



## Anhang 5

### Praktische Tools zur Unterstützung einer Just Culture auf der Mikroebene

#### Inhalt

1	Restorative Just Culture Training – Beispiel Mersey Care NHS Foundation Trust.....	2
2	Walk Rounds / Leadership Rounds.....	3
3	Safety Huddles / Debriefings.....	4
3.1	SHARE-Debriefing-Tool.....	4
4	Comprehensive Unit Based Safety Program (CUSP).....	5
5	Situation, Background, Assessment und Recommendation Instrument (SBAR).....	6
6	TeamSTEPPS®.....	7
7	Crew Resource Management.....	8
8	High Fidelity Simulation.....	9
9	Low-Fidelity / In-situ Simulation.....	9
10	Safety Culture Discussion Cards.....	10
11	Interdisziplinäre Visite.....	11
12	Morbidity and Mortality Konferenzen.....	12
13	Quality Learning Boards (QLB).....	14
14	Culture Change Toolbox.....	15
15	Psychologische Sicherheit.....	16
15.1	Creating a Safe Space: Healthcare Worker Support Toolkit.....	16
15.2	GuardingMinds @ Work.....	16
16	Toolsammlungen.....	17
16.1	Improving Patient Safety Culture – a practical guide.....	17
16.2	Patient Safety Culture Bundle for CEO's/Senior Leaders.....	17
16.3	Just Culture Toolkit ASHP.....	17
17	Einordnung in den Safer Culture Framework.....	18
	Literatur.....	20

## 1 Restorative Just Culture Training – Beispiel Mersey Care NHS Foundation Trust

Das Just Culture Trainings- und Entwicklungsprogramm von Mersey Care [1] verfolgt einen Ansatz der Personal- und Organisationsentwicklung, des Designs, der Effektivität und des Lernens für den Kulturwandel. Das Programm kann an den Aufbau jeder Organisation angepasst werden. Zielpublikum sind in einem ersten Schritt Führungspersonen und HR-Mitarbeitende. Es enthält folgende Lernmodule:

1. Einführung in den Bereichskontext
2. Just Culture: Restorative und retributive Just Culture verstehen.
3. Incident Management: Wie kann aus Sicht der Forschung effektiv auf ein unerwünschtes Ereignis reagiert werden und wie lernt man daraus?
4. Beschreibung des eigenen organisationalen Prozesses, um mit Ereignissen, Fehlern und Beziehungen umzugehen.
5. Partnerschaftliche Zusammenarbeit/Personal/Speak-up
6. Organisationsgestaltung, -entwicklung und -effektivität, einschliesslich Veränderungsmanagement und Förderung der psychologischen Sicherheit in der Organisation.
7. Patient Safety I und II: Lernen aus dem, was gut läuft, und nicht nur aus dem, was schief läuft, und Erleichterung des organisatorischen Lernens in einer psychologisch sicheren Weise für alle Beteiligten.
8. Menschliche Prozesse, einschliesslich [Höflichkeit und Respekt](#).
9. Implementierung und Evaluation: Tools und Methoden, um Fortschritte und Erfolg zu messen.

Mersey Care hat ein [Online-Trainingsprogramm](#) für eine Restorative Just and Learning Culture entworfen. Die kurzen Kurseinheiten können in 20-30 Minuten durchlaufen werden.

[Modul 1](#) (Just and Learning Culture – A New Way of Caring): Im Modul wird über die Veränderungen bei Mersey Care berichtet. Die Organisation war stark regelbasiert und das Bewusstsein für psychologische Schädigungen des Personals durch ungünstige Personalprozesse hat gefehlt.

[Modul 2](#) (Implementing a Just and Learning Culture – A Guide for HR Practice): Im zweiten Modul wird anerkannt, dass Fehler passieren können und werden.

[Modul 3](#) (What every Board should know): Im dritten Modul wird betont, dass eine Just and Learning Culture das volle Engagement des Verwaltungsrats erfordert, und leitende Angestellte und einflussnehmende Personen beantworten Fragen.

[Modul 4](#) (Just and Learning Culture – Respect and Civility Awareness): In Modul 4 spielen die Mitarbeitenden ein Rollenspiel zu einer realen, beunruhigenden Situation. Den Mitarbeitenden soll das nötige Selbstvertrauen und die Werkzeuge in die Hand gegeben werden, damit sie sich melden, wenn sie etwas beobachten, dass ihrer Meinung nach nicht in Ordnung ist (SpeakUp).

Der Mersey Care NHS Foundation Trust und die Northumbria University haben einen viertägigen [Online-Kurs über das Prinzip und die Praktiken der Restorative Just Culture](#) [2] erarbeitet (der Kurs ist kostenpflichtig). Dieses Programm richtet sich an alle Fachpersonen, die an der Führung und dem Wohlergehen einer Reihe von Interessengruppen (Mitarbeitende, Patientinnen/Patienten und Angehörige) beteiligt sind, wenn es zu einem negativen Ereignis/Vorfall und/oder einer Angelegenheit im Zusammenhang mit den Mitarbeiterbeziehungen gekommen ist (einschliesslich Mobbing/Belästigung/Beschwerden/Disziplinar massnahmen usw.). Die Teilnehmenden lernen, wie sie diese Probleme auf eine restorative Art und Weise bewältigen können, die die negativen Auswirkungen minimiert, den Lernerfolg maximiert und eine Organisationskultur entwickelt, in der sich die Menschen sicher fühlen und der sie vertrauen können. Themen sind: (1) RJC - Die Alternative, (2) RJC: Wie man sie bei unerwünschten Ereignissen umsetzt, (3) RJC: Wie man sie in der Routinearbeit umsetzt, (4) RJC: Nachhaltige Implementierung, (5) Wie man eine RJC umsetzt, (6) Mitfühlendes HR, (7) Umsetzung aus organisatorischer, betrieblicher und personalwirtschaftlicher Sicht und (8) Auswirkungen und Business Case.

## 2 Walk Rounds / Leadership Rounds

Die *Patient Safety Leadership Walk Rounds* (PSLWR) sind ein Mittel für Führungspersonen, um das Engagement ihrer Organisation für den Aufbau einer Sicherheitskultur zu demonstrieren. Sie bieten den Führungskräften eine informelle Möglichkeit, mit den Mitarbeitenden an vorderster Front über Sicherheitsfragen in der Organisation zu sprechen und Unterstützung für die vom Personal gemeldeten Fehler zu zeigen. Dieses Instrument soll Führungspersonen dabei helfen, Mechanismen zur Förderung der Sicherheit zu implementieren, sie über die Anliegen der Mitarbeitenden an der Basis zu informieren, geeignete Konzepte der Rechenschaftspflicht zu unterstützen und Ressourcen für Bereiche mit dem grössten Risiko bereitzustellen.

Die Evaluation eines PSLWR Programms in Neuseeland [3] zeigte, dass dieses das Potenzial hat, sich in einigen Bereichen der Pflegeerfahrungen von Patientinnen, Patienten und Personal deutlich positiv auszuwirken. Werden PSLWR sie regelmässig eingesetzt und sind sie mit einem Feedback-Mechanismus verbunden, können PSLWR positive Auswirkungen auf operative und kulturelle Ergebnisse haben [7]. Die Gesamtwirksamkeit eines PSLWR-Programms hängt jedoch sehr stark von der Art und Weise ab, wie es umgesetzt wird; in der Literatur [4–6] gibt es einige Tipps zu Umsetzung, z.B., dass die PSLWR unbedingt in andere Programme und Initiativen integriert werden sollten. Konkrete Hilfsmittel zur Einführung und Umsetzung von Leadership Walk Rounds werden z.B. vom Gesundheitsdepartement von New South Wales gegeben:

- [Guidance document: Leadership WalkAounds](#) [8]
- [Information for 'Point of Care' staff Leadership WalkAounds](#) [9]
- [Information for executives and senior management Leadership WalkAounds](#) [10]
- [Conversation guide Leadership WalkAounds](#) [11]
- [Closing the loop Leadership WalkAounds](#) [12]

Auch der Health Service Executive Ireland hat ein Toolkit zu Qualitäts- und Sicherheits-Walk-Rounds herausgegeben:

- [Quality and SafetyWalk-rounds - A Co-designed Approach Toolkit and Case Study Report](#) [13]

Beispiele für unbedrohliche Fragen, die gemäss Gluck [14] während eines Walk Aounds gestellt werden können, sind:

- Konnten Sie Ihre Patientinnen und Patienten in dieser Woche so sicher wie möglich versorgen? Wenn nicht, warum nicht?
- Können Sie beschreiben, wie die Kommunikation eine sichere Versorgung entweder fördert oder behindert?
- Können Sie beschreiben, wie es ist, in Ihrem Abteilungsteam zu arbeiten?
- Gab es irgendwelche «Beinahe-Patientensicherheitsereignisse», die zu einer Patientenschäden hätten führen können?
- Gibt es etwas, das wir tun können, um ein nächstes Patientensicherheitsereignis zu verhindern?
- Was kann in dieser Abteilung getan werden, um die Sicherheit zu verbessern?
- Wenn Sie einen Fehler machen, melden Sie ihn immer?
- Wenn Sie verhindern, dass ein Fehler zu einem Schaden führt, melden Sie ihn dann immer?
- Haben Sie Angst vor persönlichen Konsequenzen, wenn Sie einen Fehler melden?
- Erhalten Sie Feedback zu Ihren Patientensicherheitsmeldungen?
- Haben Sie persönliche Strategien zur Fehlervermeidung entwickelt?
- Haben Sie Fragen der Patientensicherheit mit Patientinnen und Patienten und/oder deren Familien besprochen?
- Äussern Patientinnen und Patienten oder Angehörige Bedenken hinsichtlich der Sicherheit?
- Was kann die Führung konkret tun, um die Sicherheit zu verbessern?
- Was würde eine Sicherheitsbegehung effektiver machen?"

