



«In zweifelhaften Fällen entscheide man sich für das Richtige»

Gedanken dazu, wie wir Entscheidungen treffen und Verantwortung tragen

Von Helge Regener und Ines Trede

«Warum habt ihr denn nicht dies oder das getan?» gehört zu den Fragen, die Retter am liebsten hören, wenn sie einen Patienten auf der Notfallstation übergeben. Nur war die jetzt auf der hellen, warmen, trockenen und ruhigen Notfallstation bei ausreichend personellen Ressourcen in Frage gestellte *Entscheidung* nun mal eine halbe Stunde vorher in Dunkelheit, bei Kälte und Nieselregen im Strassengraben unter dem Geräuschpegel hydraulischer Rettungsgeräte und im Zweierteam zu treffen gewesen – und damit nicht eben trivial. Der Kontext der Entscheidung beeinflusst dieselbe. Und bei ungünstigen

Rahmenbedingungen steigt die Gefahr falscher Entscheidungen.

Wann entschieden werden muss

«Entscheidung» lässt sich auf den Punkt gebracht zunächst einmal als *die Wahl zwischen mindestens zwei Alternativen* definieren. Schauen wir nun zunächst nochmal auf den Titel dieses Beitrags: «In zweifelhaften Fällen entscheide man sich für das Richtige.» Dieser Ratschlag wird dem Österreicher *Karl Kraus* (1874 bis 1936) zugeschrieben. Wie es einen guten Satiriker kennzeichnet, gelingt es ihm, die Problematik treffsicher auf den Punkt zu bringen.

Indem er die «zweifelhaften Fälle» benennt, leitet er die Notwendigkeit für eine Entscheidung her – nämlich, dass diese sich nicht von selbst ergibt. Wenn an einer Weggabelung der eine Weg breit, eben und offenbar hindernisfrei zum Ziel führt, während der andere hin zum gleichen Ziel mit Geröll, Dornenbewuchs und allerlei weiteren Erschwernissen aufwartet, dann ist eigentlich kein Nachdenken über die Wahl des Weges notwendig (sofern nicht ein spezieller Anreiz da ist, den schwierigeren Weg zu wählen). Dann ist also der eine Weg dem anderen keine echte Alternative. Überlegte Entscheidungen tun mithin



Mehrere Retter, eine nicht ganz übersichtliche Situation, drängende Zeit – und doch sollten die «richtigen» Entscheide getroffen werden. (Bilder: Helge Regener)



Das Schicksal des Patienten in der Hand des Rettungsdienstes, der nun für den Verletzten die Entscheidungen fällt.

not «in zweifelhaften Fällen», in denen keiner der möglichen Wege auf Anhieb besser oder schlechter erscheint.

«...entscheide man sich für das Richtige», heisst es dann weiter. Es liegt ein Augenzwinkern in der Binsenweisheit, dass Prognosen insbesondere dann schwierig sind, wenn sie die Zukunft betreffen. Es ist prospektiv nie verlässlich absehbar, was denn nun – von einem späteren Zeitpunkt aus bewertet – das Richtige gewesen sein wird. Entscheidungen müssen aufgrund der zum Zeitpunkt der Entscheidung verfügbaren Datenlage getroffen werden. Ob nun ein Entscheid gut oder schlecht war, wird in der Regel am Ergebnis bemessen. Es kommt daher vor, dass sich Entscheidungen retrospektiv als falsch darstellen. Durch die Beurteilung einer Entscheidung im Nachhinein können Lehren für künftige, ähnliche Entscheide gezogen werden.

Man kann nicht nicht entscheiden

Entscheidungen finden statt – wir können lediglich versuchen, sie positiv zu beeinflussen. Analog zum bekannten *Watzlawik-Zitat* «Man kann nicht nicht kommunizieren» (10) können wir hier ebenso feststellen: «Man kann nicht nicht entscheiden.» Oder anders gesagt: Auch eine Nicht-Entscheidung ist eine Entscheidung.

Was das meint? Im Rahmen eines Kreislaufstillstandes beispielsweise bedeutet ein Entscheidungsprozess über Beginn von oder Verzicht auf Reanimationsmassnahmen – wie viel Zeit auch immer der Entscheid in Anspruch nimmt – die Verzögerung der Massnahmen um die nämliche Zeit. Anders formuliert liegt im Prozess der Entscheidung bereits die Entscheidung, nicht unmittelbar zu reanimieren. Nichtentscheiden ist demzufolge automatisch bereits die Entscheidung, später zu entscheiden.

