

Sicherheit und Teamarbeit aus der Sicht eines Anästhesisten und eines Piloten. Teil II

Wie sieht die Realität der Teamarbeit heute aus?

Christoph Harms^a,
Hans Peter Hartmann^b

a Dr. med., Facharzt für Anästhesie
und Intensivmedizin FMH,
HADmedical Trainer

b Pensionierter Flugkapitän, CRM
und HADmedical-Trainer

Im ersten Teil dieses Beitrages [1] sind wir der Frage nachgegangen, ob sich Teamverhalten überhaupt messen, beurteilen und schulen lässt. Der in der letzten Ausgabe geschilderte Fall aus einem Operationssaal zeigte nur *eine* der vielen Alltagsrealitäten. Auch der Bericht über den Flugunfall in Yogyakarta schilderte nicht den «courant normal» in den Cockpits. Auch gutfunktionierende, harmonisch arbeitende Teams dürften eine weitere Arbeitsrealität darstellen. Nur lesen wir von diesen nicht in der Tagespresse. Unterschiedliche Krankensysteme, verschiedenste kulturelle und sozialpolitische Rahmenbedingungen sowie lokale Gegebenheiten bringen alleine schon im deutschsprachigen Raum unterschiedlichste Formen der Teamarbeit in Operationssälen hervor.

In diesem zweiten Teil fragen sich die Autoren nun: Wie sieht die Realität der Teamarbeit in ihrem Arbeitsumfeld heute aus?

Verschiedene Messlatten

Es wäre vermessen, hierzu eine einheitliche Beurteilung abzugeben. Während beispielsweise in der Schweiz in einem Verhaltenskodex der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) die Anästhesie als «*das Teamwork von Ärzten und Pflegefachleuten*» beschrieben wird [2], finden sich in den deutschen und österreichischen Gesellschaften hierzu keine Äusserungen.

Im Gegensatz dazu schlagen der IOM-Rapport [3] aus den USA und eine Analyse aus Grossbritannien [4] teilweise sehr konkrete Massnahmen zur Umsetzung von Teamaspekten im Gesundheitswesen vor. In den USA fordert die *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* die Spitäler auf, die bei ihnen herrschende «Kultur» zu messen. Eine jüngere Untersuchung aus den USA zeigte, dass das «Klima» bzw. die Qualität des Teamworks im Operationssaal mittels eines Fragebogens als Selbsteinschätzung tatsächlich auch messbar ist [5]. Basiserhebungen zur Beurteilung von Interventionen auf diesem Gebiet wären damit ebenso möglich wie Benchmarkuntersuchungen zwischen Spitälern. Durch unabhängige Beobachter gemessene Daten darüber, wie die Teamarbeit in der Praxis heute wirklich aussieht, gibt es allerdings bisher nicht.

Sécurité et travail d'équipe
vus par un anesthésiste et un pilote,
2^e partie

La réalité concrète du travail d'équipe de nos jours

Dans la première partie du présent article [1], nous avons examiné la question de savoir s'il est possible ou non de mesurer et d'évaluer le comportement d'une équipe, voire de le soumettre à une formation. Le cas évoqué à cette occasion, qui faisait référence à l'univers du bloc opératoire, ne présentait qu'une des nombreuses facettes de la réalité quotidienne. De même, le rapport sur l'accident d'avion de Yogyakarta ne reflétait pas la «vie habituelle» d'un cockpit. Quant aux équipes qui fonctionnent bien et travaillent en harmonie, elles représentent elles aussi une partie importante de la réalité du monde du travail, dont on ne lit toutefois rien dans la presse quotidienne. La diversité des systèmes hospitaliers, ainsi que des réalités locales et un cadre culturel et sociopolitique différents, font que l'on rencontre, dans le seul espace germanophone, des formes de collaboration très diverses au sein des blocs opératoires. Dans la deuxième partie de leur article, les auteurs examinent la réalité concrète du travail d'équipe dans son cadre quotidien.