### 3 Safety Huddles / Debriefings

Ein Briefing oder ein Huddle ist eine Besprechung, die darauf vorbereitet, bereits bestehende Pläne umzusetzen. Dies ermöglicht eine Beurteilung vor Ort, eine Neubewertung und die Überlegung, ob die Pläne angepasst werden müssen und wie die erforderlichen Änderungen vorgenommen werden können. Nachbesprechungen (Debriefings) sind Überprüfungen und/oder Informationsaustauschsitzungen, in denen die ergriffenen Massnahmen überprüft werden und die dazu dienen, die Leistung und Effektivität des Teams zu verbessern. Zu den Vorteilen von Huddles und Debriefings gehören die Verbesserung der Patientensicherheit, die Verringerung vermeidbarer Fehler, die Steigerung der Effizienz sowie die Förderung und Weiterentwicklung eines multidisziplinären Pflorgeteammodells für die Patientenversorgung.

Pimentel et al. [15] fanden in ihrem Review zu Huddles, dass sich in 67,7% der Studien Huddles positiv auf die Ergebnisse von Teamprozessen auswirkten, darunter gab es Verbesserungen der Effizienz, der prozessbasierten Arbeitsweise und der Kommunikation zwischen den klinischen Rollen (64,4%), des Situationsbewusstseins und der Wahrnehmung von Sicherheit und Sicherheitsklima durch das Personal (44,6%) sowie der Zufriedenheit und des Engagements des Personals (29,7%). Empirische Erkenntnisse deuten auch darauf hin, dass sich eine partnerschaftliche Gestaltung von Sicherheitsbesprechungen, die multiprofessionell und frei von Angst und Schuldzuweisungen sein sollten, positiv auf die Teamarbeit und die Einstellung der Mitarbeitenden auswirkt, was wiederum die Sicherheit und die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten verbessert [16,17]. Die Mehrzahl der Forschungsarbeiten stützt sich auf den Vergleich von Daten vor und nach der Einführung von Sicherheitsrunden sowie auf qualitative Daten, die die Ansichten und Meinungen der Mitarbeitenden untersuchen. Häufig sind die Datenergebnisse auf die angestrebten Effekte zugeschnitten (z. B. bessere Kommunikation [18,19], besseres Situationsbewusstsein [20,21], weniger Infektionen [22,23], weniger Medikationsfehler [24,25], weniger Gewalt [26], Vermeidung von Stürzen [27] usw.). Es scheint derzeit keine spezifischen Standardmethoden zur Bewertung der Wirksamkeit zu geben. Die meisten der bisher vorliegenden Erkenntnisse basieren auf einer kleinen Datenlage. Eine kürzlich durchgeführte systematische Übersichtsarbeit zu diesem Thema machte deutlich, dass mehr Forschung mit standardisierten Messgrössen erforderlich ist, um eine solidere Beweisgrundlage zu schaffen [28].

Konkrete Hilfsmittel zur Einführung und Umsetzung von Huddles werden vom Gesundheitsdepartement von New South Wales gegeben [29]:

- [Implementation guide - Safety Huddles](#)
- [A3 information poster - Safety Huddles](#)
- [Safety Huddles - Information for clinicians](#)
- [Post-event Safety Huddles - Information for clinicians](#)
- [Observer tool - Safety Huddles](#)
- [Evaluation questions for participants - Safety Huddles](#)
- [Closing the loop - Safety Huddles](#)

#### 3.1 SHARE-Debriefing-Tool

Das [SHARE-Debriefing-Tool](#) (NHS England, 2022) [30] unterstützt Teams im Gesundheits- und Sozialwesen bei der Einbeziehung von Teams und die von den Ergebnissen (d. h. Sicherheitsmassnahmen) einer Lernmassnahme betroffen sein könnten.

Es kann verwendet werden, um:

- die Ergebnisse einer Lernmassnahme (z. B. einer Untersuchung eines Zwischenfalls) zu präsentieren und Bereiche für Verbesserungen zu definieren und zu vereinbaren,
- gemeinsame Sicherheitsmassnahmen als Reaktion auf definierte Bereiche für Verbesserungen zu entwickeln und zu priorisieren,
- die Überlegungen zu Sicherheitsmassnahmen zu bestätigen, bevor die Umsetzung beschlossen wird,
- eine Lernmassnahme nach ihrem Abschluss zu besprechen und den Lernprozess und das Engagement zu verbessern.

## 4 Comprehensive Unit Based Safety Program (CUSP)

Das Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) ist eine bewährte Methode zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen (HAI) und anderen Patientenschäden. Das CUSP, das am Johns Hopkins Hospital mit Unterstützung der AHRQ [31] entwickelt wurde, kombiniert Verbesserungen der Sicherheitskultur, der Teamarbeit und der Kommunikation mit einer Checkliste evidenzbasierter Praktiken zur Vorbeugung von therapieassoziierten Infektionen oder Patientenschäden. Die AHRQ implementiert CUSP in landesweiten Projekten, die sich mit verschiedenen HAI befassen. CUSP hat sich in den USA in landesweiten Implementierungsprojekten als erfolgreich und wirksam bei der Senkung der Raten verschiedener Infektionskrankheiten erwiesen [32].

Die AHRQ stellt ein Toolkit zur Einführung des CUSP zur Verfügung. Das [Core CUSP Toolkit](#) [33] wurde für die Praxis entwickelt, ist modular aufgebaut und kann an die Bedürfnisse der einzelnen Einheiten angepasst werden. Jedes Modul enthält Lehrmittel und Ressourcen zur Unterstützung von Veränderungen auf der Ebene der Einheit, die in Form von Moderationsnotizen, die Schritt für Schritt durch das Modul führen, Präsentationsfolien, Werkzeugen und Videos vorgestellt werden:

- [Learn about CUSP](#)
- [Assemble the Team](#)
- [Engage the Senior Executive](#)
- [Understand the Science of Safety](#)
- [Identify Defects Through Sensemaking](#)
- [Implement Teamwork and Communication](#)
- [Apply CUSP](#)
- [The Role of the Nurse Manager](#)
- [Spread](#)
- [Patient and Family Engagement](#)

Das CUSP-Programm bietet gemäss AHRQ [34] einige Vorteile. So können damit sowohl Klinikpersonal und Führungskräften an vorderster Front als auch Patientinnen, Patienten und Angehörigen eingebunden werden.

Das Armstrong Institute for Patient Safety and Quality von Johns Hopkins Medicine stellt ein [CUSP Toolkit und CUSP Guides](#) [35] zur Verfügung.

### **CUSP Toolkit** [35]:

[CUSP Phaseline](#), [CUSP Roles and Responsibilities](#), [Board Checklist](#), [Case Summary](#), [Conducting a Morning Briefing](#), [Culture Assessment: A Guide for CUSP Coordinators](#), [Culture Check-up Process](#), [Daily Goals Checklist](#), [Executive/Senior Leader Checklist](#), [Learning from Defects](#), [Observing Patient Care Rounds](#), [Physician Contact Information](#), [Pre-Kickoff Meeting Checklist](#), [Premortem Tool](#), [Safety Issues Worksheet for Senior Executive Partnership](#), [Science of Safety Training Attendance Sheet](#), [Shadowing Another Professional](#), [Staff Safety Assessment](#), [Staff Safety Assessment Results](#), [Status of Safety Issues](#) und [Who's on Your CUSP Team?](#).

### **CUSP Guides** [35]

[Start Stop Continue](#), [Communication Plan](#), [CUSP Team Norms](#), [CUSP Adaptive Work](#), [Monthly Meeting Agenda Template](#) und [Spreading the Science of Safety](#).

Zur Wirksamkeit von CUSP gibt es keine systematischen Reviews oder Meta-Analysen. Es wurde aber ein positiver Einfluss auf einer stationären chirurgischen Station nach der Einführung eines CUSP auf das Sicherheitsklima, das Klima der Teamarbeit und der Fluktuationsrate des Pflegepersonals festgestellt [36]. Die Umsetzung des CUSP-Modells für die Verlegung schwerkranker Patientinnen und Patienten innerhalb des Krankenhauses kann die Verlegungszeit im Krankenhaus erheblich verkürzen, die Einstellung des medizinischen Personals zur Sicherheit verbessern, die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse verringern und die Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Verlegungsprozess erhöhen [37]. Nach der Einführung eines CUSP-Programms konnten die Infektionsraten erfolgreich gesenkt werden [38–40].

