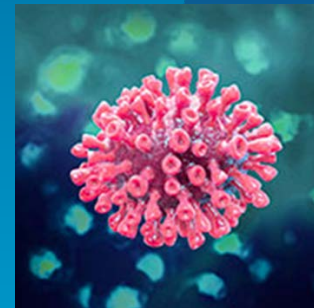
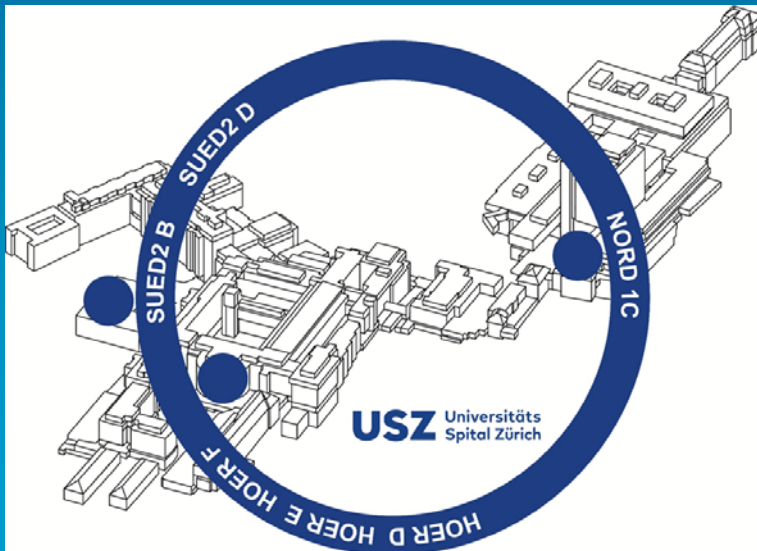


# Praktische Einführung Medizin- Student\*innen 6. Semester



Institut für Intensivmedizin, März 2020

# IFI – Institut für Intensivmedizin Übersicht



**Simone Stein**

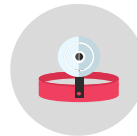
Leitung Pflegedienst IFI



**Prof. Dr. med.  
Reto Schüpbach**

Institutsdirektor

Ø 52 W



Betten: 72  
MA Pflegedienst: 456  
MA Ärztlicher Dienst: 117:



Eintritte: 4331  
Ø VWD: 4.8 Tage



Ø NEMS / Schicht:  
29.7



Schichten mit  
ECMO: 8.6%

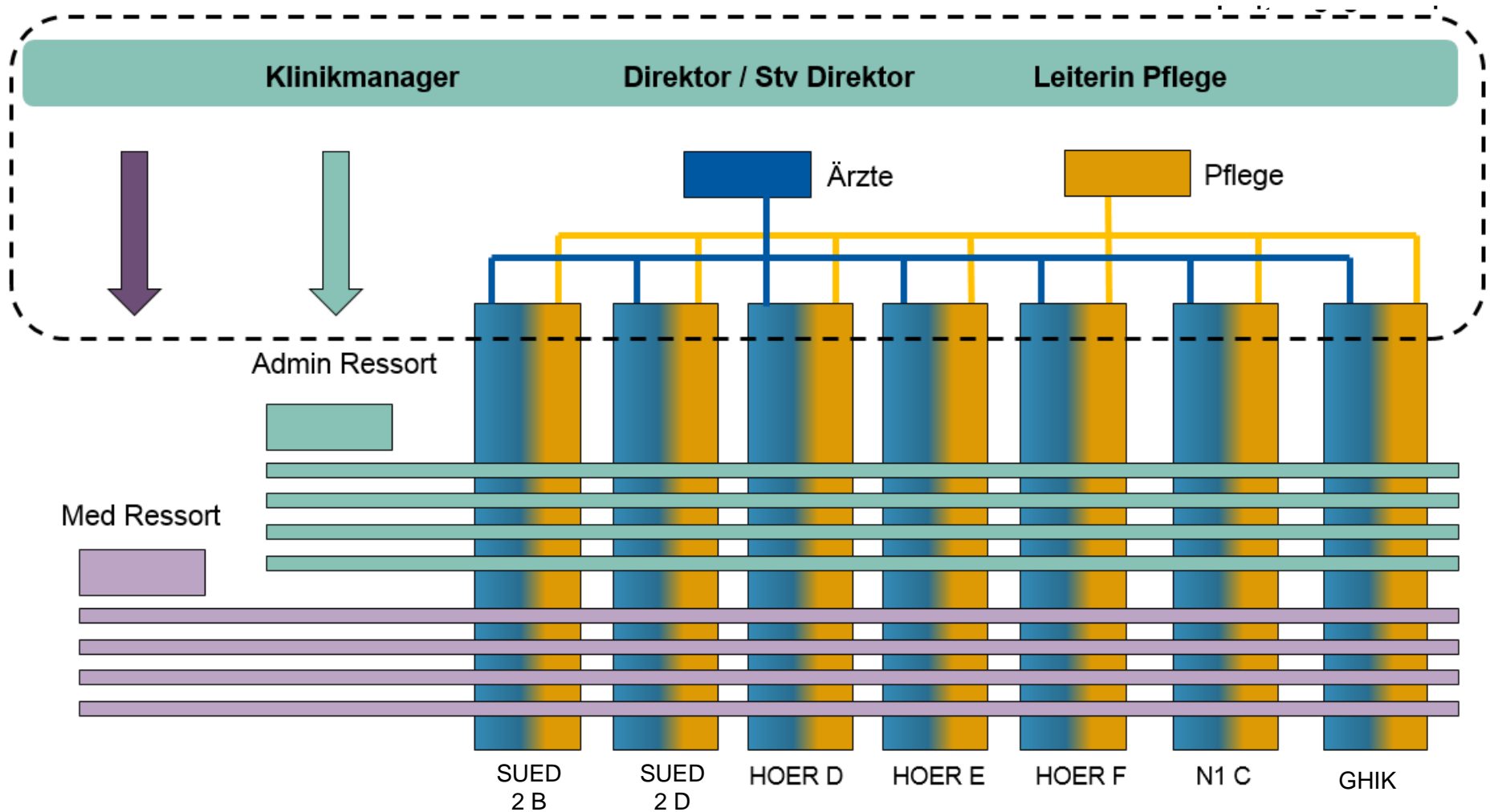


Schichten mit  
Beatmung: 51%



Schichten mit  
Nierenersatz-  
verfahren: 20%

# Organisation



# Einleitung

- Personalressourcen für die Betreuung auf der Intensivstation mobilisieren
- Aufgrund der hochspezialisierten Medizin setzt dieser Einsatz ein umfassendes medizinisches Verständnis und dadurch **schnelles Erkennen von Notfallsituation** voraus
- Intensivmedizin ist **gelebte** interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzten:

**Miteinander arbeiten- miteinander denken- miteinander agieren**
- Euer Einsatz ist unter der Leitung der **Fachpflege** Intensivmedizin in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten: ihr werdet in unser Team integriert
- Euer Wissen und Einsatz bedeutet eine **enorme** Unterstützung des Teams – ohne dass wir zum jetzigen Zeitpunkt wissen, wie die Situation sich entwickelt...
- Erweiterung Eurer Kompetenzen und persönliches Wachstum

# Organisation

- Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen (Physio, etc.)
- Beschreibung eines Einsatzes; Arbeitsgesetz
- Einsatzplanung
- Arbeitszeiten in der Praxis
- Versicherung/ Schweigepflicht
- Wer ist für mich zuständig, wenn ich in der Praxis bin?