Dafür gibt es einige Untersuchungen zu den Einstellungen, die Anästhesisten der Teamarbeit entgegenbringen. In Anlehnung an Untersuchungen in der Aviatik entwickelten Anästhesisten und Psychologen 1993 gemeinsam den Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ) [6]. Der Fragebogen misst Einstellungen zu den Bereichen Kommunikation, Teamwork, Stress, Müdigkeit, Werte und Grundhaltungen zur Arbeit, «menschliche Fehl-

Korrespondenz:
Dr. med. Christoph Harms
Thunstettenstrasse 15a
CH-4900 Langenthal
Tel. 076 565 45 87
harms.consulting@besonet.ch
www.hadmedical.ch

leistungen» und Arbeitsklima. Er wurde inzwischen auch von anderen Autoren in verschiedenen Ländern zur Anwendung gebracht, um Aufschluss darüber zu erhalten, mit welchen Einstellungen Anästhesisten der Teamarbeit begegnen. Zusammenfassend zeigen Anästhesisten dabei grundsätzlich eine positive Einstellung gegenüber dem Team. Sie wissen auch um die Bedeutung kommunikativer Fähigkeiten, und über 90% befürworten einen allgemeinen Informationsaustausch, wie das Verbalisieren von Plänen und Abläufen.

Weniger einheitlich zeigt sich das Bild bei der Frage nach Briefings und Debriefings sowie dem Nutzen von Feedbacks. Während diese Tools in anderen sicherheitskritischen Arbeitsbereichen wie beispielsweise der Fliegerei, in Kernkraftwerken, der chemischen Industrie usw. schon länger als extrem wichtig für einen sicheren Betrieb betrachtet werden, finden nur 40% der Anästhesisten, Briefings und Debriefings seien wichtig für die Sicherheit und die Teamarbeit. Etwa dieselbe Anzahl Anästhesisten akzeptiert keine Feedbacks von Nichtanästhesisten!

Wie unser Pilot betont, gehören Briefings zum Alltag im Cockpit. Kein Start ohne Take-off-Briefing, kein Anflug ohne Approach-Briefing. Die Vorteile liegen für ihn auf der Hand:

- die wesentlichen Abläufe sind allen Beteiligten klar;
- alle wissen, wo allenfalls Probleme lauern;
- Prioritäten und Denkweisen sind offen geäußert. Und, ganz wichtig:
- alle im Team sollten ihre Befürchtungen und Bedenken äussern, bevor es wirklich um die Wurst geht.

Besonders wichtig ist der letzte Punkt. Wieso soll ich als Chef nicht die Überlegungen der Kolleginnen und Kollegen in meine Entscheidungen einbeziehen? Dabei ist es völlig gleichgültig, von wem die guten Ideen kommen.

War es nicht ein 10jähriges englisches Mädchen, das 2004 rund hundert Personen vor dem Ertrinken im Indischen Ozean rettete? Tilly Smith hatte vor ihren Ferien in der Schule gelernt, was ein Tsunami ist und wie seine Vorboten aussehen. Als sich das Meer am Strand von Phuket vor ihren Augen zurückzog, erkannte sie als einzige sofort, was dies zu bedeuten hatte. Sie warnte ihre Eltern und die anderen Urlauber am Strand. Glücklicherweise sagte niemand: «Ach, das ist ja bloss ein Kind – was versteht das denn schon!» Ohne langes Hin und Her wurde der Strand vor dem Hotel evakuiert, und alle erreich-

ten sichere Höhen, bevor die Welle auch über diesen Strand hereinbrach. Laut Bericht der Boulevardzeitung «The Sun» war der MaiKhao-Strand einer der wenigen auf Phuket, an dem es keine Toten oder Schwerverletzten durch den Tsunami gab [7].

Persönliche Limiten erkennen

Beim Erkennen persönlicher Limiten scheinen die Realitäten in der Medizin noch verzerrter. Obwohl die negativen Auswirkungen von Stress und Müdigkeit auf die menschliche Leistungsfähigkeit und die Häufigkeit von Fehlern heute hinlänglich bekannt sind, bejahen Fachanästhesisten in einer berufs- und länderübergreifenden Querschnittsuntersuchung die Aussage «*Auch wenn ich müde bin, handle ich effektiv in kritischen Phasen einer Operation*» in 47% [8]. Bei den Fachchirurgen sind es gar 70%! Ganz im Gegensatz zu Linienpiloten, die in nur 26% zustimmten.