## 5 Situation, Background, Assessment und Recommendation Instrument (SBAR)

Das Situation, Background, Assessment und Recommendation Instrument (SBAR) ist ein standardisiertes Kommunikationsprotokoll, das ursprünglich von der US Navy eingesetzt wurde. Eine systematische Sprachregelung sollte Missverständnisse in der Kommunikation reduzieren, die in Katastrophen enden konnten. Das Kommunikationsprotokoll umfasst vier Abschnitte: Situation, Hintergrund (Background), Einschätzung der Situation (Assessment) und Empfehlungen (Recommendation) (s. Tab. 1). SBAR kann auch in Gesundheitsorganisationen die Effizienz der Kommunikation steigern, indem eine gemeinsame Sprache gesprochen wird [41]. Mündliche Übergaben und Abgleiche sind wichtig, um ein gemeinsames mentales Modell über den Zustand eines Patienten/einer Patientin zu erreichen [42]. Die Rolle von SBAR wurde von verschiedenen Spezialbereichen betont, wie z.B. der Anästhesie [43] und der Intensivstation [44], Gynäkologie [45], Notfallmedizin [46], Akutmedizin [47] und Neonatologie [48]. Verschiedene Fachgesellschaften und Gesundheitsorganisationen (unter anderen die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin [49], das Royal College of Physicians [50]; das Institute for Healthcare Improvement [51] und die WHO [52] empfehlen das Instrument als Standardmethode für die Übergabe zwischen Gesundheitspersonal.

Müller et al. [53] konnten in ihrem systematischen Review zum Übergabebotool SBAR moderate Evidenz für eine verbesserte Patientensicherheit aufgrund einer SBAR-Implementierung finden. Allerdings fehlt es an qualitativ hochwertigen Studien zu diesem weit verbreiteten Kommunikationstool. SBAR könnte ein anpassungsfähiges Instrument sein, das zu einer besseren und transparenteren Kommunikation führen könnte, was essentiell für die Umsetzung einer Just Culture ist.

**Tabelle 1** Beschreibung der SBAR-Methode (in Anlehnung an [41]).

		<b>Fragen</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Beispiel</b>
<b>S</b>	<b>Situation</b>	Was passiert mit dem Patienten/der Patientin? Um was geht es in der Situation, wegen der man sich meldet?	Unter der Situation wird nach einer Vorstellung der wortführenden Person kurz die betroffene Person identifiziert, die momentane Situation beschrieben mit einigen festgelegten gesundheitstechnischen Daten, z.B. Bewusstseinszustand, Operationsfähigkeit, Vitalzeichen etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hier ist [eigener Name]</li> <li>– Es geht um [Pat. Name, Alter] auf [Station mit Zimmernummer]</li> <li>– Ich habe den Patienten gerade gesehen. Die Situation ist folgende [...]</li> <li>– Pat. ist [Bewusstseinszustand, Kooperationsfähigkeit...]; Vitalzeichen sind [Puls], [Atemfrequenz], ...</li> <li>– Ich mache mir Sorgen, weil [...]</li> </ul>
<b>B</b>	<b>Background</b>	Was ist der Hintergrund/Kontext dieses Patienten/dieser Patientin?	Unter Hintergrund oder Background wird eine kurze Zusammenfassung präsentiert zum Grund des aktuellen Aufenthaltes, zu wesentlichen Vorerkrankungen und wichtigen Daten im Verlauf.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Der Patient ist hier, weil [wie lange, weswegen und Verlauf in einem Satz...]</li> <li>– Besonderheiten dazu sind [...]</li> </ul>
<b>A</b>	<b>Assessment</b>	Was ist das Problem?	Unter Einschätzung der Situation wird die Gesamtsituation gewürdigt, sich verändernde oder bedeutsame Parameter benannt, ggf. eine Verdachtsdiagnose geäussert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ich bin nicht sicher, aber der Patient verschlechtert sich. <i>oder</i></li> <li>– Ich glaube, es handelt sich um [...]</li> </ul>
<b>R</b>	<b>Recommendation</b>	Was ist der nächste Schritt im Patientenmanagement?	Als Empfehlung wird je nach Situation vorgebracht, welche Vorstellungen die wortführende Person hat, wie sich die zuhörende Person verhalten soll: z.B. sofort vorbeikommen. Ggf. lässt sich auch die Frage stellen, was getan werden sollte oder könnte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mein Wunsch ist, dass Sie [...]</li> <li>– jetzt kommen</li> <li>– den Patienten verlegen</li> <li>– mit den Angehörigen reden</li> <li>– ... Soll ich schon irgendetwas tun oder vorbereiten?</li> <li>Brauchen wir noch etwas?</li> </ul>

Hilfsmittel zur Einführung und dem Training in SBAR werden angeboten von NHS England: [Safer Care SBAR Implementation and Training Guide](#) (2010) [54]. NHS Improvement publizierte eine prägnante Beschreibung von SBAR: [Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools - SBAR Communication Tool](#) [55].

## 6 TeamSTEPPS®

TeamSTEPPS® ist ein evidenzbasiertes Programm, das entwickelt wurde, um die Leistung von Gesundheitsteams zu optimieren [56]. Das Programm führt interdisziplinäre Teamtrainingsysteme ein, die als Grundlage für eine Patientensicherheitsstrategie dienen. TeamSTEPPS 3.0 wurde in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten für Teamarbeit und Teamtraining entwickelt, die auch Patientinnen, Patienten und Angehörige einbezogen haben. Es stützt sich auf neue Forschungsergebnisse in Bezug auf Teams, Teamleistung, Kommunikation und Erwachsenenbildung sowie auf Beiträge von Leistungserbringern in Spitälern, Langzeitpflegeeinrichtungen und ambulanten Praxen. Das TeamSTEPPS 3.0 Curriculum ist in vier Module aufgeteilt [56]: Kommunikation, Team Leadership, Situationsübersicht und gegenseitige Unterstützung. Jedes Modul beinhaltet drei Abschnitte:

- *Abschnitt 1:* Bietet einen schnellen Überblick über die wichtigsten Konzepte und Werkzeuge (s. auch TeamSTEPPS 3.0 Pocket Guide [57]).
- *Abschnitt 2:* Erläuterung der wichtigsten Konzepte und Werkzeuge; bietet einen tieferen Einblick in die im Modul enthaltenen Konzepte und Werkzeuge
- *Abschnitt 3:* Vermittlung der Schlüsselkonzepte und -werkzeuge. Beinhaltet Ressourcen und Begründungen für Ausbilderinnen und Ausbilder.

Tools, die in den vier Modulen eingesetzt werden, sind [56]:

- [Module 1: Explanation of Communication Concepts and Tools:](#) [SBAR](#), [Closed-Loop Communication](#), [Call-Out](#), [Check-Back \(or Repeat-Back\)](#), [Teach-Back](#), [Handoff](#), [I-PASS](#), [ANTICIPate](#), [SHARQ](#), [Module 1 Training Slides](#) (PPTX, 4.1 MB)
- [Module 2: Explanation of Team Leadership Concepts and Tools:](#) [Sharing the Care Plan: Brief](#), [Monitoring and Modifying the Plan: Huddle](#), [Reviewing the Team's Performance: Debrief](#), [Module 2 Training Slides](#) (PPTX, 6.2 MB)
- [Module 3: Explanation of Situation Monitoring Concepts and Tools:](#) [STEP](#), [I'M SAFE Checklist](#), [Cross Monitoring](#), [STAR](#), [The Five "Whats" of Diagnostic Reflective Practice \(KAICS\)](#), [Module 3 Training Slides](#) (PPTX, 4.5 MB)
- [Module 4: Explanation of Mutual Support Concepts and Tools](#) [Task Assistance](#), [Formative Feedback](#), [Advocacy and Assertion](#), [Conflict in Teams](#), [Two-Challenge Rule](#), [CUS](#), [DESC](#), [Module 4 Training Slides](#) (PPTX, 3.9 MB)

TeamSTEPPS® wurde von Fachleuten des Gesundheitswesens in den gesamten Vereinigten Staaten und darüber hinaus eingesetzt. Es liegen verschiedene Studien vor, so auch zur Wirksamkeit im Bereiche Safety Culture and Safety Improvement. AHRQ [58] bietet eine Übersicht zu den bisherigen Forschungsergebnissen.

In den Gesundheitsorganisationen der Romandie wird zum Teil mit TeamSTEPPS® gearbeitet. Die [Fédération des Hôpitaux Vaudois \(FHV\)](#) [59] bietet Kurse an und stellt ihren Mitgliedern und Partnerinnen und Partnern Material und Werkzeuge für die Verbreitung und Umsetzung zur Verfügung [60].

- Module 1 : [Introduction à TeamSTEPPS](#)
- Module 2 : [Structure et organisation d'équipe](#)
- Module 3 : [Communication](#)
- Module 4 : [Leadership](#)
- Module 5 : [Monitoring de la situation](#)
- Module 6 : [Soutien mutuel](#)
- [TeamSTEPPS Pocket Guide](#) (französisch)

Staines et al. [61] fanden nach der Implementierung des TeamSTEPPS-Konzepts auf Geburtsabteilungen, dass die Erwartungen und Massnahmen der Vorgesetzten/des Managements zur Förderung der Sicherheit von 48,7% im Jahr 2015 auf 70,8% im Jahr 2016 stiegen; die Teamarbeit innerhalb der Abteilung stieg von 35,5% auf 54,5%; die nicht strafende Reaktion auf Fehler stieg von 16,7% auf 32,3%. Nach der Implementierung des TeamSTEPPS® Teamwork-Konzepts verbesserte sich die Patientensicherheitskultur in der Interventionsgruppe in drei von zwölf Dimensionen signifikant.

