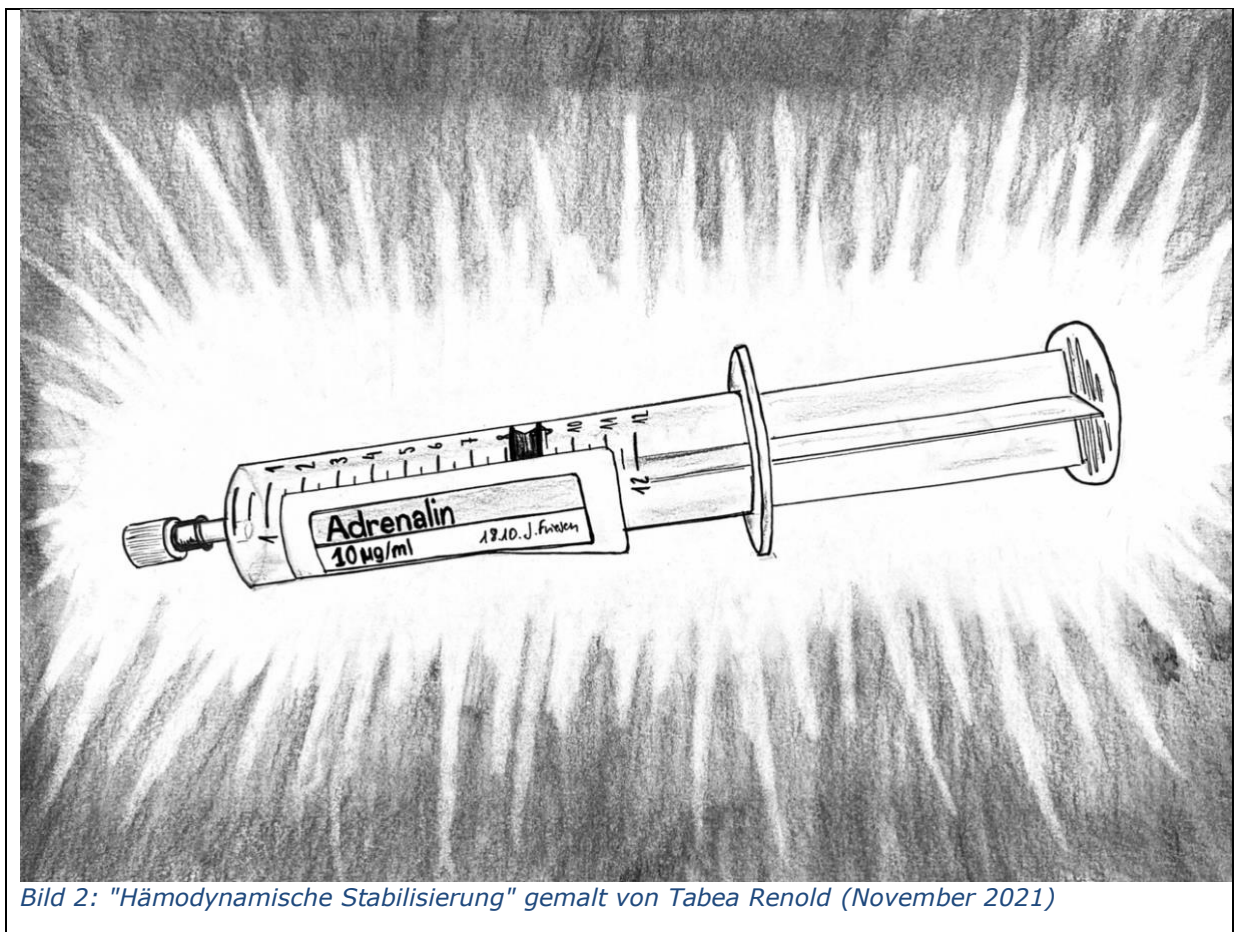


Bild 2: "Hämodynamische Stabilisierung" gemalt von Tabea Renold (November 2021)