Entscheidungen stehen an, wenn etwas passieren soll oder muss, wenn Veränderungen gewünscht oder notwendig sind, aber auch, wenn etwas unverändert bleiben soll. Kurz, immer wenn eine *Unsicherheit über Verläufe* aufgelöst werden muss.

Entscheidungsmodelle

Es gibt wohl nur wenige Themen, über die in sämtlichen Wissenschaftsdisziplinen so vielfältig und kontrovers geforscht und geschrieben worden ist. Von vielen Wissenschaftlern wurde Mitte des vergangenen Jahrhunderts die sozialwissenschaftliche Theorie der rationalen Entscheidung diskutiert (z.B. 2), bei der angenommen wurde, dass sich Menschen auf der Basis vollständiger Informationen immer so entscheiden, dass sie maximalen Nutzen daraus

ziehen – was prompt von vielen Seiten kritisiert wurde, da es kaum möglich ist, immer vollständig informiert über alle Fakten zu verfügen oder sie gar verarbeiten zu können. Es wurde an der Rationalität gezweifelt, in der Annahme, dass Menschen häufig nicht objektiv, sondern aus ihrem subjektiven Verständnis heraus Entscheidungskriterien wählen. Zudem sind diese Bewertungen oft nicht statisch, sondern situationsabhängig. Auch glaubten nicht alle an das Bild des nüchtern abwägenden «homo oeconomicus» (5).

Zusammengefasst: Wir treffen Entscheidungen häufig nicht rational unter objektiver Abwägung aller verfügbaren Informationen, sondern auch mithilfe der subjektiven «Brille», die wir kraft unserer Ausbildung und unserer Geschichte auf der Nase haben und durch die wir eine Situation bewerten.

Dabei gilt: Je alltäglicher und geregelter die Entscheidungssituation, desto weniger wird über die Entscheidung nachgedacht, desto automatisierter findet sie aufgrund bestehender Regeln und früherer Erfahrungen statt. Je unvorhergesehener und komplexer die Situation, je weniger Information und Regeln vorliegen, beziehungsweise auf die spezifische Situation passen, desto mehr ist die Entscheidung davon abhängig, wie die Beteiligten die Situation einschätzen und bewerten. – Wir werden diese Art von subjektiv-situativ gefärbten Entscheidungen an einigen *rettungsdienstlichen Charakteristika* verdeutlichen.

Die Rolle des Systems

Entscheidungen finden in einem System statt, das Regeln und Ziele vorgibt. Für Entscheidungen im Rettungsdienst können wir, wie für viele Sozial- und Gesundheitsberufe, annehmen, dass das Ziel aller Entscheidungen sein soll, bestmögliche Gesundheit und Wohlbefinden für die Patientinnen und Patienten zu erreichen. Das ethische Prinzip «Gutes tun» unterstreicht dies ebenso wie weitere ethische Prinzipien, an denen der «Nutzen» für eine Entscheidung bemessen werden kann, wie zum Beispiel Nicht-Schaden, Autonomie und Gerechtigkeit. Wir wägen diese Prinzipien bei unseren Entscheidungen im



Rettungsdienst immer – wenn auch oft unbemerkt – ab (Beispiele: Do not attempt resuscitation, Patientenverfügungen, etc.).

Das System gibt in der Regel die Rahmenbedingungen vor, die mehr oder weniger beeinflussbar sind. Dazu gehören die finanziellen, personellen oder technischen Ressourcen, die gesetzlichen Rahmenbedingungen oder die regulatorischen Rahmenbedingungen des Betriebs wie Kompetenzregelungen, Weisungen etc. Qualifikationen, Kompetenzen, Vorgaben wie SOPs oder Algorithmen. Letztere geben die Entscheidungsstruktur durch Vordefinition relativ genau vor. Je mehr Entscheidungssituationen über diese Instrumente standardisiert sind, umso stärker kann in diesen Situationen automatisiert entschieden werden und umso einheitlicher werden die Entscheidungen getroffen – solange der definierte Prozess zur konkreten Situation passt.