# Aufgabenbereiche

## Klinische Überwachung und Rapport

- Überwachung des Gesundheitszustandes des Patienten wie respiratorische, kreislaufmässige oder cerebrale Veränderungen
- Temperatur-, Puls- und Blutdruckmessung sowie Atemfrequenzählung
- Überwachung von Infusionen, Sauerstoffverabreichung über Maske, High-Flow oder NIV, einliegenden Installationen wie ZVK, Blasenkatheter.
- Übergabe mündlich und ggf. schriftlich bei Schichtwechsel sowie mündlicher Rapport im Notfall.

# Ausblick auf die nächsten zwei Tage

- Input Referat; *Tanja Krones*:
  - Kommunikation in Krisensituation
  - Self-Care in Epidemiesituationen
  - Tod und der sterbende Patient

# Ausblick auf die nächsten zwei Tage

– Input Referat; *Lukas Imbach*:

- Bewusstseinsstörungen / GCS, RASS ICDSC, CAM ICU;
- Unruhige und delirante Patienten
- Tag/Nacht Rhythmus, Schlaf



...und dann wird es praktisch



# Im NUK D

- Insgesamt 6 Posten an zwei aufeinanderfolgende Tage:
  - 6 Gruppen à 5 Student\*innen
  - Jeder Posten ist durch Fachperson begleitet
  - Jeder Posten dauert 120 Minuten mit entsprechender Pause
  - In Arbeitskleidung

# Zeitplan

	Posten 1 Intensivpflege	Posten 2 Geräte	Posten 3 Medikamente	Posten 4 Spezial	Posten 5 Hygiene / Isolation	Posten 6 Lagerung / Admin.
Gruppe A	Tag1: 10.30 -12.30	Tag1: 13.00-15.00	Tag1: 15.30-17.30	Tag2: 08.00-10.00	Tag2: 10.30-12.30	Tag2: 13.00-15.00
Gruppe B	Tag2: 13.00-15.00	Tag1: 10.30 -12.30	Tag1: 13.00-15.00	Tag1: 15.30-17.30	Tag2: 08.00-10.00	Tag2: 10.30-12.30
Gruppe C	Tag2: 10.30-12.30	Tag2: 13.00-15.00	Tag1: 10.30 -12.30	Tag1: 13.00-15.00	Tag1: 15.30-17.30	Tag2: 08.00-10.00
Gruppe D	Tag2: 08.00-10.00	Tag2: 10.30-12.30	Tag2: 13.00-15.00	Tag1: 10.30 -12.30	Tag1: 13.00-15.00	Tag1: 15.30-17.30
Gruppe E	Tag1: 15.30-17.30	Tag2: 08.00-10.00	Tag2: 10.30-12.30	Tag2: 13.00-15.00	Tag1: 10.30 -12.30	Tag1: 13.00-15.00
Gruppe F	Tag1: 13.00-15.00	Tag1: 15.30-17.30	Tag2: 08.00-10.00	Tag2: 10.30-12.30	Tag2: 13.00-15.00	Tag1: 10.30 -12.30

# Posten Intensivpflege

Vorlesung ✓

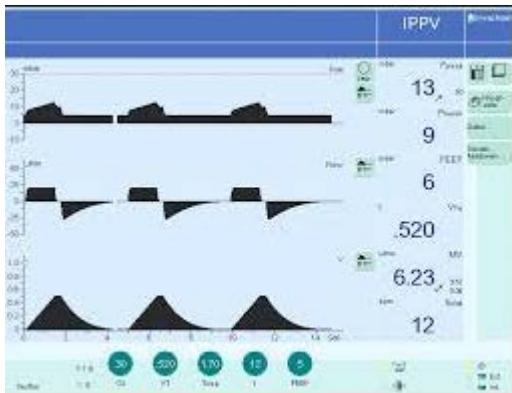


# Pflegerische Inhalte

- Übernahme oder Hilfe bei der persönlichen Hygiene
- Hilfe beim Betten
- Hilfe beim Gebrauch von Urinflasche oder Bettpfanne, Blasenkatheterpflege und Entleeren von Urinbehältern
- Aufrechterhalten der Standardhygienemassnahmen
- Hautpflege und Lagerung von Patienten
- Hilfe im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes
- Vorbereitung und ggf. Begleitung von Transporten
- Vorbereiten und Aufräumen

# Posten Geräte

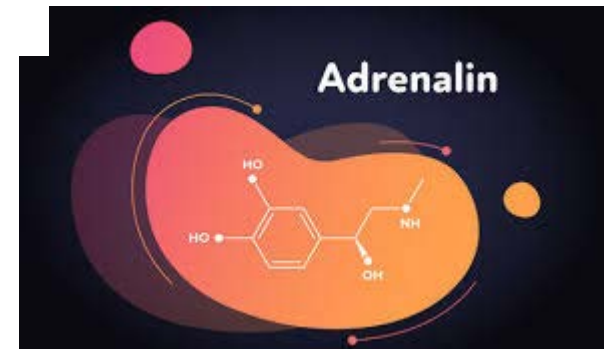
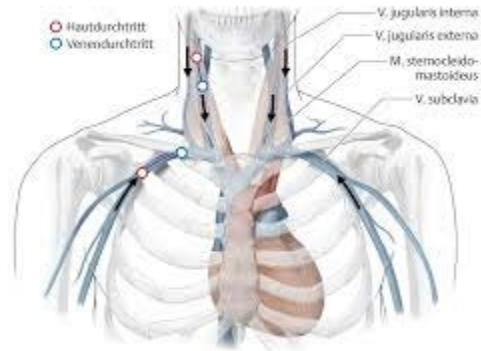
- Anatomie und Physiologie ✓
- High-Flow und NIV
- ASV-Intellivent





# Posten Medikamente

- Anatomie und Physiologie ✓
- Medikamente aufziehen
- Ernährung auf der Intensivstation, Infusionen



# Posten Spezial

- Anatomie und Physiologie ✓
- Cardiac und Respiratory Arrest
- Transport





# Posten Hygiene Isolation

## ▪ Standarthygienemassnahmen

- Dienstkleidung täglich wechseln
- Keinen Schmuck an Händen und Unterarmen tragen
- Keinen Nagellack, lange oder künstliche Fingernägel tragen
- Haare zusammenbinden
- Händedesinfektion