In einer Untersuchung an 279 kalifornischen Anästhesisten gestand über die Hälfte der Untersuchten ein, selbst schon Fehler aufgrund von Müdigkeit oder hoher Arbeitsbelastung begangen zu haben [9]. Dennoch ist in einer schottischen Befragung von 222 Anästhesisten nur die Hälfte der Meinung, dass sie einen zu hohen Arbeitsanfall melden sollten [10]. Gar nur 18% sind der Meinung, die anderen Teammitglieder seien über das Bestehen psychischer oder physischer Probleme vor oder während eines Arbeitstages zu informieren. Dies, obwohl ¾ der Befragten einräumen, dass persönliche Probleme die Leistungsfähigkeit durchaus beeinträchtigen können. Diese Zahlen sind sogar noch geringer bei Anästhesisten in Ausbildung. Das Bedürfnis jüngerer, karriereorientierter Kollegen, ein Fremdbild der «Unbesiegbarkeit» aufrechtzuerhalten und ja keine Schwächen zu zeigen, mag hierzu seinen Beitrag leisten. Allerdings wird vielleicht auch etablierten Kollegen das Eingeständnis persönlicher Limiten grössere Überwindung kosten, selbst in einem Klima grossen gegenseitigen Vertrauens. In einem Arbeitsklima hingegen, in dem eine solche Selbstoffenbarung als «Schwäche» ausgelegt wird, führt dies zu einem Gesichtsverlust, den wohl jeder von uns zu vermeiden trachtet. Mit entsprechenden Copingreaktionen ist dann zu rechnen.

«This strong denial of personal vulnerability to stressors parallels results from aviation, where pilots normatively consider themselves 'bullet-proof'. One might assume that medical personnel would have more sensitivity to psychological effects, given some training in behavioural sciences, but this does not appear to be the case.» [11]

Die Unfehlbarkeit der Ärzte

Die Einschätzungen im Bereich «Sicherheit und Fehlermanagement» zeugen von der Vorreiterrolle der Anästhesie auf diesem Gebiet. Fast alle Anästhesisten meinen, dass «menschliche Fehlleistungen» unvermeidbar und nicht automatisch Ausdruck persönlicher Inkompetenz sind. Eine Einsicht, die von Psychologen schon seit langem geteilt wird. Sie brechen hier klar mit dem althergebrachten Dogma der «Unfehlbarkeit der Ärzte», das leider in abgeschwächter Form etwa als «Nullfehler toleranz in der Medizin» noch immer in den Köpfen vieler Mediziner und Patienten steckt.

In der erwähnten schottischen Befragung von über 200 Anästhesisten gaben 84% zu, schon Fehler im Operationssaal begangen zu haben [10]. Leider scheint es auch bei der Umsetzung dieser Erkenntnis in ein sicherheitsrelevantes Verhalten zu hapern. Obwohl bereits viele Kliniken Critical-Incidence-Reporting-Systeme (CIRS) eingeführt haben, sind viele dieser Systeme nicht 100% anonym, wie dies beispielsweise in der Luftfahrt gefordert wird, und/oder verfügen nur über eine ungenügende Betreuung des Systems. Beide Faktoren beeinträchtigen die effektive Nutzung. Obwohl in den meisten Fällen über begangene Fehler diskutiert wird, um ihre Wiederholung zu verhindern, sind keine 40% der Anästhesisten der Meinung, dass das Handling und der Umgang mit Fehlern in ihrem Spital zufriedenstellend sind.

Eine fallstudienbasierte Untersuchung aus England zeigt, dass medizinisches Fachpersonal, speziell Ärzte, nach wie vor grössere Zurückhaltung zeigen, Zwischenfälle an ihre Vorgesetzten zu melden, und diese statt dessen eher einem Kollegen berichten [12]. Eine neuere Untersuchung zeigte allerdings, dass es eher am System selbst liegt, wenn kritische Ereignisse nicht gemeldet wurden. Beanstandet wurden insbesondere «fehlendes Feedback über eingeleitete Massnahmen», «zu zeitaufwendig im Alltag» und «unklare Zuständigkeit zur Meldung». Psychologische Faktoren wie «ich will keinen Ärger», «Furcht, vor disziplinarischen Massnahmen» oder die «Furcht als Verursacher erkannt zu werden» wurden hingegen erst am Schluss genannt [13].

Der Chef – Autokrat oder Demokrat?

Entscheidend für das herrschende Arbeitsklima ist der gelebte Führungsstil in einer Organisation. Auch hier gibt es viel zu grosse, auch regionale Unterschiede, um eine allgemeingültige Aussage machen zu können. Einer der Autoren

arbeitete selbst längere Zeit als Anästhesist in einer grossen Schweizer Klinik im grenznahen Gebiet zu Deutschland. Die Klinik hat einen hohen Anteil deutscher Kollegen sowohl auf ärztlicher wie auch auf pflegerischer Seite. Dass der Führungs- und Kommunikationsstil nur zwischen diesen beiden Ländern oft völlig verschieden ist, erlebte er fast täglich.