Viele Faktoren entscheiden mit

Die Person des Entscheiders hat zentralen Einfluss auf die Entscheidung selbst. Zu den personalen *Einflussfaktoren* gehören wesentlich Qualifikation und Erfahrung. Hinsichtlich Qualifikation ist vor allem relevant, wie ausgeprägt die Fach- und Methodenkompetenz ist. Hinsichtlich Erfahrung sind es vor allem Berufs- und Lebenserfahrung, mit den Kompetenzdimensionen Sozial- und Selbstkompetenz, die sich auf die Entscheidungsfähigkeit einer Person auswirken. Je mehr Vergleichssituationen, beispielsweise zu einem spezifischen Notfall, ein Entscheider erlebt hat, auf umso mehr Erfahrungen kann er zum Vergleich einer aktuellen Entscheidungssituation zurückgreifen, und umso häufiger hat er erfahren, welche Konzepte sich bewährt haben und welche nicht. Um ein Bild zu geben: Meyer et al. (8) haben am Beispiel von Reanimationen beschrieben, dass Notärzte umso weniger lang reanimieren, je älter (Lebenserfahren), je länger im Job (berufserfahren) und je qualifizierter sie sind.

Darüber hinaus werden Entscheidungen nachweislich durch das aktuelle persönliche Befinden beziehungsweise die Stimmungslage sowie die körperliche Fitness beeinflusst (9). Müdigkeit,

Beziehungsstress, Geldsorgen oder Krankheit sind nur ein paar von vielen oft unbewussten Einflussfaktoren.

Daraus wird deutlich, dass Entscheidungen oft nur beschränkt rational sind und sein können. Zudem werden Entscheidungen von Personen mit einer individuellen Lebensgeschichte getroffen, die bestimmten sozialen Gruppen angehören, die wiederum ihre eigenen Entscheidungsregeln haben. So kann sich eine Entscheidung nur dadurch unterscheiden, ob sie ein Notarzt oder ein Transportsanitäter trifft, das heisst durch die Berufszugehörigkeit, manchmal vielleicht auch durch das Geschlecht und das Alter.

An dieser Stelle sind auch persönliche Einstellungen und Haltungen als Entscheidungsgrundlage zu nennen. In seinem hervorragenden Artikel «Das Menschenbild als Hintergrund notfallmedizinischer Entscheidungen», dessen Lektüre hier ausdrücklich empfohlen werden soll, beschreibt Salomon (9), dass jeder zwischenmenschliche Umgang davon bestimmt ist, welches Bild die Interaktionspartner voneinander haben. Damit prägt das Menschenbild grundsätzlich die zu treffenden Entscheidung mit. Salomon (9) benennt es als ein bekanntes Phänomen, dass bei gleichem Verletzungsmuster Versorgungen differieren, abhängig davon, ob der Patient nachmittags nüchtern oder nachts betrunken die Treppe hinabgestürzt ist, ob ein Kind oder ein Pensionär das Trauma erlitten hat, ob der Patient Täter oder Opfer eines kriminellen Aktes ist.

Veränderliche Lage, unvollständige Informationen, Zeitdruck

Kennzeichnend für präklinische Entscheidungen sind *veränderliche Situationen und begrenzte Zeit*. Bedeutsam ist beispielsweise, ob eine Situation dynamisch oder statisch ist, beziehungsweise welche Dringlichkeit ihr beigegeben wird. Insbesondere die hierfür notwendige Informationsbeschaffung aber ist in präklinischen Notfallsituationen oft nur sehr eingeschränkt möglich, und der Entscheidungsträger verfügt zum Zeitpunkt, da die Entscheidung erfolgen muss, nicht über alle relevanten Informationen. Ein typisches Beispiel ist der bewusstlose Patient ohne Angehö-

rige, bei dem weder Eigen- noch Fremdanamnese möglich sind.

Solchen Informationsdefiziten steht mitunter eine Informationsüberflutung gegenüber: Situationen, in denen es kaum möglich scheint, aus der Vielzahl von Informationen und Sinneseindrücken diejenigen herauszufiltern, die entscheidungsrelevant sind, wie im Beispiel eine unübersichtliche Einsatzstelle bei einem Verkehrsunfall mit mehreren Fahrzeugen und Verletzten bei Regen. Derartig problematische situative Einflüsse machen rationale, voll informierte Entscheidungen so gut wie unmöglich.

Risiko und Konsequenzen einer Entscheidung

Entscheidungen sind im eigentlichen Sinne darauf ausgerichtet, etwas zu bewirken. Entscheidungen ziehen also *Konsequenzen* nach sich. Nun sind die meisten Entscheidungen naturgemäss darauf angelegt, ein angestrebtes Ziel zu erreichen. Wie oben dargestellt entscheidet man sich ja in der Regel für die Alternative, von der man sich die beste Wirkung erhofft. Somit sind die typischen Konsequenzen der Entscheidung: die Reduktion von Optionen, Bereitstellung von Ressourcen sowie das Auslösen einer Aktion. Es liegt in der Natur der Sache, dass der Schuss auch nach hinten losgehen kann, dass also eine Entscheidung eine unerwünschte Wirkung auslöst. Derartige Wendungen dürfen bei der Entscheidung nicht ausgeblendet werden.