## ▪ Hustenetikette beachten

- Chirurgische Maske tragen
- Taschentücher sofort entsorgen und Hände desinfizieren
- Ggf. Husten/Niesen in die Armbeuge

## ▪ Anweisung für aseptische Arbeitstechnik beachten

- Händedesinfektion
- Schutzmassnahmen (Mundschutz, Haube, ...)
- Hautdesinfektion
- No-touch-Technik
- Steriles Material

## ▪ Ggf. persönliche Schutzmassnahmen beachten



# Posten Lagerungen / Administratives

- Kommunikation ✓
- Besucher
- Effekten



# Gruppeneinteilung

# Möglicher Einsatz als Unterstützung des Pflegeteams bei IPS-Patienten: Essentials zu Ethik und Kommunikation

Michaela Kolbe, Tanja Krones, Renato Lenherr, Settimio Monteverde  
Simulationszentrum/DCA/Klinische Ethik

# Auf der «anderen Seite»

„Als ich Arzt wurde, trat ich in die Welt ein, die auf der anderen Seite der Krankenhaustüren liegt. ... **Ich trug einen weissen Kittel; sie trugen Nachthemden. Anders herum konnte ich es mir nicht vorstellen.**“

*In May of 2013, the Stanford University neurosurgical resident Paul Kalanithi was diagnosed with Stage IV metastatic lung cancer. He was thirty-six years old. In his two remaining years—he died in March of 2015—he continued his medical training, became the father to a baby girl, and wrote beautifully about his experience facing mortality as a doctor and a patient. In this excerpt from his posthumously published memoir, “When Breath Becomes Air,” which is out on January 12th, from Random House, Kalanithi writes about his last day practicing medicine.*



Photograph by Norbert von der Groeben



# Klinische Ethik im Alltag

Unterstützung im  
**gemeinsamen konstruktiven** Umgang  
mit klinisch-ethischen **Problemen, Dilemmata,**  
**Dissens,**  
nicht «Win-Win» Situationen

- Realisierte Autonomie
- Realisierter Nicht-Schaden
- Realisierter Nutzen
- Realisierte Gerechtigkeit



# Primum nil nocere: Selbst- und Fremdsorge

NATIONAL AND WORLD NEWS

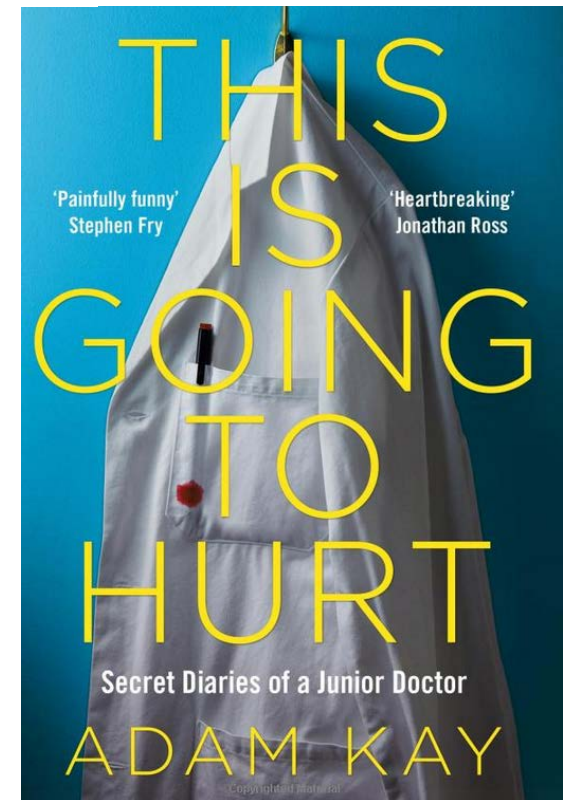
## Heroes or Just Doing Their Jobs? '

FMH-Symposium in Bern: «Gesunde Ärzte – vom Studium bis zur Pension»

Kranke Ärztin, kranker Arzt –  
ein Stigma



Andrée Rochfort: «Ihr müsst kein Superman, keine Superwoman sein!»





A cartoon illustration of a grey rabbit with long ears, wearing a red long-sleeved shirt and blue pants. The rabbit is crouching down, looking forward with large, round eyes. There are some motion lines around its head and tail. The background is white with a red diagonal line in the top left corner.







# Geteilte Verantwortung im Recht: Botschaft zu GesBG Art 4

## Art. 4 Soziale und persönliche Kompetenzen ~~Interprofessionelle Kommunikation und Kooperation~~

In Analogie zum MedBG wurde ein separater Artikel zu den sozialen und persönlichen Kompetenzen formuliert. Gesundheitsfachleute müssen sich menschlich, ethisch und persönlich angemessen verhalten können und über die entsprechenden Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten verfügen. Sie müssen interprofessionell zusammenarbeiten, sich anpassen, integrieren, einbinden und durchsetzen. Die Fachkräfte müssen Verantwortung tragen und Bildungs- und Führungsaufgaben übernehmen können, beispielsweise in Spitalstrukturen, Spitex-Organisationen, Geburtshäusern oder ambulanten Ergotherapie-Organisationen.

# Geteilte Verantwortung

„Wer steht am Kopf“?

- wichtige Frage, aber nicht *die wichtigste*
- Konzept der **geteilten Verantwortung**
  - Ineinanderwirken von rechtlicher und moralischer Verantwortung
  - Flexibilität: innere und äussere Bereitschaft zum Rollenwechsel innerhalb delegierbarer Tätigkeiten



<http://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2013/08/teamwork-kids.jpg>

# Geteilte Verantwortung und Delegation

## Anordnungscompetenz:

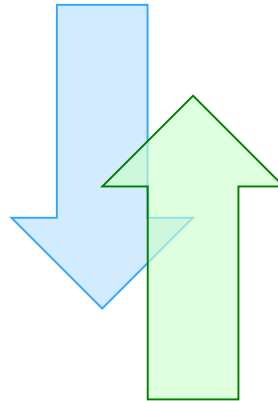
- Die gesundheitliche Führungsperson (Ärzt\*in Pflege darf Aufgaben delegieren.

## Anordnungsverantwortung:

- Sie muss sich vergewissern, dass die Hilfsperson in der Lage ist, die Aufgabe



n).