## 7 Crew Resource Management

Crew Resource Management (CRM) wurde ursprünglich in der Luftfahrtindustrie eingeführt, um die Kommunikation und Teamarbeit zwischen Flugbesatzung und Pilotinnen und Piloten zu verbessern, indem eine weniger autoritäre Cockpit-Kultur gefördert wurde. CRM-Schulungskonzepte wurden für den Einsatz in Branchen modifiziert, in denen es um zeitkritische Entscheidungen geht (z.B. [CRM in der Notaufnahme](#) [62]). CRM basiert auf beobachtbaren Verhaltensweisen und thematisiert den Informationsaustausch, die Art der Kommunikation, Aspekte zu Führen und Folgen sowie gegenseitige Unterstützung [63]. Zur Wirksamkeit von CRM gibt es sowohl positive wie auch kritische Evidenz [64, 65].



## 8 High Fidelity Simulation

High-Fidelity-Simulationen sind computergestützte Patientensimulationen in einer realistischen Umgebung mit vollständiger Arbeitsausrüstung und Personal, virtueller Realität oder Simulationpatientinnen/-patienten, die ein äusserst realitätsnahes Verhalten zeigen. Die Lernenden profitieren von einem hohen Mass an Interaktivität und Realismus und können vollständig in die Situation eintauchen. Ein Beispiel für High-Fidelity-Simulationswerkzeuge sind computergesteuerte Puppen: Diese sind naturgetreue Modelle, die eine Reihe menschlicher physiologischer Reaktionen nachbilden können, vom Herzschlag bis zu Stimmgeräuschen. Sie bieten den Lernenden eine praktische Erfahrung und ermöglichen es ihnen, medizinische Eingriffe in einer kontrollierten und dennoch realistischen Umgebung zu üben ([High-Fidelity Simulation auf der Kinderintensivstation](#) [66]).

Morgan [67] fand in einem Review zu Simulationstraining bei Pflegepersonal, dass das Simulationstraining die klinischen Fähigkeiten, den Wissenserwerb und die Fähigkeit zum kritischen Denken fördert. Der Einsatz von teambasiertem Training schafft Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und fördert die Teamfähigkeit. Interprofessionelle Simulationen bieten Einrichtungen des Gesundheitswesens eine Möglichkeit, professionelle Unterstützung, Kommunikationsfähigkeiten und Teambuildingpraktiken zu entwickeln, was sich positiv auf die Umsetzung einer Just Culture auswirken kann. Die Wirkung von simulationsbasiertem Training variiert allerdings erheblich zwischen unterschiedlichen Studien [68].

## 9 Low-Fidelity / In-situ Simulation

Low-Fidelity Simulationen sind Simulationen, die die Realitätsnähe weniger stark abbilden und deshalb häufig weniger aufwändig sind [69]. Beispiele für Low-Fidelity-Simulationswerkzeuge sind statische Übungspuppen/Aufgabentrainer, die einfache Modelle des menschlichen Körpers oder von Körperteilen und Materialien abbilden (z.B. [Bluttransfusion](#) [70]) oder der Room of Horrors, ein Simulationstraining, in dem das Situationsbewusstsein für Gefahren geschärft werden soll [71].

Osborne et al. [72] fanden keinen signifikanten Unterschied zwischen high- und low-fidelity Simulationen bei der Ausbildung in Auskultation von Herz und Lunge. Lefor et al. [73] fanden in einem Review, dass die low-fidelity Simulation der high-fidelity-Simulation in 15/17 Studien nicht unterlegen war. Die Wirksamkeit scheint vielmehr vom Ausbildungsstand der Teilnehmenden abzuhängen und erfordert weitere Forschung.

## 10 Safety Culture Discussion Cards

NHS Education for Scotland entwickelte [45 Karten zur Sicherheitskultur](#), um Gruppendiskussionen zu folgenden Themen zu unterstützen [74]:

- Leadership, Management und Engagement der Vorgesetzten für die Sicherheit (7)
- Ressourcen (7)
- Just Culture, Berichterstattung und Lernen (14)
  - Speak Up
  - Lernen aus Ereignissen
  - Make Just Culture Real
  - Inakzeptables Verhalten
  - Auf das Geschehen fokussieren, nicht auf die Person
  - Irren ist menschlich
  - Das Blame-Game vermeiden
  - Melden für die Sicherheit
  - Wie man eine Meldung macht
  - Feedback
  - Die Vertraulichkeit wahren
  - Erfahrungen teilen
  - Lernen und sich verbessern
  - Talk it over
- Risikobewusstsein und -management (5)
- Teamarbeit und Kommunikation (8)
- Verantwortung und Mitwirkung (4)

## 11 Interdisziplinäre Visite

Die interdisziplinäre Visite dient der Planung und Bewertung der Patientenversorgung mit Gesundheitsfachkräften aus verschiedenen Gesundheitsdisziplinen. Zu den wichtigsten Aktivitäten gehören die Zusammenfassung der Gesundheitsdaten des Patienten/der Patientin, Identifizierung von Problemen des Patienten/der Patientin/der Angehörigen, die Festlegung von Zielen, Identifizierung von Interventionen, Besprechung der Fortschritte zur Erreichung der Ziele, Überarbeitung der Ziele und Überweisungen, die Überprüfung von Entlassungsplänen und Klärung der Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung des Plans.

Heip et al. [75] fanden in ihrem Review zu interdisziplinären Visiten, dass die Zahl der unerwünschten Ereignisse durch interdisziplinäre Visiten positiv beeinflusst werden kann. Der höchste Nutzen der interdisziplinären Visiten wurde in der Kommunikation, der Teambildung und der Koordination der unterschiedlichen Gesundheitsberufsgruppen gefunden. Der kooperative Charakter der Visite führte zu einem besseren Verständnis der Beiträge der einzelnen Teammitglieder, was wiederum zu einem grösseren Gefühl des gegenseitigen Respekts und Vertrauens führt. Auch weitere Studien in anderen Bereichen, wie z.B. alterstraumatologische Visiten [76], virtuelle multidisziplinäre Visiten [77] konnten positive Effekte nachweisen.

Leitlinien zur Einführung von interdisziplinären Visiten und Tools zur Unterstützung sind beispielsweise:

- [Multidisciplinary Team \(MDT\) with Patient Rounds](#) [78]
- [Implementing Patient Centred Multidisciplinary Bedside Rounds](#) [79]  
Videosegment dazu [80]:
  - o [Introduction: Multidisciplinary Bedside Rounding](#)
  - o [Pre-Round Huddle](#)
  - o [Contacting Nurse Before Rounding on Mutual Patient](#)
  - o [Effective Multidisciplinary Bedside Rounding](#)
  - o [Ineffective Rounds: Discussion Too Brief](#)
  - o [Ineffective Rounds: Too Much Use of Medical Jargon](#)
  - o [Ineffective Rounds: Unnecessary Full Team Rounding](#)
  - o [Bedside Rounding with Sensitive Medical Information](#)
- [Interdisciplinary Rounding - Reference guide for acute care inpatient units in Saskatchewan](#) [81]
- [Improvement Map. Getting Started Kit: Multidisciplinary Rounds How-to Guide](#) [82]

## 12 Morbidity and Mortality Konferenzen

In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (auch M&M, Momo) werden retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden. Eine gut umgesetzte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz trägt zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität bei, indem sie die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Strukturen vorantreibt. M&M sind ein wesentliches Mittel zur Förderung der Sicherheitskultur im Spital und sollten als ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit in das klinische Risikomanagement eingebettet sein. M&M stellen hohe Anforderungen an die sozialen, methodischen und klinischen Kompetenzen aller Beteiligten. In Tabelle 2 werden verschiedene Leitfäden zur Umsetzung von M&M Konferenzen vorgestellt.