«Wie gross ist das *Risiko*, dass dies oder das passiert, wenn wir solches oder jenes tun?» Bei der Risikobewertung sollten wir im Auge behalten, dass das Schadensausmass von der Eintrittswahrscheinlichkeit grundsätzlich unabhängig ist, weshalb der negative Verlauf mit erwogen werden muss. Um also auch in dieser Betrachtungsweise entscheidungskompetent zu sein, muss die Entwicklung auch bei negativem Verlauf beherrscht werden. Daher gilt es auch zu berücksichtigen, ob ein Entscheid schadlos reversibel ist oder nicht. Hinzu kommt, dass das Risiko sowohl aus Patientenperspektive (Gesundheitszustand) als auch aus subjektiver Sicht des Retters (eigene Sicherheit, eigenes Risiko) bewertet werden



muss, was nicht selten ethische Konflikte provoziert.

Wer entscheidet, muss Verantwortung tragen

Eine wichtige Konsequenz, die ganz automatisch in der Entscheidung verankert ist, ist die Übernahme von Verantwortung. «Verantwortung ist immer konkret», schrieb der Philosoph Karl Jaspers (7), «sie hat einen Namen, eine Adresse und eine Hausnummer.» Darin kommt zum Ausdruck, dass Verantwortung etwas ist, das jeden Einzelnen betrifft und das man nicht einfach so abgeben kann.

Häufig wird der Begriff Verantwortung aufgeworfen, wenn etwas schief gegangen ist. Dann werden – ob dies mit unserem heutigen Bewusstsein über den Umgang mit Fehlern vereinbar ist oder nicht – die Verantwortlichen gesucht, um sie zur Rechenschaft zu ziehen. Und zwar dafür, dass sie etwas «falsch» gemacht oder eine Fehlentscheidung getroffen haben. So bedeutete Verantwortung ursprünglich, Rechenschaft vor dem Richter abzulegen.

Es ist eine heikle Besonderheit des Rettungsdienstes, dass Verantwortung im Rahmen betrieblicher Kompetenzweisungen mitunter nicht eindeutig zugewiesen, beziehungsweise übernommen werden kann. Wenn nämlich kraft Kompetenzeinschränkung die Freiheit fehlt, das Entscheiden und Handeln selbst zu bestimmen. Dieser Fall kann gegeben sein, wenn der Entscheider in einem Rettungsteam wohl in der Lage und berechtigt ist, die angemessene Entscheidung zu treffen, diese aber mangels Handlungskompetenz nicht umzusetzen imstande ist – oder wenn er zwar kompetent wäre, aber dazu formell nicht berechtigt ist. Freiheit der Entscheidung ist die Voraussetzung dafür, einen Menschen für sein Tun und Lassen uneingeschränkt verantwortlich zu machen.

Verantwortung tragen zu können beruht darauf, verantwortungsvoll zu entscheiden. Entscheidungen treffen und Verantwortung tragen sind somit untrennbar miteinander verbunden.

Entscheidung für sich und den Patienten

Im Rettungsdienst kommt eine sehr bedeutsame Besonderheit von Entscheidungen zum Tragen. Nämlich die, dass wir in der Regel Entscheidung nicht um unserer selbst willen, sondern als *Stellvertreter unserer Patienten* treffen. Hinsichtlich der Konsequenzen bedeutet das, dass der Patient ebenso von einer guten Entscheidung profitiert, wie er die Konsequenzen einer schlechten Entscheidung trägt. Dies ist insbesondere insofern relevant, als Menschen in Notfallsituationen sehr häufig nicht in der Lage sind, angemessene Entscheidungen für ihre Versorgung selber zu treffen, weil entweder die Sachkenntnis fehlt, die notwendigen Informationen nicht vorliegen und/oder eine nüchterne Abwägung aufgrund von Schmerz, Stress etc. schier nicht möglich ist. In diesem Zusammenhang können Entscheidungen insbesondere dann angemessen getroffen werden, wenn der Respekt vor dem Patientenwillen in den Grundhaltungen des Entscheiders verankert ist.