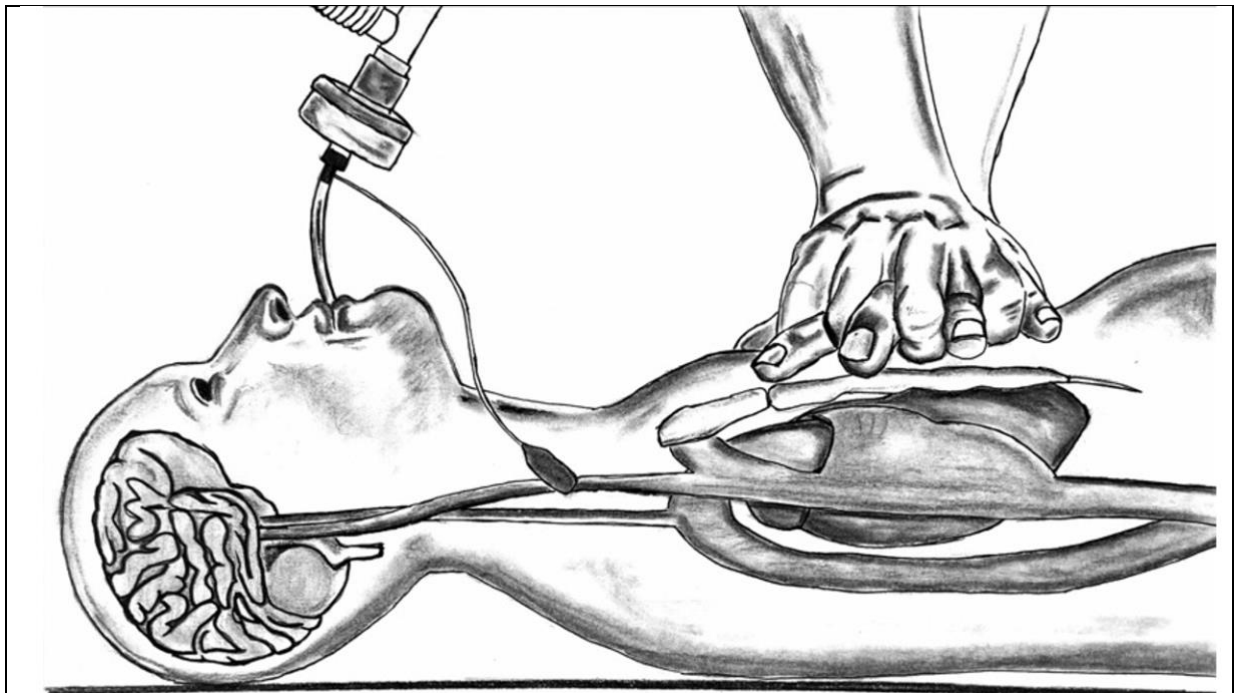


Bild 2: "Intraoperative Reanimation" gemalt von Tabea Renold (November 2021)



Bild 3: "Was zurück bleibt..." gemalt von Tabea Renold (November 2021)

Glossar

A

ABCDE-Schema	System, dass sich chronologisch im Notfall nach den höchsten Prioritäten richtet (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment)
Ad-hoc-Team	willkürlich zusammengestelltes Team, dass ein Problem/Sonderfall löst
Advocacy & Inquiry	Fragetechnik für ein konstruktives Feedback
Akutmedizinische Ereignisse	Situationen, bei denen es sich um lebensbedrohliche, plötzlich auftretende Beschwerden des Patienten handelt
American Heart Association	Organisation, die sich mit Prävention und Therapie von kardiovaskulären Erkrankungen beschäftigt

B

Burnout	«Ausbrennen», Oberbegriff für Arten von persönlichen Krisen durch andauernden Stress oder Überbelastung durch die Arbeit
----------------	--

C

Cardiac Arrest	Herzstillstand
Care-Hotline/Care Line	Gesellschaft, die für Menschen telefonisch erreichbar ist, die auf der Suche nach Hilfe bei z.B. psychischen Anliegen sind
Chaos- und Unfallreaktion	Reaktion, die von aussen einwirkt und ein völliges Durcheinander im Menschen verursacht

	Crew Resource Management	System zur Fehlerkorrektur/-vermeidung, dass die nicht-technischen Fähigkeiten von Mitarbeitern verbessert und weiterentwickelt
D	Dilettantisch	laienhaft, nicht fachmännisch
E	Emotionale Erste Hilfe	Fachausdruck im postpartalen Bereich Ansatz zur Bindungsförderung von Eltern und Kind. Akute Unterstützung, wenn emotionaler Draht verloren gegangen ist
F	Flash-Backs	gedankliches „Wiedererleben“ einer belastenden Situation
	Frames	Gleicher Inhalt einer Botschaft/Nachricht/Sachverhalt beeinflusst das Verhalten des Empfängers unterschiedlich
K	Kardiopulmonale Kompression	Umgangssprachliche Herzmassage, manuelle Kompression
M	Mehrwertgenerierend	Ein Gewinn, dass ein Resultat für die Arbeit des Teams ist
	Meta-Analyse	Zusammenfassung von Bewertungen von Ergebnissen verschiedener Studien mit derselben Fragestellung

P

Psychologische Sicherheit

Klima, indem Mitarbeiter offen und konstruktiv Feedbacks austauschen, ohne Angst zu spüren

S

Second-Victim Phänomen

im Gesundheitsbereich Personen, die nach einem unerwünschten Ereignis (z.B. Todesfall eines Patienten) psychisch oder physisch belastet sind

Speak Up

Pflicht eines Mitarbeitenden frei und informell zu kommunizieren, andere auf Fehler hinweisen, Fixierungsfehler können gestoppt werden

Status Epilepticus

aussergewöhnlich, langer epileptischer Krampfanfall

T

Terminus

Fachausdruck, Fachwort

The Bigger Picture

Ein Verständnis einer Situation, das mehr umfasst als das, was unmittelbar sichtbar ist.

V

Vasoaktiva

Medikamente/körpereigene Substanzen, die eine Reaktion auf die Gefässmuskulatur und Gefässweite ausüben

Kontakt

Juergen.friesen@gmx.net