**Tabelle 2** Leitfäden und Tools für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M)

Anbieter und Zielsetzung	Leitfäden und Tools
<p><b>Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&amp;M) (Patientensicherheit Schweiz, 2019) [83]</b></p> <p>Im Leitfaden der Stiftung Patientensicherheit Schweiz werden die Ziele, kulturelle Aspekte, die verschiedenen Rollen und der Ablauf von M&amp;M dargestellt. Zudem werden Empfehlungen zur Struktur, Fallauswahl, Fallanalyse, Fallpräsentation und der Ableitung von Massnahmen gegeben. Der Leitfaden enthält Informationen zu kognitiven Verzerrungen, geht auf die Identifikation von Massnahmen ein und enthält Checklisten beispielsweise für die Fallauswahl oder die Vorbereitung der M&amp;M.</p>	<p><a href="#">M&amp;M Leitfaden.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Vorbereitung.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Fallauswahl.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Handout Teilnehmende.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Pocketcard Leitung.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Pocketcard Moderation.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Präsentationsvorlage PowerPoint.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Protokoll.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Evaluationsbogen Teilnehmende.pdf</a>  <a href="#">M&amp;M Bibliography.pdf</a></p>
<p><b>Methodischer Leitfaden Morbiditäts- &amp; Mortalitätskonferenzen (M&amp;MK) (Bundesärztekammer, 2016) [84]</b></p> <p>Im ersten Teil wird der historische Hintergrund von M&amp;M beschrieben, aus dem ein Grundkonzept für die Durchführung dieser abgeleitet wird. Dieses dient im zweiten Teil als Grundlage für die Darstellung des eigentlichen Praxisleitfadens zur Implementierung und Durchführung von M&amp;M. Zur weiteren praktischen Unterstützung finden sich im Anhang Musterdokumente wie Checklisten zur Implementierung, Ablaufpläne und ein Feedbackbogen.</p>	<p><a href="#">Methodischer Leitfaden Morbiditäts- &amp; Mortalitätskonferenzen</a></p>
<p><b>Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz (M&amp;M-Konferenz) – Pocketguide zur Implementierung und Durchführung von M&amp;M-Konferenzen (Austrian Society for Quality and Safety in Healthcare, 2019) [85]</b></p> <p>In diesem Pocketguide fasst die ASQS in einer kurzen Übersicht relevante Aspekte zur Implementierung, Fallauswahl, Fallvorbereitung sowie Durchführung von M&amp;MK auf Basis internationaler Literatur zusammen.</p>	<p><a href="#">Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz (M&amp;M-Konferenz)</a></p>
<p><b>Conducting and Reporting Morbidity and Mortality/Clinical, Review Meetings (Clinical Excellence Commission, NSW, Australia, 2020) [86]</b></p> <p>Dieser Leitfaden gibt praktische Ratschläge für die Durchführung von M&amp;M. Er definiert sechs Grundprinzipien für M&amp;M und für diese Grundprinzipien jeweils den Mindest- und den Goldstandard. Ein Ablaufplan und Protokollvorlagen befinden sich im Anhang. Zudem eine Vorlage für einen Selbstreflexionsprozess (Cognitive Autopsy) zur Förderung des reflektierenden Lernens und der Entwicklung von Erkenntnissen.</p>	<p><a href="#">Conducting and Reporting Morbidity and Mortality/Clinical, Review Meetings</a></p>
<p><b>Mortality and Morbidity Reviews, Practice Guide – Working Version (Healthcare Improvement Scotland, 2018) [88]</b></p> <p>Der Leitfaden gibt eine praktische Anleitung zur Fallauswahl, Fallanalyse, Durchführung und Evaluation von M&amp;M. Im Anhang stellt er Beispiele für den Prozess der M&amp;M, für die Fallanalyse, die Evaluation von M&amp;M und das Protokoll zur Verfügung.</p>	<p><a href="#">Mortality and Morbidity Reviews</a></p>

<p><b>The Ottawa M&amp;M Model: A Guide to Enhancing Morbidity &amp; Mortality Rounds (Calder &amp; Kowk, 2018) [87]</b></p> <p>Das Ottawa M&amp;M-Modell soll Anwendenden eine kurze und klare Anleitung bieten, wie die eigene M&amp;M hinsichtlich ihrer Effektivität verbessert werden kann. Der Leitfaden richtet sich an die Präsentatorinnen bzw. Präsentatoren und die Moderatorinnen bzw. Moderatoren einer M&amp;M. Für die Präsentation sind Tipps zur Fallauswahl und –analyse aufgeführt. Es werden Vorlagen für die Präsentationsvorbereitung zur Verfügung gestellt und Empfehlungen für die Durchführung der Konferenz gegeben. Für die Moderation werden eine Anleitung zur Vorbereitung und Durchführung der Konferenz bereitgestellt, Empfehlungen zur Moderation gegeben und Tipps zur Steigerung der Effektivität der M&amp;M beschrieben.</p> <p>Zusätzlich werden sogenannte «What Works Rounds» vorgestellt, in denen Good-Practice-Beispiele gefeiert und ausgetauscht werden, um zu zeigen, welche Faktoren dazu beigetragen haben, dass etwas gut funktioniert hat.</p>	<p><a href="#">The Ottawa M&amp;M Model: A Guide to Enhancing Morbidity &amp; Mortality Rounds</a></p>
<p><b>Morbidity and Mortality Meetings (Royal College of Surgeons of England, 2018) [89]</b></p> <p>Der Leitfaden stellt eine praktische Anleitung zur Einrichtung, Durchführung und Teilnahme an M&amp;M zur Verfügung. Es werden eine Reihe von Durchführungshilfen wie eine Beispielsitzungsagenda, eine Checkliste für die M&amp;M-Koordination, ein Beispielformat für die Falldarstellung, ein Formular zur Aufzeichnung einer Diskussionszusammenfassung und ein Reflexionsprotokoll zur Verfügung gestellt. Die Vorlagen können von den Anwendenden an ihre eigenen Anforderungen angepasst werden.</p>	<p><a href="#">Morbidity and Mortality Meetings</a>  <a href="#">A sample meeting agenda</a>  <a href="#">A checklist for the M&amp;M coordinator</a>  <a href="#">A sample format for case presentation</a>  <a href="#">A discussion summary recording form</a>  <a href="#">A reflection log for the individual surgeon</a></p>
<p><b>Guideline reference document for conducting effective Morbidity and Mortality meetings for Improved Patient Care (Royal Australasian College of Surgeons Research, Audit and Academic Surgery, 2017) [90]</b></p> <p>Dieser Leitfaden gibt praktische und evidenzbasierte Empfehlungen zur Durchführung von M&amp;M. Die führenden Fragestellungen sind hier: die Wirksamkeit von M&amp;M auf die Verbesserung der Patientensicherheit sowie welche Faktoren eine effektive Durchführung von M&amp;M ermöglichen und welche sie hemmen.</p>	<p><a href="#">Guideline reference document for conducting effective Morbidity and Mortality meetings for Improved Patient Care</a></p>

### 13 Quality Learning Boards (QLB)

Die Clinical Excellence Commission von New South Wales (Australien) arbeitet mit [Quality Learning Boards](#) (2018) [91]. Durch die QLB werden Personal, Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher über die Qualitäts- und Sicherheitsaktivitäten in einer klinischen Einheit informiert. Sie können zur Anzeige verwendet werden von (1) Ergebnissen von Sicherheitsindikatoren; (2) Mitarbeitenden- und Patientenerfahrungsdaten; und (3) derzeit laufenden Qualitäts- und Sicherheitsaktivitäten (Beispiele s. [Quality Learning Boards](#) (2018) [91] und [Visual Systems Healthcare](#)).

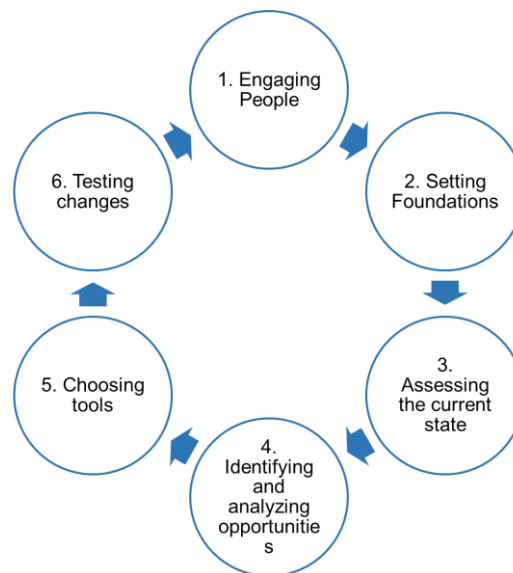
Der Zweck von QLB ist:

- Messbare Indikatoren auf einen Blick anzeigen, die hervorheben, was gut funktioniert und welche Bereiche derzeit verbesserungsbedürftig sind;
- Hilfestellung bei der Ermittlung der Bereiche geben, in denen Sicherheits- und Qualitätsverbesserungsmassnahmen priorisiert werden sollen;
- den Schwerpunkt auf kontinuierliches Lernen zu legen;
- Bereitstellung von aussagekräftigen Daten, um Informationen zu kommunizieren, die für das Personal, Patientinnen, Patienten sowie Besucherinnen und Besucher wichtig sind.

## 14 Culture Change Toolbox

Die [Culture Change Toolbox](#) von British Columbia, Patient Safety and Quality Council (2017) [92] bietet Führungskräften Unterstützung in Kulturveränderungsprozessen. Just Culture wird darin als eine der Schlüsselkomponenten einer starken Organisationskultur benannt (neben psychologischer Sicherheit, Vertrauen, Leadership, Arbeitsbedingungen, Teamwork und Kommunikation, organisationaler Fairness, Transparenz, Sicherheitsklima und kultureller Sicherheit). Es werden sechs zentrale Schritte eines Veränderungsprozesses beschrieben (s. Abbildung 1) und Umsetzungshilfen gegeben.

**Abbildung 1** Schritte im Veränderungsprozess der Culture Change Toolbox (eigene Darstellung, in Anlehnung an [92])



Die Culture Change Toolbox ist eine Sammlung von Instrumenten und Massnahmen zur Veränderung der Unternehmenskultur, die auf die unterschiedlichen Schlüsselkomponenten einwirken. Zu jedem Instrument gibt es Tipps für die Anwendung und eine Beschreibung, zu welchen Komponenten der Kultur die Instrumente einsetzbar sind. Inhalte sind [92] z. B. Briefs & Huddles, Closed Loop Communication, Feedback at the Point of Care, Leadership Walkarounds, Learning Boards, Learning from Defects, Reporting Culture, Reporting System for Safety Events.