«Wie hätten Sie es gerne, wenn...?» Über Steinplatten mit diesem eingravierten Zitat von *Guido A. Zäch* läuft jeder, der das *Schweizer Paraplegiker-Zentrum* in Nottwil betritt. «Wie hätten Sie es gerne, wenn...?» bringt zum Ausdruck, dass wir uns in dem Moment, da wir als Stellvertreter für Andere entscheiden, im Sinne der Betroffenen entscheiden, also deren Selbstbestimmungsautonomie anerkennen sollen.

Helge Regener ist Geschäftsführer des Schweizer Instituts für Rettungsmedizin (Sirmed) in Nottwil. Ines Trede ist in der Abteilung Forschung und Entwicklung am Eidgenössischen Hochschulinstitut für Berufsbildung in Zollikofen tätig.

Quellen

- 1) Beauchamp TL, Childress JF (1994) Principles of biomedical ethics, Oxford University Press.
 - 2) Becker, Gary S. (1982) Der ökonomische Ansatz zur Erklärung menschlichen Verhaltens, Tübingen (Mohr).
 - 3) Beckermann, A. Biologie und Freiheit. Erscheint in: H. Schmidinger und C. Sedmak (Hrsg.) Der Mensch – ein freies Wesen? Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 2004.
 - 4) Douglas, Jones (2009) Richtig entscheiden, NZZ Folio 3/2009.
 - 5) Esser, Hartmut (1990) Habits, Frames und Rational choice. Die Reichweite von Theorien der rationalen Wahl. Zeitschrift für Soziologie 19 (4): 231-247.
 - 6) Frey, Bruno S. (1990) Ökonomie ist Sozialwissenschaft. Die Anwendung der Ökonomie auf neue Gebiete. München (Verlag Franz Wahlen).
 - 7) Jaspers (2012) Kleine Schule des philosophischen Denkens, Pieper.
 - 8) Meyer W. et al. (1991) Zur Psychologie des ärztlichen Verhaltens bei der Reanimation, Notarzt 7;5-9.
 - 9) Salomon (2003) Das Menschenbild als Hintergrund notfallmedizinischer Entscheidungen, Notfall- und Rettungsmedizin, 6:242-246.
 - 10) Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1974) Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern (Hans Huber Verlag).
-



«En cas de doute, on prend la bonne décision»

Réflexions sur la façon dont nous prenons des décisions et en portons la responsabilité

Par Helge Regener et Ines Trede

«Pourquoi n'avez-vous pas fait ceci ou cela?» fait partie des questions que les ambulanciers adorent entendre lorsqu'ils transmettent un patient aux urgences. Mais la *décision* mise en cause au cœur de la station claire, chaude, sèche, tranquille et dotée de ressources en personnel suffisante, fut prise une demi-heure auparavant dans l'obscurité, le froid et le crachin, en plein dans un fossé, au milieu du bruit assourdissant d'appareils de sauvetage hydrauliques et entre juste deux personnes – et donc dans une situation pas vraiment banale. Le contexte dans lequel est prise la décision l'influence directement. Et plus les circonstances sont défavorables, plus on risque de prendre la mauvaise décision.

Quand une décision doit être prise

«Une décision» peut être avant tout définie comme le *choix entre au moins deux alternatives*. Jetons tout d'abord un nouveau coup d'œil au titre de cet article: «En cas de doute, on prend la bonne décision». Ce conseil est attribué à l'Autrichien *Karl Kraus* (1874 – 1936). Comme tout ce qui caractérise un bon auteur satirique, il a réussi à mettre exactement le doigt sur le problème. En mentionnant les «cas douteux», il en déduit la nécessité d'une décision – comprenez que celle-ci ne va pas de soi. Imaginons que l'on se trouve à une bifurcation. L'un des deux chemins est large, plat et mène manifestement à l'objectif sans l'ombre d'un obstacle. L'autre mène au même objectif mais s'avère couvert de cailloux, de plantes épineuses et de toute sorte d'autres obstacles. Dans un tel cas, pas besoin de se poser de question quant au choix du chemin à prendre (tant qu'on n'est pas particulièrement attiré par les difficultés). Dans ce cas, l'un des deux chemins ne représente pas une véritable alternative. Réfléchir à une décision est donc une nécessité «en cas de doute»,

lorsqu'aucun des chemins proposés n'est de toute évidence meilleur ou moins bien.