## Durchführungscompetenz:

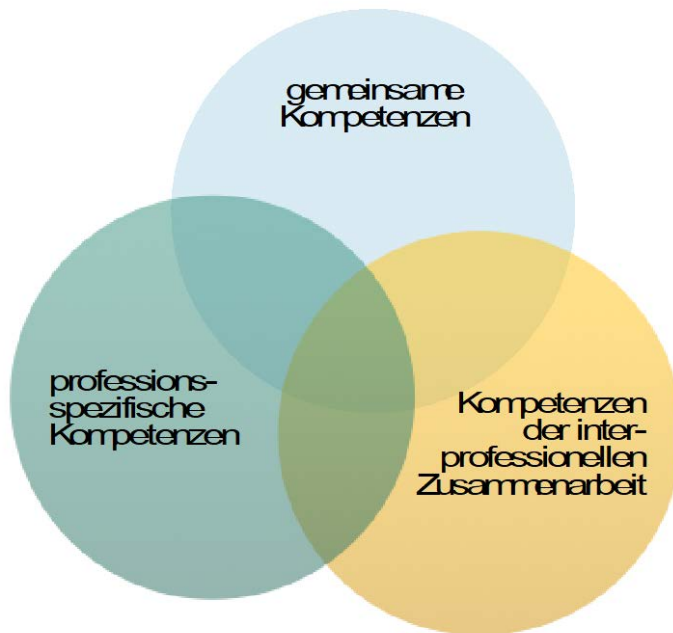
- Die Hilfsperson darf delegierte Aufgaben ausführen.

## Durchführungsverantwortung:

- Sie ist für die Nachvollziehbarkeit und die korrekte Durchführung der Aufgabe zuständig.

<http://anesthesiar.org/WP/uploads/2011/04/nitrous.jpg>

# Professionelle Kompetenzen



## **professionsspezifisch / komplementär („Independenz“); Bsp:**

- Pflege: Vor- und Nachbereitung Arbeitsplatz, Gerätepflege; Erstkontakt und Monitorisierung des Patienten
- Ärztlicher Dienst: z.B. Visiten; Verordnungen; Interventionen

## **gemeinsame Kompetenzen; Bsp.:**

- weitere Monitorisierung des Patienten
- Narkose einleiten, aufrecht erhalten, ausleiten
- Antizipation
- Dokumentation

## **Kompetenzen interprofessioneller Zusammenarbeit („Interdependenz“):**

- Patientenorientierung
- Patientensicherheit
- Patientenoutcome
- positives Lernklima, Umgang mit unerwünschten Ereignissen

# Haltungen



## professionsspezifisch / komplementär („Independenz“); Bsp:

- Kenntnis der professionsspezifischen Kompetenzen aller Berufsgruppen
- Haltung: *Wertschätzung* („Lernen voneinander“)

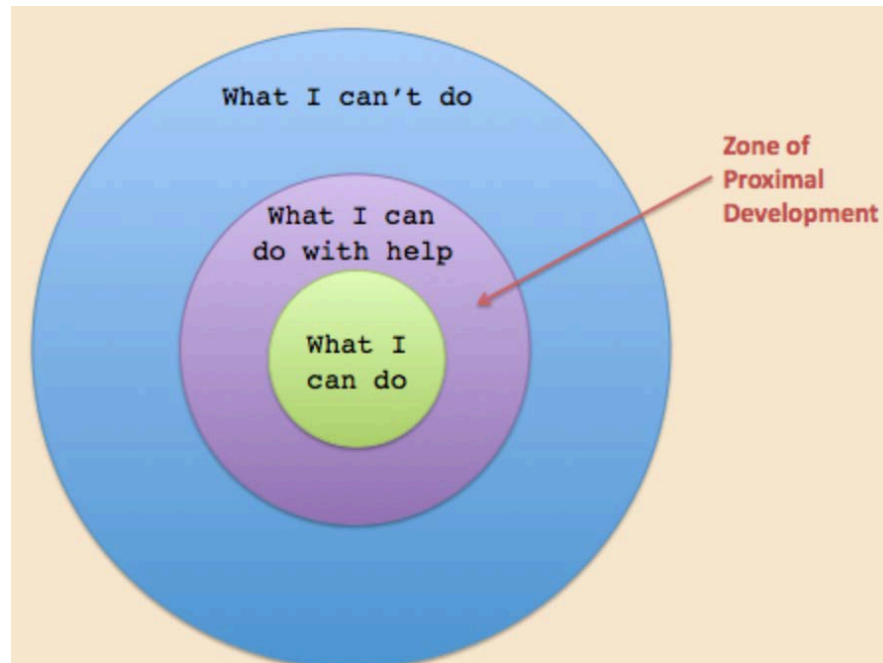
## gemeinsame Kompetenzen; Bsp.:

- transparente Kommunikation und Arbeitsaufteilung
- Haltung: *Kooperation* („Lernen miteinander“)

## Kompetenzen interprofessioneller Zusammenarbeit („Interdependenz“):

- Patientenorientierung
- Patientensicherheit, Patientenoutcome
- Haltung: *gemeinsames Engagement* für optimale Patientenergebnisse

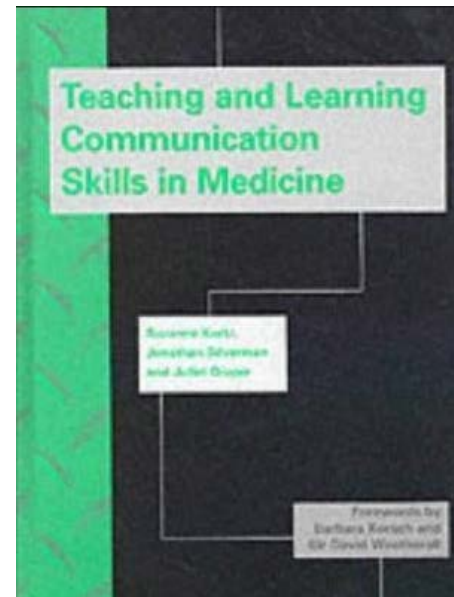
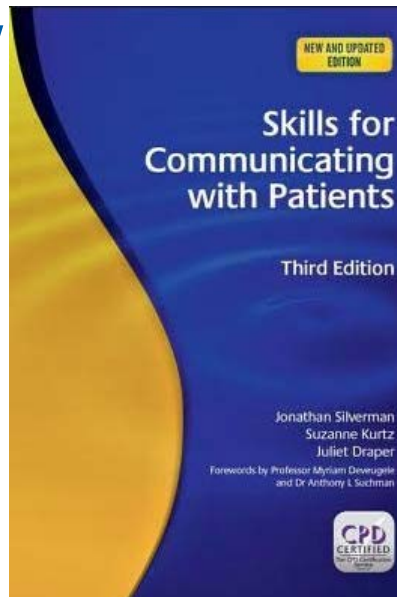
# Zuversicht in Fähigkeiten und Bewusstsein von Grenzen:



Aus: Lave und Wenger 1991, Situated learning

# «If you can't communicate it doesn't matter

W W»



achieve agenda agenda-led appropriate areas attitudes behaviour Calgary-Cambridge observation guide Chapter clinical skills communicating with patients communication course communication curriculum communication programmes communication skills programmes communication skills teaching communication teaching communication training consultation continuing medical education core skills curricula defensiveness descriptive feedback detache difficulties discussion doctor-patient communication doctors evaluation experience experiential learning experiential methods explanation and planning explore facilitators and learners feel focus formative assessment group members helical important improve individual skills interviewing skills Jonathan Silverman Kurtz learning communication skills medical education medical interview medical school Medical Skills medical students medicine munication non-verbal outcome-based analysis outcomes participants physical examination physicians practice problem-based learning programme directors questions real patients rehearsal research evidence residency role play simulated patients skills-based small-group standardized patients structure suggestions summative assessment supportive climate tape teaching and learning teaching sessions ten undergraduate understanding University of Calgary videotape







# Kommunikation im medizinischen Alltag

Ein Leitfaden für die Praxis

## Interprofessionalität

Nachhaltiges Gesundheitssystem  
Personalisierte Gesundheit  
Qualität in der Medizin  
Swiss Personalized Health Network  
Wissenschaftskultur  
Zugang Fachliteratur

## Interprofessionalität

Mit den zunehmend komplexen Behandlungen wird die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen immer mehr zum Erfolgsfaktor in der Gesundheitsversorgung. Die Forderung nach mehr und besserer interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) wurde deshalb in den letzten Jahren immer lauter. Die SAMW unterstützt diese Bestrebungen in vielfältiger Weise.

Untersuchungen haben mehrfach aufgezeigt, dass durch die Förderung der Interprofessionalität die Qualität der Versorgung gesteigert und die Ressourcen effizienter genutzt werden können. Gleichzeitig ist die Umsetzung der Interprofessionalität aber auch mit Herausforderungen verbunden, etwa mit unterschiedlichen Rollenverständnissen, Fragen der Kompetenzenverteilung oder der Verantwortung.

Mit einer mehrjährigen Veranstaltungsreihe, die im Herbst 2016 gestartet wurde, vertieft die SAMW jährlich einen Aspekt der Interprofessionalität und bietet den verschiedenen Berufsgruppen eine Plattform für Austausch und Vernetzung. Im Rahmen des Symposiums wird auch der SAMW Award Interprofessionalität verliehen, der «Best Practice»-Beispiele bekanntmachen soll.

# Zentrale Kommunikationssituationen im möglichen Einsatz als Medizinstudent\*in im IPS Team Pflege

- Kommunikation mit dem **Patienten**
- Kommunikation mit den **Angehörigen** (auch wenn diese nicht auf der IPS physisch anwesend sind, ggf. aber am Telefon)
- Kommunikation im **Team**
- Kommunikation mit den direkten **Vorgesetzten** (**primär** Dipl. Pflege, **sekundär** zugeordnete/r Kaderärzt\*in)
- Kommunikation mit **Kommilitonen, Verwandten, Freunden**

## **Relevante Kommunikative Skills in Eurer möglichen Rolle als Unterstützung der IPS-Teams in der Rolle als Pflegeassistent\*innen**



## Mit Patient\*innen und Angehörigen

- Professionelle kommunikative Grundfertigkeiten: **AKTIVES ZUHÖREN; WWSZ, NURS(E);**
- Erklären der Handlung und **Einholen des Einverständnisses** bei wachen Patienten für delegierte Handlungen vor Durchführung; Erklären der Handlung und Einholen des Einverständnisses von Angehörigen für delegierte Handlungen vor Durchführung bei nicht urteilsfähigen Patienten
- NUR Im Extrem-/Eintretensfall **mit Unterstützung/Vorabsprachen**: Kommunikation medizinischer (Beinahe)-Fehler, Breaking Bad news; Informationen am Telefon an Angehörige
- WENN möglich und eingeladen: **Dabeisein** bei Aufklärung, Breaking Bad news, Shared Decision-Making, Therapiezielklärung, Therapieumstellung, Todesfeststellung, Organspende



Viviana Abati

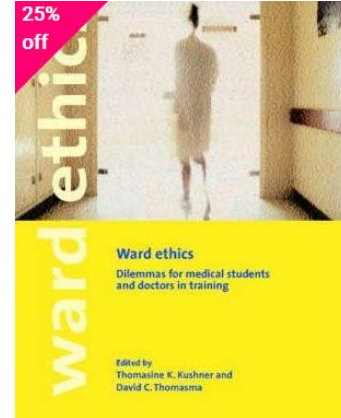
### Gespräche mit hohem Belastungsfaktor in der Medizin

Praxislehrbuch für die Kommunikation mit Angehörigen

swiss  
transplant  
Schweizerische Nationale Stiftung  
für Organspende und Transplantation

hogrefe

# Mit/im Team und Vorgesetzten



- **Verständnis** von delegierten Aufgaben wiedergeben, bei Unsicherheit nachfragen; **Weitergabe** relevant erscheinender Beobachtungen über und Informationen vom Patient möglichst in strukturierten Übergabe/Austauschzeiten
- IMMER wenn nötig JEDERZEIT 1) an TEAMKOLLEG\*innen , 2) (falls nötig, nicht im Team am Bett klärbar) an VORGESETZTE:
- **SPEAK UP** für Patient bei Sicherheits- und Autonomiegefährdenden Beobachtungen, Informationen (inkl. eigener Erkrankungssymptome)
- Äusserung eigener **fachlicher Grenzen/Überforderungen**
- Äusserung eigener **moralischer Bedenken**
- WENN Möglich und Eingeladen: **Dabeisein** und **Beitrag** bei klinisch ethischer Entscheidungsfindung, Debriefing, CIRS







**Mit Kommilitonen, Freunden, Verwandten:  
Austausch der eigenen emotionalen  
Betroffenheit IMMER möglich**

**Informationen über Patienten/Angehörige:  
Gefahr des E** **icht IMMER**



# **Refresher: Grundlagen Klienten- /Patientenzentrierte Gesprächsführung**

# 1) NURSE UND WWSZ

## → Umgang mit Emotionen: das NURSE-Modell¶

<b>N</b> aming¶	Emotionen benennen. · "I know this is upsetting"¶
<b>U</b> nderstanding¶	Wenn möglich Verständnis für die Emotionen ausdrücken. · "It would be for anyone"¶
<b>R</b> especting¶	Respekt oder Anerkennung für den Patienten/Angehörigen artikulieren. · "You're asking all the right"¶
<b>S</b> upporting····¶	Dem Patienten/Angehörigen Unterstützung anbieten. · "I'll do everything I can to help you through this."¶
<b>E</b> xploring¶	Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden. · ¶