## 15 Psychologische Sicherheit

### 15.1 Creating a Safe Space: Healthcare Worker Support Toolkit

Das [Creating a Safe Space: Healthcare Worker Support Toolkit \(2020\)](#) [93] unterstützt Führungskräfte im Gesundheitswesen und politische Entscheidungstragende bei der Entwicklung, Umsetzung und Verbesserung von Programmen zur Unterstützung von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Das Toolkit enthält Werkzeuge, Ressourcen und Vorlagen von Organisationen aus der ganzen Welt, die ihre eigenen Programme zur Unterstützung von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen erfolgreich umgesetzt haben. Zu den im Toolkit verfügbaren Instrumenten, Ressourcen und Vorlagen gehören programmspezifische Informationen zur Unterstützung von Gesundheitspersonal, wie z.B. Programmbeschreibungen, Dokumente zur Programmentwicklung, Werbe- und Rekrutierungsmaterialien, Grundsatzdokumente, Evaluierungsinstrumente, Schulungsressourcen und Erfahrungsberichte. Darüber hinaus wurden Instrumente, Ressourcen und Vorlagen zum psychologischen Wohlbefinden von Beschäftigten im Gesundheitswesen, einschliesslich psychologischer Selbstfürsorge und moralischer Belastung, aufgenommen, wie z.B. Hintergrundinformationen zum psychologischen Wohlbefinden von Beschäftigten im Gesundheitswesen und [Webinare](#) [94] zum Thema.

### 15.2 GuardingMinds @ Work

[GuardingMinds @ Work](#) (2023) [95] ist ein kostenloser und umfassender Satz von [Ressourcen](#), die für die Bewertung von Risiken und die Behandlung und das Management von psychologischer Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz entwickelt wurden. Guarding Minds wurde 2007 von The Canada Life Assurance Company in Auftrag gegeben und wird weiterhin von Workplace Strategies for Mental Health unterstützt. Es wird vom Canadian Centre for Occupational Health and Safety (CCOHS) verwaltet, das für die Wahrung der Vertraulichkeit aller erhobenen Daten verantwortlich ist. Guarding Minds @ Work hilft Organisationen, die Erfahrungen ihrer Mitarbeitenden mit psychosozialen Faktoren und Gefahren zu ermitteln und zu messen, die sich auf die Arbeitnehmenden und den Arbeitsplatz auswirken können

Es werden die folgenden Befragungsinstrumente zur Verfügung gestellt:

- Mitarbeitendenbefragung. Der [61-statement survey](#) misst die Einschätzung der Mitarbeitenden bezüglich der Arbeitssituationen und erstellt einen Bericht, der die Faktoren [psychosocial factors](#), [psychosocial hazards](#), [indicators of workplace inclusion](#) and [indicators of stress or trauma](#) betont.
- [Organisationsbefragung](#). Es werden die gleichen Situationen abgefragt wie bei der Mitarbeitendenbefragung, aber es wird die Perspektive der oberen Führungsebene eingenommen. Bei der Befragung werden auch vorhandene Daten, Massnahmen und Programme sowie potenzielle Strategien und Lösungen berücksichtigt.
- [Stress-Zufriedenheits-Scan](#). Mit diesem 6-Fragen-Scan wird das Ausmass von Stress und Zufriedenheit bei der Arbeit gemessen.



## 16 Toolsammlungen

### 16.1 Improving Patient Safety Culture – a practical guide

Im [Improving Patient Safety Culture – a practical guide \(NHS England, 2023\)](#) [96] werden folgende Themen und verschiedene Tools zu deren Umsetzung vorgestellt: Safety Culture, Teamwork und Kommunikation, Just und Restorative Culture, Psychologische Sicherheit, Diversität und Inklusion, Höflichkeit.

### 16.2 Patient Safety Culture Bundle for CEO's/Senior Leaders

Eine Arbeitsgruppe von Partnern unter der Leitung des Canadian Patient Safety Institute (jetzt Healthcare Excellence Canada), des Canadian College of Health Leaders (CCHL), HealthCareCAN und der Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) hat sich 2016 zusammengeschlossen, um das *Patient Safety Culture Bundle* [97] zu erstellen. Die Verbesserung der Patientensicherheitskultur erfordert aufeinander folgende, sich wiederholende und gleichzeitige Massnahmen, die **FÖRDERN** (Enabling), **WIRKEN** (Enacting) und **LERNEN** (Learning). Es können zu jeder der drei Massnahmen Hintergründe und detaillierte Tools zur Umsetzung heruntergeladen werden.

Kanadische Wissenschaftler und Führungspersonen haben das Bundle validiert. Das Feedback auf das Bundle war positiv und die Bedeutung der Rolle von CEOs und Führungskräften bei der Förderung einer Sicherheitskultur sowie der Einbezug von Patientinnen und Patienten und Familien über alle Elemente des Bundles hinweg wurde hervorgehoben [97].

### 16.3 Just Culture Toolkit ASHP

Das [Just Culture Toolkit ASHP](#) [98] wurde von der ASHP Foundation (American Society of Health-System Pharmacists) entwickelt. Darin wird das Konzept der Just Culture vorgestellt und gezeigt, wie die Grundsätze der Just Culture bei der Überprüfung von Medikationsfehlern und -ereignissen angewendet werden können.

## 17 Einordnung in den Safer Culture Framework

Die unterschiedlichen Tools werden in Tabelle 3 in den Safer Culture Framework [99,100] eingeordnet, um sichtbar zu machen, wie sie möglicherweise die PSC beeinflussen können. Auf diese Weise können gewisse Faktoren ganz gezielt mit einem Tool gefördert werden, wobei die meisten Tools mehrere Faktoren beeinflussen können.

**Tabelle 3** Einsatz von Instrumenten zur Förderung von Sicherheitsfaktoren und Faktoren [99,100], die die Umsetzung einer Patient Safety Culture (PSC) beeinflussen.

Interventionen	Die PSC fördernde Faktoren							Faktoren, die die Umsetzung einer PSC und das Sicherheitsergebnis beeinflussen			
	Organisation		Gruppe		Individuum			Kommunikation & Infoaustausch	Teamwork & Zusammenarbeit	Incident Reporting	Just Culture/ Faire Belohnung & Bestrafung
	Leadership & Priorisierung	Policies & Ressourcen	Zusammenhalt	Psychologische Sicherheit	Sicherheitswissen & Fähigkeiten	Kontrollüberzeugung	Individuelles Engagement für Sicherheit				
Restorative Just Culture Training	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•
Walk Rounds/Leadership Rounds	•		•	•		•	•	•	•	•	
Safety Huddles/Debriefing	•		•	•		•	•	•	•		
CUSP	•				•	•	•	•	•		
Standardized Handoffs/SBAR		•		•				•	•		
TeamSTEPPS	•		•	•	•	•	•	•	•		
Crew Resource Management		•	•	•				•	•		
High Fidelity Simulation			•	•	•	•		•	•		•
Low Fidelity/In Situ Simulation					•	•		•	•		
Safety Culture Discussion Cards	•		•	•		•	•	•	•		•
Change Management Toolbox	•	•					•	•	•		
Psychologische Sicherheit				•		•	•	•	•	•	•
Interdisziplinäre Visite		•	•	•		•	•	•	•	•	
Morbidity & Mortality Conference	•	•	•	•				•	•		
Quality Learning Board	•	•	•			•	•	•	•		
Safety Culture Assessment	•	•									
Patient & Family Engagement	•	•						•	•	•	