Puis par la suite «...on prend la bonne décision». Il faut rappeler avec un certain détachement et un brin d'humour qu'il est particulièrement difficile de faire des pronostics lorsqu'ils concernent l'avenir. Ce qui va s'avérer juste – rétrospectivement parlant – au moment présent n'est prospectivement jamais prévisible de manière fiable. Les décisions doivent être prises sur la base des informations disponibles au moment même où on les prend. Savoir si une décision était bonne ou mauvaise va en règle générale être décidé une fois le résultat connu. Il arrive donc que les décisions s'avèrent fausses rétrospectivement. En évaluant une décision à posteriori, on peut en tirer des enseignements pour les futures décisions qui présenteront une problématique semblable.

On ne peut pas ne pas décider

Les décisions sont inévitables. On ne peut qu'essayer de les influencer de manière positive. En analogie à la célèbre citation de Watzlawick «On ne peut pas ne pas communiquer» (10), on peut également affirmer ici: «On ne peut pas ne pas décider». Ou formulé autrement: une non-décision est aussi une décision.

Qu'est-ce que cela signifie? Lors d'un accident cardio-vasculaire, il s'agit par exemple de décider si on va mettre en route ou non des mesures de réanimation au moment même de l'intervention – quel que soit le temps que prend la décision – ce qui représente justement un retard de la mise en œuvre de la mesure. Autrement dit, on prend déjà une décision lors du processus même de décision, celle de ne pas réanimer immédiatement. Ne pas décider est ainsi automatiquement déjà une décision, celle de décider plus tard.

On a une décision à chaque fois que quelque chose devrait ou doit se passer, lorsque les changements sont souhaités ou nécessaires, mais aussi lorsque quelque chose devrait rester inchangé. En résumé, on en a toujours une lorsqu'il faut résoudre une *incertitude concernant l'évolution d'un cas*.

Modèles de décision

Il n'y a que très peu de sujets sur lesquels l'entier des disciplines scientifiques aient écrit et mené des recherches de manière aussi diverse et controversée. La théorie de sciences sociales de la décision rationnelle a été discutée par beaucoup de scientifiques au milieu du siècle passé (p.ex. 2). Elle part du principe que les êtres humains, lorsqu'ils ont en leur possession l'entier des informations, prennent toujours une décision qui leur permet d'en tirer un maximum de bénéfices. Cette théorie a été fortement critiquée de toutes parts car il n'est guère possible de toujours disposer de toutes les informations sur tous les faits qui nous entourent, ou même de simplement pouvoir les assimiler. Dans l'hypothèse qui veut que les êtres humains ne sont pas tout le temps objectifs, mais choisissent des critères de décision qu'ils tirent de leur compréhension subjective, on doute ainsi de leur rationalité. En outre, ces jugements ne sont souvent pas statiques mais bien dépendants de la situation. Tous ne croyaient également pas à l'image de l'être pesant objectivement le pour et le contre appelé «*homo oeconomicus*» (5).

En résumé: nous prenons des décisions souvent de manière irrationnelle, sans peser objectivement le pour et le contre des éléments à notre disposition. Nous les prenons à l'aide d'un filtre subjectif qui dépend de notre formation, de notre parcours de vie et au travers duquel nous jugeons une situation.



Ce qui signifie: plus la situation dans laquelle nous prenons une décision est routinière et règlementée, moins on y réfléchit, et plus elle se produit de manière automatique grâce aux règles existantes et à nos expériences passées. Plus une situation est imprévue et complexe, et moins il existe d'informations et de règles la concernant – comprenez qui s'adaptent à cette situation spécifique – plus la décision dépend de comment les personnes touchées l'évaluent et la jugent. Nous allons illustrer ce type de décision, dépendante du contexte et teintée de subjectivisme, sur la base de certaines *caractéristiques des métiers du sauvetage*.

Le rôle du système

Les décisions se prennent dans un système régi par des règles et des objectifs fixés à l'avance. Pour les décisions à prendre au sein des services de sauvetage, nous pouvons partir du principe que l'objectif doit à chaque fois être la santé et le bien-être des patients et patientes, comme pour n'importe quel métier touchant au social et à la santé. Le principe éthique «faire le bien» le souligne également, tout comme d'autres principes éthiques par rapport auxquels les «bénéfices» d'une décision peuvent être jaugés, comme par exemple l'absence de dégâts, l'autonomie ou l'équité. Dans le sauvetage, nous prenons toujours en compte ces principes lors de nos décisions – quand bien même on ne le remarque souvent pas (par exemple: Do not attempt resuscitation, les dispositions du patient, etc.).