## VWSZ-Methode·¶

<b>Warten</b> ¶	Einladung an den Patienten/Angehörigen, seine Geschichte fortzusetzen.¶
<b>Wiederholen</b> → ¶	Gleiche Funktion wie Warten: Einladung zur Fortsetzung des Gesprächs.¶
<b>Spiegeln</b> ¶	Den Raum öffnen bzw. offen halten. Spiegeln auf Emotionen oder auf Inhalte. · "Könnte es sein, dass Sie..."¶
<b>Zusammenfassen</b> ¶	Hilft Gesprächsablauf zu strukturieren. · Dem Patienten/Angehörigen Unterstützung anbieten. · ¶

# DEATH MESSENGERS

**Mandeep R Mehra and colleagues**  
dissect doctors' attitudes to dying



Fig 1 | The evangelist



Fig 3 | The amateur



Fig 4 | The precisionist



Fig 6 | The knight



Fig 2 | The deflector

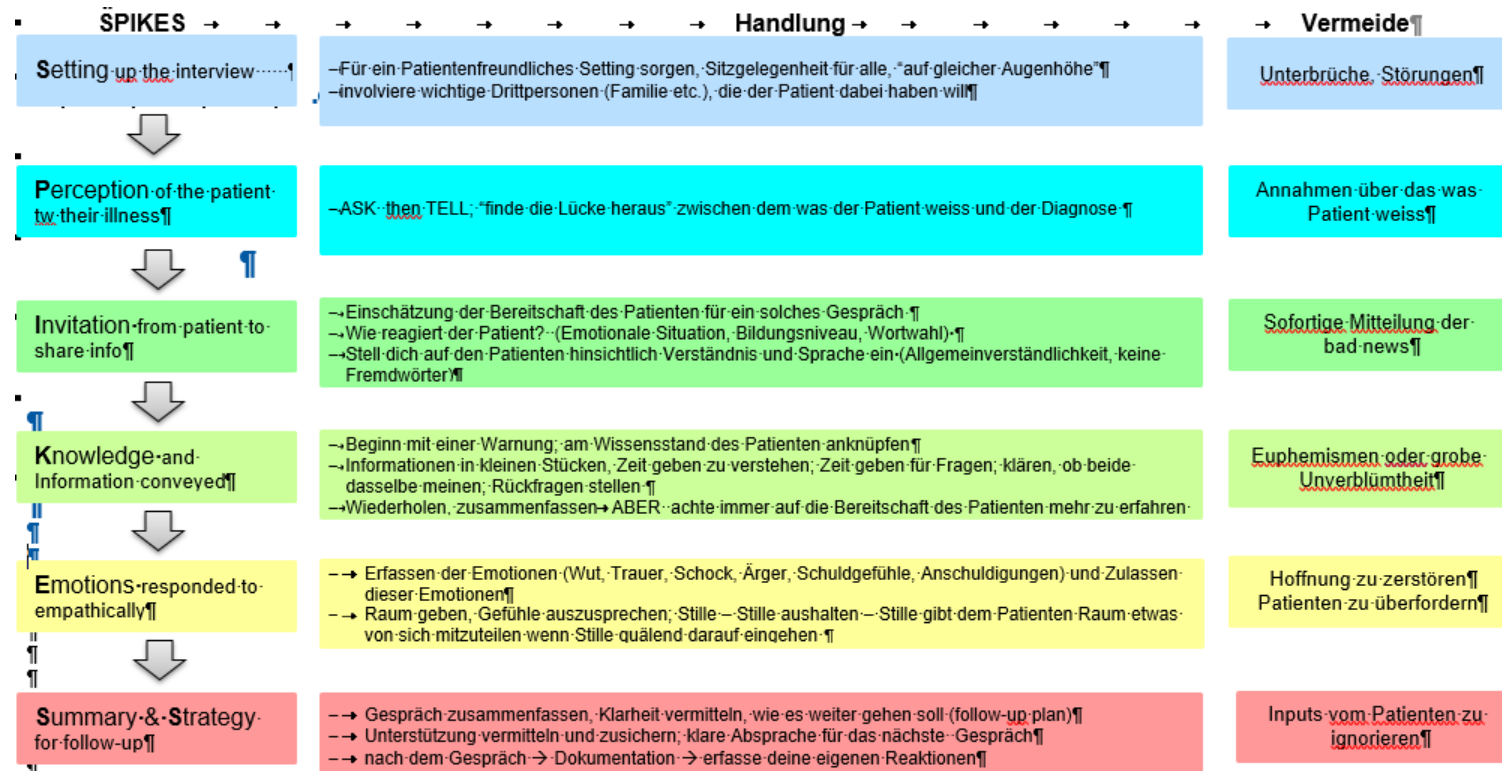


Fig 5 | The grim reaper

*BMJ* 2007 ; 335 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39409.501435.AE> (Published 20 December 2007)

Cite this as: *BMJ* 2007;335:1296

## 2) FALLS tatsächlich delegiert: Breaking Bad news



### 3) Speak UP



# Patientensicherheit

→ Indicator				Foreign body left in during procedure					
→ Periods				2009	2010	2011	2012	2013	2014
				▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼
→ Age Group	→ Gender	→ Value	→ Country						
15 years old and over	Total	Crude rate per 100 000 hospital discharges (Surgical episode-related method)	Australia	..	9.8	9.0	8.4	8.6	9.
			Belgium	4.6	3.4	3.6	..	..	
			Finland	2.9	2.7	4.1	3.4	4.4	
			Ireland	2.2	3.8	2.3	2.7	5.9	
			Israel ⓘ	4.7	2.5	3.3	4.0	3.8	
			Poland	..	..	..	..	0.4	
			Portugal	..	..	..	..	5.2	
			Slovenia	..	..	..	1.9	1.5	
			Switzerland	..	..	..	12.3	..	
			United Kingdom	..	..	6.9	6.1	7.1	
			United States	..	..	..	..	7.8	
			Non-OECD/Singapore Economies	..	..	..	3.3	3.2	

OECD, 2016

# Speaking Up



- = Nachfragen bei Zweifel
- = Meinung oder Idee mitteilen
- = Bedenken äussern

Edmondson AC. Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*. 2003;40:1419-1452.



Sie kommen ans Bett eines IPS Patienten in Isolation, bei dem sie gebeten wurden, Weiteres Zusatzmaterial für einen ZVK zu holen, da dies beim ersten Legen schwierig war und der Patient etwas instabil ist . Der zuständige Oberarzt steht in Schutzkleidung beim Patienten bei dem Sie als Pflegeassistent\*in eingeteilt sind, und wartet auf die Instrumente für den ZVK. Hierbei sehen Sie, dass sein Schutzkittel hinten ein Stück offen steht und er beim Umdrehen zu Ihnen an den Isolierten Bereich für die Instrumente ZVK Anlage gekommen ist.



