

ENNA-Kongress 2.-3. September 2011

Abstract Keynote

Titel des Vortrages	Multiprofessionelle Zusammenarbeit und Leadership
Referent/in	Prof. Dr. Dieter Conen, Buchs, Schweiz
Institution	Stiftung für Patientensicherheit, Zürich, Schweiz

Zusammenfassung des Vortrages

Die Arbeit in komplexen Systemen, zu denen die Einrichtungen des Gesundheitswesens in der Regel gehören, sind charakterisiert durch die Notwendigkeit, Entscheidungen unter Zeitdruck, bei gleichzeitigem Informationsmangel und unter Unsicherheit zu fällen. Die Massnahmen sind vielfach nicht planbar, sind nicht umkehrbar und mit Nebenwirkungen behaftet. Die Aufgaben sind meist nur in Koordination oder Kooperation mit anderen Personen zu bewältigen dazu sind kognitive Strategien, individuelle Handlungsstile zur Komplexitätsreduktion notwendig.

Unter diesen Umständen gibt es keinen Platz für autokratisches, herabmachendes, erniedrigendes Verhalten gegenüber Pflegenden, Assistenten, Studenten etc.. Teambasiertes Lernen ist essentiell für Patientensicherheit. Die moderne Medizin des 21- Jahrhunderts ist zu kompliziert, als dass sie von einem Einzelnen erbracht werden könnte. (80% der Gesundheitsausgaben werden für 20% der Patienten mit ernsthaften chron. Krankheiten (>1 bis 8/Person) aufgewendet). Diese Bedingungen erfordern multiprofessionelles Vorgehen, getragen von Medizinern, Pflegenden, Therapeuten und von Patienten und ihren Angehörigen selbst. Teams entwickeln Routine und standardisierte Vorgehensweisen, Fehler zu reduzieren, Aufgaben werden an das erfahrenste Teammitglied vergeben. Teammitglieder identifizieren Fehler, schwächen sie ab oder unterbrechen sie.

Um unter diesen Umständen aus Fehlern zu lernen, sind folgende Bedingungen nötig, eine Lernkultur, die Fehler nicht tabuisiert, betriebliche Gefässe, die das Lernen unterstützen (CIRS), prozessorientierte Auswirkungsanalyse (FMEA), Führungskräfte, die für ein fehlerfreundliches Milieu sorgen, die einen partizipativen, dialogorientierten Führungsstil pflegen und ein fall- und ereignisbezogenes Feedback geben.

Die Erfolge einer "No Blame –Kultur": Weg von der bestrafenden, willkürlichen mit medicolegalen Konsequenzen belasteten Medizin zu einer aus Fehlern lernenden, das System verbessernden, Fehler behindernden oder blockierenden Kultur. Es wurden nicht die Handschriften leserlicher gemacht,

sondern computerbasierte Systeme, simple Checklisten für die Prävention, für die Verhinderung von Bakteriämien, von eingriffsassoziierten Komplikationen eingeführt. Aber wie vorgehen im Fall von Verletzung von Richtlinien und Vorschriften z.B. für die Händhygiene, für das Team time out zur Verhinderung der Seitenverwechslung? Hier greift der Begriff der Verantwortung, der Verantwortung des Einzelnen und auch der Organisation, die Leadership erfordert, weil hier die „no-blame-culture“ selbst ein Risiko für die Patientensicherheit darstellt.

Das Registrieren und Analysieren von Fehlern mit und ohne Schaden zur Ablaufoptimierung der einzelnen Organisation und des ganzen Systems sind integraler Bestandteil von Patientensicherheit. Der Einbezug von Patienten - im Sinne der patientenzentrierten Medizin - trägt gerade in der Onkologie und in der Pädiatrie massgeblich zur Erhöhung der Patientensicherheit bei, in dem dadurch Schnittstellenprobleme minimiert und dem Patienten die Rolle des betroffenen Beobachters wahrzunehmen ermöglicht wird. Dieser Patient wird von den "Professionals" so geschult und einbezogen ("patient education"), dass er in einer Umgebung behandelt und betreut wird, die ihm eine bewusste und involvierte Entscheidungsmöglichkeit einräumt.