Le système fixe en général les conditions cadres qui sont plus ou moins influençables. Les ressources financières, personnelles ou techniques en font partie, tout comme les conditions légales ou régulatrices de l'entreprise telles que la réglementation des compétences, les consignes, etc., les qualifications, ou encore les directives comme les POP ou les algorithmes. Ces derniers fixent les structures de décisions de manière relativement précise par l'intermédiaire d'une définition préalable. Plus les situations dans lesquelles se prennent une décision sont standardisées par ces instruments, plus il est possible de décider de manière automatique et plus les déci-

sions elles-mêmes sont prises de manière homogène – aussi longtemps que le processus défini s'adapte à la situation concrète.

Beaucoup de facteurs participent à la décision

La personnalité du décideur influence la décision de manière capitale. Parmi les *facteurs personnels de décision*, on trouve essentiellement les qualifications et l'expérience. En ce qui concerne les qualifications, il faut surtout savoir quelle est l'ampleur des compétences méthodiques et professionnelles. Au sujet de l'expérience, ce sont avant tout l'expérience professionnelle et de vie, avec la dimension de compétence sociale et personnelle, qui influencent la capacité de décision d'une personne. Plus un décideur a vécu de situations semblables, par exemple pour un cas d'urgence spécifique, plus il peut utiliser ces expériences pour comparer une situation, et plus il sait quels concepts ont fait leurs preuves ou non. En guise d'illustration: Meyer *et al.* (8) ont expliqué que, lorsque se pose la question d'une réanimation, les urgentistes ont tendance à réanimer moins longtemps plus ils sont âgés (expérience de vie), plus ils sont dans le métier depuis longtemps (expérience professionnelle) et plus ils sont qualifiés.

Il est aussi démontré que les décisions sont influencées par l'état de santé actuel de la personne, ou plus exactement par son humeur, ainsi que par sa condition physique (9). La fatigue, le stress au sein du couple, les soucis financiers ou la maladie ne sont que quelques-uns des facteurs d'influence qui agissent souvent de manière inconsciente.

On voit donc clairement que les décisions sont et ne peuvent souvent être que limitées sur le plan rationnel. Par ailleurs, les décisions sont prises par des personnes qui ont un parcours de vie propre, qui appartiennent à certains groupes sociaux et qui ont d'autre part leurs propres règles de décision. Ainsi, une décision peut se différencier au travers du fait qu'elle est prise par un médecin urgentiste ou un ambulancier, c'est à dire par l'appartenance professionnelle et parfois peut-être même par le sexe ou l'âge.

Il faut mentionner ici aussi les dispositions et positions personnelles comme fondements de la décision. Dans son excellent article «La conception de l'homme comme arrière-plan des décisions médicales d'urgence» dont nous recommandons fortement la lecture, Salomon (9) explique que chaque rapport interpersonnel est déterminé par l'image que les partenaires de l'interaction ont l'un de l'autre. Ainsi, l'image que l'on a de l'autre influence la décision. Salomon (9) décrit comme un phénomène connu que, lors de blessures similaires, les prises en charge diffèrent et dépendent de savoir si le patient a chuté dans les escaliers à jeu dans l'après-midi ou alors ivre durant la nuit, si ce traumatisme a été subi par un enfant ou un retraité, ou encore si le patient est l'auteur ou la victime d'un acte criminel.

Des situations différentes et sous la pression du temps

D'autres caractéristiques des décisions précliniques sont les *situations changeantes* et le *temps limité*. Ce qui est par exemple significatif est de savoir si une situation est dynamique ou statique, ou alors quel niveau d'urgence on lui attribue. En particulier l'acquisition des informations nécessaires dans des situations d'urgence préclinique s'avère souvent uniquement possible de manière très limitée. Le preneur de décision ne dispose pas de toutes les informations essentielles au moment même où il lui faut prendre une décision. Un exemple typique est le patient inconscient, sans proches, pour lequel il n'est pas possible d'effectuer une anamnèse directe ou par un intermédiaire.

A l'opposé de ces déficits d'information on est parfois confronté à un surplus d'informations: les situations dans lesquelles il paraît pratiquement impossible de filtrer les informations significatives pour la prise de décision parmi une multitude d'informations et de sensations. C'est le cas par exemple lors d'une intervention confuse à l'occasion d'un accident de la route avec plusieurs véhicules et blessés, le tout sous la pluie. De telles influences situationnelles sont problématiques et rendent les décisions rationnelles et bien informées quasiment impossibles.