# (Wenig) Speaking Up



**Simulationsstudien: Kein Speaking up  
bei 1/3 – 2/3 der TN**

**Befragungen: “Elefanten im Raum”  
häufiges Problem**

**Interviews: Unansprechbare Dinge,  
heikle Themen (z.B. Hygiene,  
Patient äussert Willen gegen eine  
Behandlung...)**

Weiss M, Kolbe M, Grote G, et al. Agency and communion predict speaking up in acute care teams. *Small Group Research*. 2014;45:290-313.  
Schwappach, D. L. B., & Gehring, K. (2014). 'Saying it without words': a qualitative study of oncology staff's experiences with speaking up about safety concerns. *BMJ Open*, 4(5). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004740  
Souba, W., Way, D., Lucey, C., Sedmak, D., & Notestine, M. (2011). Elephants in academic medicine. *Acad Med*, 86(12), 1492-1499. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182356559  
St.Pierre M, Scholler A, Stremski D, Breuer G. Äussern Assistenzärzte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? [Do residents and nurses communicate safety relevant concerns? Simulation study on the influence of the authority gradient]. *Anaesthesist*. 2012;61(10):857-866.

# Die Priorität des „Patienten vor Dir“

„There is intuitively a strong duty to attend to the particular needs of our patient: **the patient in front of you**. There has always been in medical ethics an important principle stating that the patient in front of one has a priority. They have no absolute priority, but they have a priority. There are strong intuitions in patient-care against harming innocent persons within the context of **face-to-face relationships**.“

Nortvedt, P. (2001). Needs, closeness and responsibilities. An inquiry into some rival moral considerations in nursing care. *Nursing Philosophy* (2), 112-121, S. 117.



# Advocacy – Anwaltschaftliches Handeln

- **Speak up heisst in Eurer Rolle auch: dafür einstehen/mithelfen**

- dass der Patient Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten hat
- dass Entscheidungen nicht unter Druck und Zwang erfolgen (überreden vs. überzeugen)
- dass Entscheidungen respektiert werden

Ford D (2012) Advocating for perioperative nursing and patient safety. *Perioperative Nursing Clinics* 7, 425–432

# Wie geht Speak up?

Advocacy & Inquiry oder die '3 B Technik'

I see..

I think...

I wonder...

(Beobachten, Beurteilen, Befragen)



Speak up...

.. heisst weder, aggressiv zu sein noch einfach 'nein' zu sagen[1]

... profitiert von einer 'durchsetzenden' Persönlichkeit[2]

... ist ein Bestandteil positiver Teamprozesse[3]

... ist nicht einfach mal eben zu trainieren[4]

... braucht eine fördernde Umgebung und eine explizite Einladung von dem/der Vorgesetzten[5;6]

[1] Jentsch F, Smith-Jentsch KA. Assertiveness and team performance: More than "just say no". In: Salas E, Bowers CA, Edens E, editors. Improving teamwork in organizations. Applications of resource management training. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2001:79-94.

[2] Weiss M, Kolbe M, Grote G, Dambach M, Marty A, Spahn DR, et al. Agency and communion predict speaking up in acute care teams. *Small Group Research* 2014;45:290-313.

[3] Kolbe M, Grote G, Waller M, Wacker J, Grande B, Bertscher M, et al. Monitoring and talking to the room: Autochthonous coordination patterns in team interaction and performance. *J Appl Psychol* in press.

[4] Weiss M, Kolbe M, Grote G, Spahn DR, Grande B. Stop-In the name of the patient! Development and evaluation of an inter-professional speaking up intervention for nurses and residents in acute care teams. under review.

[5] Nemhard IM, Edmondson AC. Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *J Organ Behav* 2006;27:941-66.

[6] Dankoski ME, Bickel J, Gusie ME. Discussing the undiscussable with the powerful: Why and how faculty must learn to counteract organizational silence. *Acad Med online first; Publish Ahead of Print* 10.1097/ACM.0000000000000428.

[7] Schwappach, D L B, & Gehring, K. (2014). Silence that can be dangerous: A vignette study to assess healthcare professionals' likelihood of speaking up about safety concerns? *PLoS ONE*, 9(8), e104720. doi: 10.1371/journal.pone.0104720







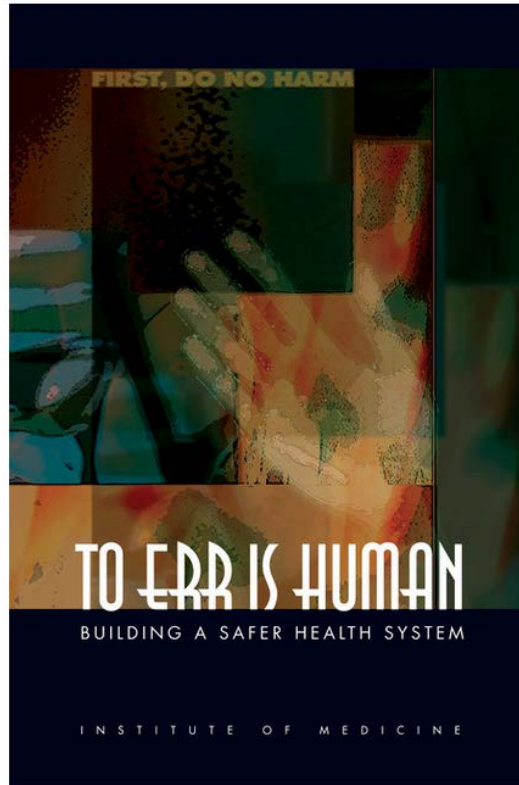




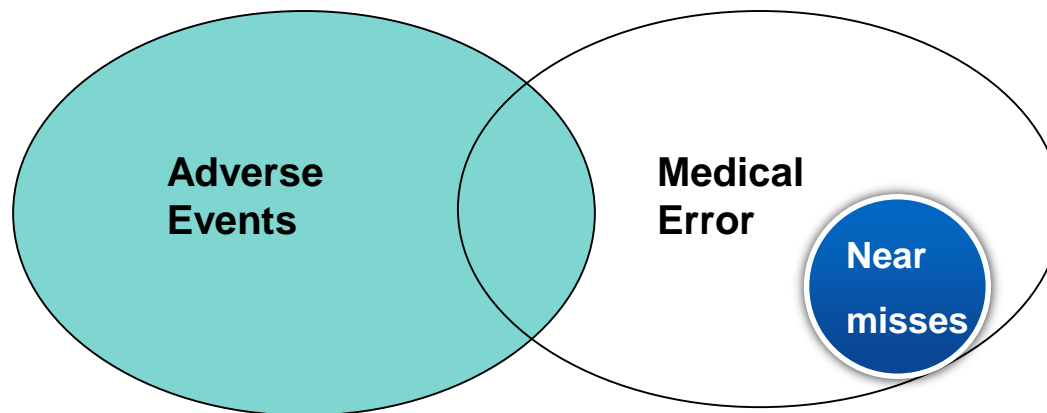




## 4) Medizinische (Beinahe) Fehler



# Medical Error, Adverse Events, Near misses



## Definition Medical Error auch für Grauzonen

«A medical error is an act or an omission with potentially negative consequences for the patient that *would have been judged wrong by skilled and knowledgeable peers* at the time it occurred»

Wu et al. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients.