Während in der Schweiz allgemein eher ein konsultativ-demokratischer Umgang mit flachen Hierarchien gepflegt wird, waren unsere deutschen Kollegen mehrheitlich einen mild bis ausgeprägt autokratischen Führungsstil mit steiler Hierarchie gewohnt. Entsprechend unterschiedliche Verhaltensweisen prallten daher mitunter unverhofft aufeinander und führten immer wieder zu Konflikten, speziell in den ersten Phasen von Neuanstellungen. Untersuchungen zeigten auch, dass sich selbst innerhalb eines einzelnen operativen Bereichs gewünschte und erlebte Führung nicht decken müssen [14]. Während Anästhesisten, Anästhesiepflegepersonal und die meisten Chirurgen einen «konsultativen» Führungsstil bevorzugten, wünschte sich die Mehrheit der Instrumentierenden einen «demokratischen» Führungsstil. Generell war der Wunsch nach einem «demokratischen» Führungsstil im Pflegebereich höher als in der Ärzteschaft. Bei den Ärzten war der Wunsch nach einem «mild autokratischen» Stil unter den Chirurgen höher als unter den Anästhesisten.

Gemeinsam war allerdings allen Berufsgruppen, dass sich der *erlebte* Führungsstil deutlich vom *gewünschten* unterschied. Alle Gruppen erlebten einen «autokratischen» oder zumindest «mild autokratischen» Führungsstil. Die Autoren folgern, dass das Teamkonzept durch diese Diskrepanz im gewünschten und erlebten Führungsstil gefährdet ist. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass zwar der weitaus grösste Teil der Anästhesisten die Teamarbeit ebenso wie ihren Job sehr schätzt, jedoch nur $\frac{2}{3}$ glauben, dass das gesamte OP-Personal als Team zusammenarbeitet. Insbesondere die Zusammenarbeit mit den chirurgischen Kollegen wird meist deutlich schlechter bewertet [6, 9]. In der bereits erwähnten schottischen Befragung waren keine $\frac{2}{3}$ der Anästhesisten stolz darauf, für ihr Spital zu arbeiten, und nur 40% empfanden sich bei der Arbeit in ihrem Spital als Teil «einer grossen Familie».

Auch wenn solche Erhebungen von Arbeitseinstellungen keine direkten Messungen des herrschenden Klimas sind, darf man durchaus stutzig werden. Es sind starke Hinweise auf bestehende Verhaltensweisen in den jeweiligen

medizinischen Bereichen. Dies ist wichtig, sowohl im Hinblick auf eine mögliche Berufentscheidung potentieller Kandidaten für eine Fachrichtung wie auch für die bestehende Fachgesellschaft. Aus solchen Erkenntnissen heraus lassen sich Verbesserungspotentiale definieren, standespolitische Grundsatzentscheidungen ableiten und entsprechende Massnahmen in der Aus- und Weiterbildung festlegen.

Literatur

- 1 Harms C, Hartmann HP. Lässt sich Teamverhalten messen? Sicherheit und Teamarbeit. Teil 1. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(3):79-82.
- 2 SGAR. Verhaltenskodex der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation SGAR. www.sgar-ssar.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/SGAR_Verhaltenskodex.pdf, 2004.
- 3 Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- 4 Department of Health. An organisation with a memory. London: HMSO; 2000.
- 5 Sexton JB, Makary MA, Tersigni AR, et al. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*. 2006;105:877-84.
- 6 Schäfer H, Helmreich RL. The Operating Room Management Attitudes Questionnaire (ORMAQ). NASA/University of Texas FAA Technical Report. 1993:93-8.
- 7 www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2005/01/01/ugeog.xml.
- 8 Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000;320:745-9.
- 9 Gaba DM, Howard SK, Jump B. Production pressure in the work environment. California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology*. 1994;81:488-500.
- 10 Flin R, Fletcher G, McGeorge P, et al. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*. 2003;58:233-42.
- 11 Helmreich RL, Davies JM. Human factors in the operating room: interpersonal determinants of safety, efficiency and morale. In: Aitkenhead AR (ed.). *Quality Assurance and Risk Management in Anaesthesia*. London: Baillière Tindall; 1996. p. 277-95.
- 12 Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11:15-8.
- 13 Evans SM, Berry JG, Smith BJ, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:39-43.
- 14 Helmreich R, Schaefer H. Team performance in the operating room. In: Bogner MS (ed.). *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum; 1994. p. 225-53.