Risques et conséquences d'une décision

Au sens propre, les décisions visent à obtenir quelque chose. Elles entraînent donc des *conséquences*. La plupart des décisions visent normalement à atteindre un objectif auquel on aspire. Comme dans l'exemple ci-dessus, on se décide normalement pour l'alternative dont on espère le meilleur effet. Les conséquences typiques des décisions sont ainsi: la réduction des options, la mise à disposition de ressources ainsi que le déclenchement d'une action. La nature même de la chose inclut également le risque de pouvoir produire l'effet contraire, c'est-à-dire déclencher un effet qui n'était pas souhaité. Un tel tournant ne doit pas être ignoré lors d'une décision.

«Quel risque encourt-on que ceci ou cela se produise lorsque l'on accomplit telle ou telle action?» Lors de l'évaluation du risque, on devrait garder à l'esprit que l'envergure des dégâts est en principe indépendante de la probabilité qu'ils surviennent, de sorte qu'il faut aussi considérer un déroulement négatif. Afin d'être également compétent à prendre une décision dans cette perspective, il faut aussi maîtriser le développement lorsqu'il s'avère négatif. C'est pourquoi il faut aussi envisager si oui ou non la décision est réversible sans entraîner de dommage supplémentaire. En plus, il faut évaluer le risque aussi bien dans la perspective du patient (état de santé) que dans celle subjective de l'ambulancier (sécurité ou risque personnel), ce qui peut souvent provoquer des conflits éthiques.

Le décideur doit porter la responsabilité

Une conséquence importante ancrée automatiquement dans la décision est la prise de *responsabilité*. «La responsabilité est toujours concrète» a écrit le philosophe *Karl Jaspers* (7), «elle a un nom, un nom de rue et un numéro.» Cela veut bien dire que la responsabilité est quelque chose qui touche tout le monde et que l'on ne peut pas abandonner si facilement.

On évoque souvent le terme de responsabilité quand quelque chose est allé de travers. On cherche ensuite les res-

ponsables – que cela soit conciliable ou non avec notre conscience du moment concernant notre rapport à la faute – afin qu'ils rendent des comptes. Et cela parce qu'ils ont fait quelque chose de «faux» ou pris une mauvaise décision. C'est ainsi qu'à l'origine, la responsabilité signifiait rendre des comptes devant le juge.

Le fait que la responsabilité ne soit pas attribuée clairement dans le cadre des directives de compétence, et ne puisse ainsi pas être assumée, est une particularité délicate des services de sauvetage. En vertu des limitations de compétence, il manque en effet la liberté d'opter soi-même pour la décision et la prise en charge. Un tel cas peut se produire lorsqu'un décideur au sein d'une équipe de sauvetage est capable et autorisé à prendre la bonne décision, mais qu'en l'absence de la compétence il ne peut pas la mettre en pratique – ou alors dans le cas où le décideur serait compétent, mais n'aurait pas l'autorisation formelle. La liberté de décision est la condition pour rendre une personne responsable de ses actes sans restriction.

Pouvoir assumer la responsabilité dépend de la possibilité de décider de manière responsable. Prendre des décisions et en assumer la responsabilité sont ainsi deux choses totalement liées entre-elles.

La décision pour soi et le patient

Dans les services de sauvetage, les décisions qu'on prend ont une particularité très significative: celle qui veut que nous ne décidions en général pas dans notre propre intérêt, mais en tant que *représentant de notre patient*. En ce qui concerne les conséquences, cela signifie que le patient peut autant profiter d'une

bonne décision que subir les conséquences d'une mauvaise décision. Cela est d'autant plus important que la personne qui se trouve dans une situation d'urgence n'est généralement pas en mesure de prendre des décisions convenables relatives à sa propre prise en charge, car il lui manque soit la connaissance des faits, soit l'information nécessaire, et/ou il n'est pas en mesure de faire un examen objectif en raison des douleurs, du stress etc. Dans ces circonstances, le meilleur moyen de prendre la bonne décision est lorsque le respect de la volonté du patient est ancré dans l'attitude fondamentale du décideur.

«Comment le souhaiteriez-vous, si...?» c'est en passant devant cette citation de Guido A. Zäch, gravée dans la pierre, que toute personne entre dans le Centre *suisse pour paraplégiques* à Nottwil. «Comment le souhaiteriez-vous, si...?» exprime le fait que nous décidons sur le moment dans le sens de la personne touchée. Car en tant que représentant, nous décidons pour les autres, donc nous devons reconnaître leur autonomie à déterminer eux-mêmes leur sort.

Helge Regener est cheffe de l'Institut suisse de médecine d'urgence (Sirmed) à Nottwil. Ines Trede travaille dans la section recherche et développement à l'Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle à Zollikofen.