J Gen Intern Med; 12:770-775, 1997

# Naming and Blaming



# First/Second Victim





# CIRS



# Proaktive Fehlerkultur

Wo suchen Führungskräfte die Ursachen für Fehler?

«in den selbst geschaffenen Rahmenbedingungen»

WERTSCHÖPFEND

Sicherheit steigert unsere  
Leistungsfähigkeit

«eingespielte Verhaltensweisen in der  
Zusammenarbeit»

PROAKTIV

Wir suchen nach kleinsten  
Problemen u. Abweichungen

«einzelner Mitarbeiter oder  
das formale System»

KALKULATIV

Wir kontrollieren Risiken mit  
Regeln und Systemen

REAKTIV

Sicherheit ist wichtig - nach  
Unfällen tun wir viel

«ungünstige Umstände oder menschliche  
Fehlleistungen»

GLEICHGÜLTIG

Wen interessiert's solange  
wir nicht erwischt werden

«Schicksal, Dummheit oder Willkür»

(Stufenmodell nach Parker & Hudson, 2001 und Gebauer, 2017)

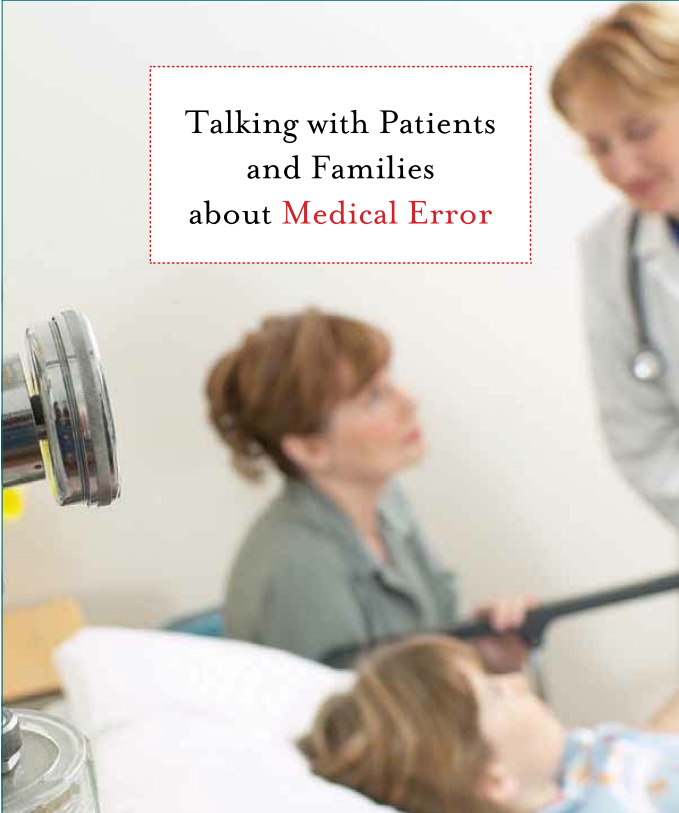
Dr. A. van Vegten, Fachstelle Qualitätsmanagement & Patientensicherheit

4

# ■ ■ When Things *go* Wrong

RESPONDING  
TO ADVERSE EVENTS

*A Consensus  
Statement of the  
Harvard Hospitals*



Talking with Patients  
and Families  
about **Medical Error**

A GUIDE FOR EDUCATION AND PRACTICE

Robert D. Truog, M.D., David M. Browning, M.S.W., B.C.D., F.T.,  
Judith A. Johnson, J.D., and Thomas H. Gallagher, M.D.

Foreword by **Lucian L. Leape, M.D.**

Mitteilung eines medizinischen Fehlers  
auf der Basis des **TRACK Models** und  
den Empfehlungen des Ethics Education,  
Communication & Professionality  
Programmes , Harvard Medical School  
und Harvard Teaching Hospitals

# TRACK

<b>Kommunikative Kernkompetenz</b>	<b>Definition</b>	<b>Was soll beim Patienten ankommen?</b>
Transparency (Transparenz)	Die Haltung, offen, ehrlich zu sein	Ich hatte zeitnah Zugang zu den Informationen und den Input, den ich brauchte
Respect (Respekt)	Wertschätzung der intrinsischen Würde und den Werten einer Person	Ich wurde von denjenigen, die mich betreuen, als individueller Mensch wahrgenommen
Accountability (Verantwortlichkeit)	Die Kunst, verfügbar und bereit zu sein, Antwort zu geben	Die richtigen Leute haben Verantwortung für ihre Handlungen übernommen
Continuity (Kontinuität)	Die Eigenschaft von einer kontinuierlichen, verbundenen und verbindlichen Zeitspanne gemeinsamen Begleitens	Die Behandlung und Betreuung, die ich bekomme, ist nachvollziehbar, ohne „Brüche“ (fühle mich nicht ausgeliefert und allein gelassen) und macht insgesamt Sinn
Kindness (Freundlichkeit)	Die Fähigkeit, achtsam, freundlich und zugewandt zu handeln	Ich wurde warmherzig, empathisch, mit Achtung und Zuwendung behandelt

## Ziele

Mitteilung des medizinischen Fehlers in dieser Haltung:

-**was** ist passiert und **wann** (wenn bekannt)? Mitteilung an Patienten und Familie

-**Verantwortung** übernehmen

-**Bedauern** authentisch ausdrücken und **entschuldigen**, wenn ein Fehler oder eine abwendbare Nebenwirkung passiert ist (unabhängig von individueller „Schuld“)

-**wie** wird es den Patienten beeinträchtigen? Mitteilung an Patient und ggf. Familie

-Zusicherung der **intensiven weiteren Behandlung und Betreuung** des leidtragenden Patienten (durch das Team selbst und ggf. das Anschlussteam, welches aufgrund des Problems oder des Vertrauensverlustes die weitere Betreuung übernimmt)

-Zusicherung der **zeitnahen Aufarbeitung** / Übermittlung weiterer **Informationen**, sobald vorhanden

- Mitteilung was getan wird, um **ähnliches in Zukunft zu vermeiden**

- Vermeidung von zu **frühen Spekulationen warum** der Fehler bzw. die abwendbare Nebenwirkung passiert ist, ausser es ist wirklich sonnenklar. Meist handelt es sich nicht um individuelles „Versagen“ (dann authentisches Bedauern/Entschuldigung, ohne eine „Selbst-Kasteiung“ angemessen), sondern Zusammenspiel von mehreren Faktoren, die aufgearbeitet und im Verlauf zeitnah dem Patienten und der Familie mitgeteilt werden müssen, sobald die Informationen vorliegen.

Danke für Eurer grosses Engagement und Eure  
Bereitschaft, Euch einzubringen!