## Literatur

- 1 Dekker SWA, Oates A, Rafferty J. *Restorative Just Culture in practice: Implementation and evaluation*. New York: Routledge 2022.
- 2 Northumbria University Newcastle. Principles and Practice of Restorative Just Culture 4-day Programme . <https://www.northumbria.ac.uk/study-at-northumbria/continuing-professional-development-short-courses-specialist-training/restorative-just-culture/#outline>. 2024.
- 3 Wynne-Jones Margot Martin-Babin Luis Villa Brooke Hayward J. PATIENT SAFETY LEADERSHIP WALK ROUNDS: LESSONS LEARNED FROM A MIXED-METHODS EVALUATION. 2020.
- 4 Martin G, Ozieranski P, Willars J, *et al.* Walkrounds in Practice: Corrupting or Enhancing a Quality Improvement Intervention? A Qualitative Study Article-at-a-Glance.
- 5 Forster A, Hamilton S, Hayes T, *et al.* Creating a Just Culture: The Ottawa Hospital's experience. *Healthc Manage Forum*. 2019;32:266–71.
- 6 Singer SJ, Tucker AL. The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages. *BMJ Qual Saf*. ;23:789–800. <http://qualitysafety.bmj.com/content/23/10/789.short>
- 7 Foster M, Mha BS, Mazur L. Impact of leadership walkarounds on operational, cultural and clinical outcomes: A systematic review. *BMJ Open Qual*. 2023;12. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2023-002284>
- 8 Clinical Excellence Commission NSW. GUIDANCE DOCUMENT FOR CONDUCTING LEADERSHIP WALKAROUNDS. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/409817/Leadership-Walk-Arounds-Guidance-Document.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0011/409817/Leadership-Walk-Arounds-Guidance-Document.pdf). 2018.
- 9 Clinical Excellence Commission NSW. LEADERSHIP WALKAROUNDS INFORMATION FOR STAFF. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/409819/Leadership-WalkArounds-Information-for-Staff.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/409819/Leadership-WalkArounds-Information-for-Staff.pdf). 2018.
- 10 Clinical Excellence Commission NSW. LEADERSHIP WALKAROUNDS INFORMATION FOR EXECUTIVES. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/409818/Leadership-Walk-Arounds-Executives-Guide.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/409818/Leadership-Walk-Arounds-Executives-Guide.pdf). 2018.
- 11 Clinical Excellence Commission NSW. LEADERSHIP WALKAROUNDS CONVERSATION GUIDE FOR EXECUTIVES. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/409816/Leadership-Walk-Arounds-Conversation-Guide.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/409816/Leadership-Walk-Arounds-Conversation-Guide.pdf). 2018.
- 12 Clinical Excellence Commission NSW. Leadership WalkArounds – Closing the loop. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/410136/Leadership-WalkArounds-Closing-the-Loop.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0015/410136/Leadership-WalkArounds-Closing-the-Loop.pdf). 2018.
- 13 Health Service Executive Ireland. Quality and Safety Walk-rounds A Co-designed Approach Toolkit and Case Study Report. <https://www.hse.ie/eng/about/who/qid/governancequality/resourcespublications/quality-and-safety-walk-rounds-a-co-designed-approach-toolkit-and-case-study-report.pdf>. 2016.
- 14 Gluck PA. Physician leadership: essential in creating a culture of safety. *Clin Obstet Gynecol*. 2010;53:473–81.
- 15 Pimentel CB, Snow AL, Carnes SL, *et al.* Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. *J Gen Intern Med*. 2021;36:2772–83. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06632-9>
- 16 Croke L. Safety huddles improve patient safety and quality of care. *AORN J*. 2020;112:P11–3. <https://doi.org/10.1002/aorn.13259>
- 17 Lamming L, Montague J, Crosswaite K, *et al.* Fidelity and the impact of patient safety huddles on teamwork and safety culture: an evaluation of the Huddle Up for Safer Healthcare (HUSH) project. *BMC Health Serv Res*. 2021;21. doi: 10.1186/s12913-021-07080-1
- 18 Aldawood F, Kazzaz Y, AIShehri A, *et al.* Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Qual*. 2020;9. doi: 10.1136/bmj-oq-2019-000753
- 19 Chien LJ, Slade D, Dahm MR, *et al.* Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *J Adv Nurs*. 2022;78:1413–30.
- 20 Edbrooke-Childs J, Hayes J, Sharples E, *et al.* Development of the Huddle Observation Tool for structured case management discussions to improve situation awareness on inpatient clinical wards. *BMJ Qual Saf*. 2018;27:365–72.

- 21 Hayes J, Lachman P, Edbrooke-Childs J, *et al.* Assessing risks to paediatric patients: Conversation analysis of situation awareness in huddle meetings in England. *BMJ Open*. 2019;9. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023437
- 22 Stinson HR, Viteri S, Koetter P, *et al.* Early Experience with a Novel Strategy for Assessment of Sepsis Risk: The Shock Huddle. *Pediatr Qual Saf*. 2019;4. doi: 10.1097/pq9.000000000000197
- 23 Mena Lora AJ, Ali M, Krill C, *et al.* Impact of a hospital-wide huddle on device utilisation and infection rates: a community hospital's journey to zero. *J Infect Prev*. 2020;21:228–33.
- 24 Morvay S, Lewe D, Stewart B, *et al.* Medication Event Huddles: A Tool for Reducing Adverse Drug Events. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2014;40:39–45.
- 25 Wilbur K, Scarborough K. Medication safety huddles: Teaming up to improve patient safety. *Can J Hosp Pharm*. 2005;58:151–5.
- 26 O'Sullivan OP, Chang NH, Njovana D, *et al.* Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative. *BMJ Open Qual*. 2020;9. doi: 10.1136/bmjopen-2019-000803
- 27 Allen JA, Reiter-Palmon R, Kennel V, *et al.* Group and Organizational Safety Norms Set the Stage for Good Post-Fall Huddles. *J Leadersh Organ Stud*. 2019;26:465–75.
- 28 Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, *et al.* Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: A systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Qual Saf*. 2020;29:844–53.
- 29 Clinical Excellence Commission NSW. Safety Huddles. <https://www.cec.health.nsw.gov.au/improve-quality/teamwork-culture-pcc/safety-fundamentals/for-teams/safety-huddles>. 2017.
- 30 NHS England. SHARE debrief tool. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/08/B1465-SHARE-Debrief-v1-FINAL.pdf>. 2022.
- 31 AHRQ. The CUSP Method. <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/index.html>. 2023.
- 32 AHRQ. Comprehensive Unit-based Safety Program: Accelerating the Adoption of Evidence-Based Practices To Prevent Healthcare-Associated Infections. <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/summary/index.html>. 2017.
- 33 AHRQ. Core CUSP Toolkit. <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/modules/index.html>. 2019.
- 34 AHRQ. Eliminating CLABSI, A National Patient Safety Imperative: Final Report. <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/clabsi-final/index.html>. 2013.
- 35 Johns Hopkins Medicine, Armstrong Institute for Patient Safety and Quality. CUSP Tools and Resources. <https://www.hopkinsmedicine.org/armstrong-institute/training-services/cusp-implementation-training/cusp-guidance>. 2024.
- 36 Timmel J, Kent PS, Holzmueller CG, *et al.* Impact of the Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) on Safety Culture in a Surgical Inpatient Unit. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36:252–60.
- 37 Gu Y, Liang L, Ge L, *et al.* Application of comprehensive unit-based safety program model in the inter-hospital transfer of patients with critical diseases: a retrospective controlled study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21. doi: 10.1186/s12913-021-06650-7
- 38 Wick EC, Hobson DB, Bennett JL, *et al.* Implementation of a Surgical Comprehensive Unit-Based Safety Program to Reduce Surgical Site Infections. *J Am Coll Surgeons*. 2012;215:193–200.
- 39 Richter J, McAlearney A. Targeted implementation of the CUSP through assessment of safety culture to minimize central line-associated bloodstream infections. *Health Care Manage Rev*. 2018;43:42–9.
- 40 Miller K, Briody C, Casey D, *et al.* Using the Comprehensive Unit-based safety program model for sustained reduction in hospital infections. *Am J Infect Control*. 2016;44:969–76.
- 41 Pilz S, Stapenhorst K, Weber H. Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 2 SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation 2a. [https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG\\_ABK\\_02.2a.\\_SBAR\\_16.08.20.pdf](https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf). 2020.
- 42 Haig K, Sutton S, Whittington J. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication between Clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*. 2006;32:167–75.
- 43 Randmaa M, Mårtensson G, Swenne CL, *et al.* SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*. 2014;4. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268

- 44 Scolari E, Soncini L, Ramelet AS, *et al.* Quality of the Situation-Background-Assessment-Recommendation tool during nurse-physician calls in the ICU: An observational study. *Nurs Crit Care.* 2022;27:796–803.
- 45 Ting WH, Peng FS, Lin HH, *et al.* The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2017;56:171–4.
- 46 Smith CJ, Buzalko RJ, Anderson N, *et al.* Evaluation of a novel handoff communication strategy for patients admitted from the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine.* 2018;19:372–9.
- 47 Martínez-Fernández MC, Castiñeiras-Martín S, Liébana-Presa C, *et al.* SBAR Method for Improving Well-Being in the Internal Medicine Unit: Quasi-Experimental Research. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19. doi: 10.3390/ijerph192416813
- 48 Raymond M, Harrison MC. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. *South African Medical Journal.* 2014;104:850–2.
- 49 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin: Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase-das SBAR-Konzept. 2022.
- 50 Ruhomaulu Z, Betts K, Jayne-Coupe K, *et al.* Improving the quality of handover: implementing SBAR. 2017.
- 51 Institute for Healthcare Improvement. SBAR Tool: Situation Background Assessment Recommendation. 2017.
- 52 WHO, The Joint Commission, Joint Commission International. Communication during Patient Handovers. 2007.
- 53 Müller M, Jürgens J, Redaelli M, *et al.* Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open.* 2018;8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- 54 NHS Institute for Innovation and Improvement. Safer Care SBAR Situation • Background • Assessment • Recommendation Implementation and Training Guide. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/SBAR-Implementation-and-Training-Guide.pdf>. 2010.
- 55 NHS Improvement. SBAR communication tool – Online library of Quality, Service Improvement and Re-design tools situation, background, assesment , recommendation. [https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20180501162135mp\\_/https://improvement.nhs.uk/documents/2162/sbar-communication-tool.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20180501162135mp_/https://improvement.nhs.uk/documents/2162/sbar-communication-tool.pdf).
- 56 AHRQ. TeamSTEPPS Tools. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/resources/modules/index.html>. 2024.
- 57 Department of Defense TU, Agency for Healthcare Research the. Pocket Guide Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety. 2023.
- 58 AHRQ. TeamSTEPPS: Research/Evidence Base. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/evidence-base/index.html>. 2023.
- 59 FHV. TeamSTEPPS : Travail en équipe. <https://fhv.ch/spqs/teamstepps/>.
- 60 FHV. TeamSTEPPS Pocket Guide. <https://fhv.ch/spqs/teamstepps/outils-teamstepps/>.
- 61 Staines A, Lécureux E, Rubin P, *et al.* Impact of TeamSTEPPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward. *International Journal for Quality in Health Care.* 2020;32:618–24.
- 62 Helios. CRM in der Notaufnahme. <https://www.helios-gesundheit.de/sina/trainings-kurse/simulations-und-zwischenfalltraining-in-der-notaufnahme-quina/>.
- 63 O’Keefe WS, Schmidt L, Halamek LP, *et al.* *A practical guide to crew resource management for healthcare teams.* 2022.
- 64 Buljac-Samadžić M, Dekker-Van Doorn CM, Travis Maynard M. What Do We Really Know About Crew Resource Management in Healthcare?: An Umbrella Review on Crew Resource Management and Its Effectiveness. 2021. <http://links.lww>.
- 65 Gross B, Rusin L, Kiesewetter J, *et al.* Crew resource management training in healthcare: a systematic review of intervention design, training conditions and evaluation. *BMJ Open.* 2019;9. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025247

- 66 Valley Children's Healthcare. High Fidelity Simulations. <https://www.valleychildrens.org/simulation/about-simulation>.
- 67 Morgan D. Literature Review Simulation-Education: Improving Patient Safety and Healthcare Professionals Critical Thinking Skills and Confidence Levels when Providing Care. Published Online First: 2018. doi: 10.29011/IJNHR-135.100035
- 68 Hegland PA, Aarlie H, Strømme H, *et al*. Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2017;54:6–20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.004>
- 69 Munshi F, Lababidi H, Alyousef S. Low- versus high-fidelity simulations in teaching and assessing clinical skills. *J Taibah Univ Med Sci*. 2015;10:12–5. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2015.01.008>
- 70 FOAMINA. Low-fidelity Simulation. <https://foamina.blog/2017/06/25/in-situ-simulation/>.
- 71 Löber N, Garske C, Rohe J. Room of horrors – ein low-fidelity Simulationstraining für patientensicherheitsrelevante Gefährdungspotentiale im Klinikalltag. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2020;153–154:104–10.
- 72 Osborne C, Brown C, Mostafa A. Effectiveness of high- and low-fidelity simulation-based medical education in teaching cardiac auscultation: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Healthcare Simulation*. Published Online First: 29 July 2022. doi: 10.54531/nzws5167
- 73 Lefor AK, Harada K, Kawahira H, *et al*. The effect of simulator fidelity on procedure skill training: a literature review. *Int J Med Educ*. 2020;11:97–106. <https://doi.org/10.5116/ijme.5ea6.ae73>
- 74 NHS Scotland. Safety Culture Discussion Cards. <https://learn.nes.nhs.scot/61107>. 2023.
- 75 Heip T, Van Hecke A, Malfait S, *et al*. The Effects of Interdisciplinary Bedside Rounds on Patient Centeredness, Quality of Care, and Team Collaboration: A Systematic Review. 2020. <http://links.lww.com/JPS/A303>
- 76 Heck MJ, Ranker · A, Wranke · A, *et al*. Die interdisziplinäre alterstraumatologische Visite Empfehlungen für den Klinikalltag. *Unfallchirurg*. 2021;124:138–45.
- 77 Nimmagadda K, Pancrazi S, Martino A, *et al*. Virtual Multidisciplinary Rounds to Reduce Length of Stay, Decrease Variation, and Promote Accountability. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2023;49:450–7.
- 78 Clinical Excellence Commission N. Multidisciplinary Team (MDT) with Patient Rounds. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/556041/MDT-with-Patient-Rounds-Guidance-Document-November-2019.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/556041/MDT-with-Patient-Rounds-Guidance-Document-November-2019.pdf). 2019.
- 79 UNC School of Medicine. Implementing Patient Centred Multidisciplinary Bedside Rounds. <https://www.med.unc.edu/medicine/wp-content/uploads/sites/945/2019/01/Implementing-Patient-Centered-Multidisciplinary-Bedside-Rounds.pdf>. 2019.
- 80 UNC School of Medicine. Multidisciplinary Bedside Rounding. <https://www.med.unc.edu/medicine/education/residency/curriculum-overview/inpatient-experience/bedside-rounding/#introduction>.
- 81 Saskatchewan Health Quality Council. Interdisciplinary Rounding Reference guide for acute care inpatient units in Saskatchewan. <https://www.saskhealthquality.ca/wp-content/uploads/2021/08/Interdisciplinary-Rounding-Module-July-2017.pdf>. 2017.
- 82 Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement Essentials Toolkit. <https://www.ihl.org/resources/tools>. 2010.
- 83 Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen. <https://patientensicherheit.ch/forschung-entwicklung/mm-konferenzen/>. 2019.
- 84 Bundesärztekammer. Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitäts- konferenzen (M & MK). [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf). 2016.
- 85 Austrian Society for Quality and Safety in Healthcare. Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz (M&M-Konferenz) – Pocketguide zur Implementierung und Durchführung von M&M-Konferenzen . [https://asqs.at/images/files/Nachlese\\_2019/MM-Konferenz\\_PocketGuide\\_V8\\_20190924.pdf](https://asqs.at/images/files/Nachlese_2019/MM-Konferenz_PocketGuide_V8_20190924.pdf). 2019.
- 86 Clinical Excellence Commission N. Conducting and Reporting Morbidity and Mortality/Clinical, Review Meetings . [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/602697/Guidelines-for-Conducting-and-Reporting-Morbidity-and-Mortality.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/602697/Guidelines-for-Conducting-and-Reporting-Morbidity-and-Mortality.pdf). 2020.
- 87 Calder LA, Kwok ES. The Ottawa M&M Model: A Guide to Enhancing Morbidity & Mortality Rounds . [https://emottawablog.com/wp-content/uploads/2018/03/OM3-Guide\\_2018-1.pdf](https://emottawablog.com/wp-content/uploads/2018/03/OM3-Guide_2018-1.pdf). 2018.

- 88 Healthcare Improvement Scotland. Mortality and Morbidity Reviews, Practice Guide – Working Version . <http://www.healthcareimprovementscotland.org/his/idoc.ashx?docid=f5fdda54-21ff-4ffe-8fa4-adfa6718b052&version=-1%20>. 2018.
- 89 Royal College of Surgeons of England. Morbidity and Mortality Meetings . <https://www.rcseng.ac.uk/standards-and-research/standards-and-guidance/good-practice-guides/morbidity-and-mortality-meetings/>. 2018.
- 90 Royal Australasian College of Surgeons Research A and AS. Guideline reference document for conducting effective Morbidity and Mortality meetings for Improved Patient Care . [https://www.surgeons.org/-/media/Project/RACS/surgeons-org/files/position-papers/2017-04-12\\_gdl\\_conducting\\_effective\\_morbidity\\_and\\_mortality\\_meetings\\_for\\_improved\\_patient\\_care.pdf](https://www.surgeons.org/-/media/Project/RACS/surgeons-org/files/position-papers/2017-04-12_gdl_conducting_effective_morbidity_and_mortality_meetings_for_improved_patient_care.pdf). 2017.
- 91 Clinical Excellence Commission NSW. Quality Learning Boards INFORMATION FOR CLINICIANS & HEALTH PROFESSIONALS. [https://www.cec.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/455388/Quality-Learning-Boards-An-Introduction.pdf](https://www.cec.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/455388/Quality-Learning-Boards-An-Introduction.pdf). 2018.
- 92 British Columbia PS and QC. Culture Change Toolbox. [https://healthqualitybc.ca/wp-content/uploads/culture-toolkit\\_web.pdf](https://healthqualitybc.ca/wp-content/uploads/culture-toolkit_web.pdf). 2017.
- 93 Canadian Patient Safety Institute. Creating a Safe Space: Healthcare Worker Support Toolkit. [https://www.healthcareexcellence.ca/media/zamhllhcq/5\\_creating-a-safe-space-toolkit\\_en-final-ua.pdf](https://www.healthcareexcellence.ca/media/zamhllhcq/5_creating-a-safe-space-toolkit_en-final-ua.pdf). 2020.
- 94 Health Excellence Canada. Webinar Series - Creating a Safe Space: Psychological Health and Safety of Healthcare Workers. <https://www.healthcareexcellence.ca/en/resources/creating-a-safe-space-psychological-safety-of-healthcare-workers-peer-to-peer-support/webinar-series-creating-a-safe-space-psychological-health-and-safety-of-healthcare-workers/>.
- 95 Canada Life Assurance Company. GuardingMinds @ Work. <https://www.guardingmindsatwork.ca/>. 2023.
- 96 NHS England. Improving Patient Safety Culture – a practical guide. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/07/improving-patient-safety-culture-a-practical-guide-v2.pdf>. 2023.
- 97 Armutlu M, Davis D, Doucet A, *et al.* Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders. *Healthcare Quarterly*. 2020;22:82–8.
- 98 American Society of Health-System Pharmacists. Just Culture Toolkit. [http://12.53.28.72/-/media/assets/pharmacy-practice/resource-centers/patient-safety/Just-Culture-Toolkit\\_Final.pdf](http://12.53.28.72/-/media/assets/pharmacy-practice/resource-centers/patient-safety/Just-Culture-Toolkit_Final.pdf). 2021.
- 99 Kilcullen MP, Bisbey TM, Ottosen MJ, *et al.* The Safer Culture Framework: An Application to Healthcare Based on a Multi-Industry Review of Safety Culture Literature. *Hum Factors*. 2022;64:207–27. <https://doi.org/10.1177/00187208211060891>
- 100 Bisbey TM, Kilcullen MP, Thomas EJ, *et al.* Safety Culture: An Integration of Existing Models and a Framework for Understanding Its Development. *Hum Factors*. 2021;63:88–110.