

Thema 5

Aus Fehlern lernen, um Schäden zu verhindern



WHO Mustercurriculum Patientensicherheit – Multiprofessionelle Ausgabe. Deutschsprachige Edition.
Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hg.), 2018.

Lernziele

Die Lernenden sollen ein Verständnis für die Natur von Fehlern entwickeln und erkennen, wie Gesundheitsdienstleister aus Fehlern lernen können, um die Patientensicherheit zu verbessern.

Anforderungen im Wissensbereich

Die Lernenden können folgende Begriffe erklären:

- Fehler
- Verstoß
- Beinahe-Fehler / Beinahe-Schaden
- Rückschaufehler

Anforderungen im Handlungsbereich

Die Lernenden

- kennen Wege, um aus Fehlern zu lernen;
- können sich an der Analyse von unerwünschten Ereignissen beteiligen;
- wenden Strategien an, die Fehler zu vermeiden helfen.

Fehler

- **eine schlichte Definition:**

„Wenn jemand das Falsche tut, während er meint, das Richtige zu tun.“

Bill Runciman

- **eine formalere Definition:**

„Geplante Sequenzen geistiger und physischer Aktivitäten, die ihr geplantes Ergebnis verfehlen, sofern dieses Scheitern nicht der Intervention einer ‚Veränderungsagentur‘ zugeschrieben werden kann.“

James Reason

Notiz: Verstoß

Ein Verstoß ist eine absichtliche Abweichung von einem vereinbarten Protokoll oder von einem Versorgungsstandard.

Fehler und Ergebnisse

- Fehler und Ergebnisse sind nicht zwingend miteinander verbunden:
 - Es kann zu einem Schaden bei einem Patienten durch eine Komplikation in der Versorgung kommen, ohne dass ein Fehler gemacht wurde.
 - In vielen Fällen führen Fehler nicht zu negativen Ergebnissen bei den Patienten, solange sie rechtzeitig entdeckt werden, um möglicherweise auftretende Schäden abzuwenden.

Humanfaktoren erinnern uns daran, dass ...

- Fehler ein unvermeidlicher Nachteil für den Besitz eines Gehirns sind
- das Machen von Fehlern zur menschlichen Natur gehören.

Menschen machen Fehler

Menschen machen Fehler – unabhängig von ihrer Erfahrung, Intelligenz, Motivation und Aufmerksamkeit

Aufgabe:

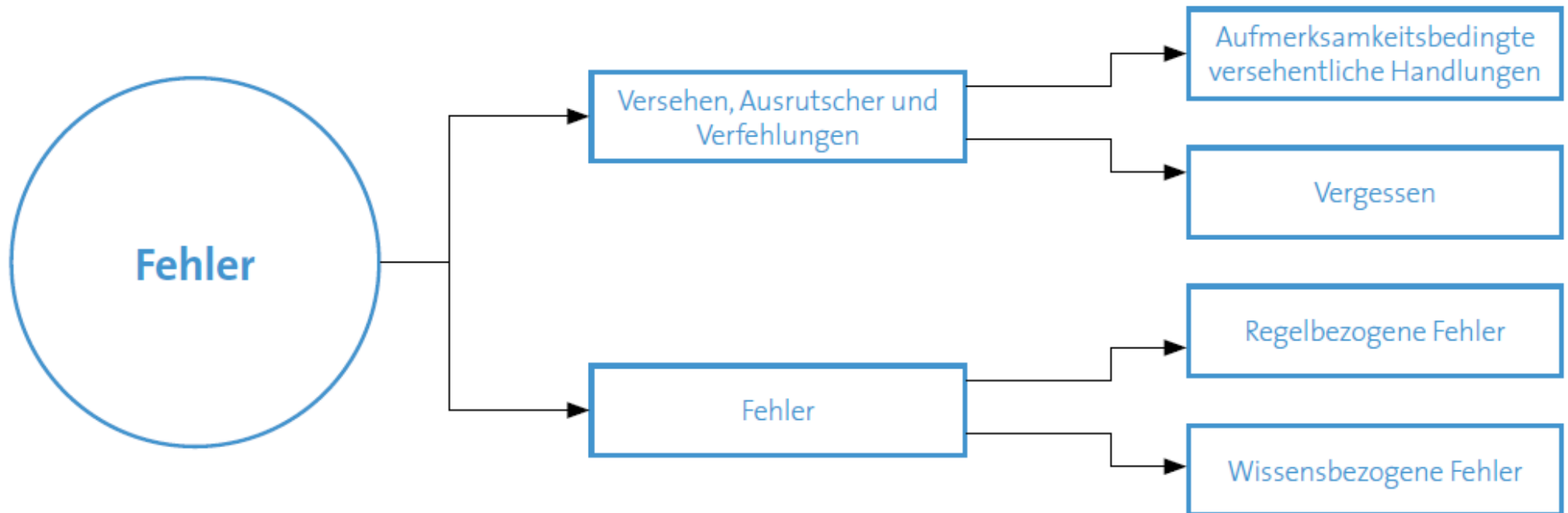
Überlegen Sie zuerst und diskutieren Sie anschließend mit ihren Kollegen jegliche „dumme“ Fehler, die Sie kürzlich gemacht haben – jenseits ihres Arbeits- oder Studienortes.

Finden Sie Begründungen für diese Fehler.

Der Kontext der Gesundheitsversorgung ist problematisch

- Wenn Fehler am Arbeitsplatz auftreten kann dies vor allem für die Patienten ein Problem darstellen ...
... eine relativ einzigartige Situation im Gesundheitswesen
- In jeder anderen Hinsicht gibt es keine Einzigartigkeit von Fehlern im Gesundheitswesen ...
... diese unterscheiden sich nicht von den Problemen mit Humanfaktoren in anderen Branchen.

Wesentliche Arten von Fehlern



Quelle: J. Reason

Situationen, die mit einem erhöhten Risiko für Fehler in Verbindung gebracht werden

- geringe Erfahrung*
- Zeitmangel
- unzureichende Aufsicht / Kontrolle
- mangelhafte Verfahren
- unangemessene Informationen

** besonders in Verbindung mit unzureichender Aufsicht / Kontrolle*

Individuelle Faktoren, die für Fehler prädisponieren

- begrenzte Merkfähigkeit
- weitere Einschränkungen durch:
 - Müdigkeit
 - Stress
 - Hunger
 - Krankheit
 - Sprache oder kulturelle Faktoren
 - riskante Verhaltensweisen

Nicht vergessen ...

Wenn Sie

- **h**ungry (hungrig)
 - **a**ngry (verärgert)
 - **l**ate (zu spät)
- oder
- **t**ired (müde) sind:

H

A

L

T

Eine weitere Gedächtnisstütze: „IM SAFE“-Checkliste

- **I** **I**llness (Krankheit)
- **M** **M**edication (Medikamente; verschreibungspflichtige und andere)

- **S** **S**tress (Stress)
- **A** **A**lcohol (Alkohol)
- **F** **F**atigue (Müdigkeit)
- **E** **E**motion (Emotionen)

„Am I safe to work today?“

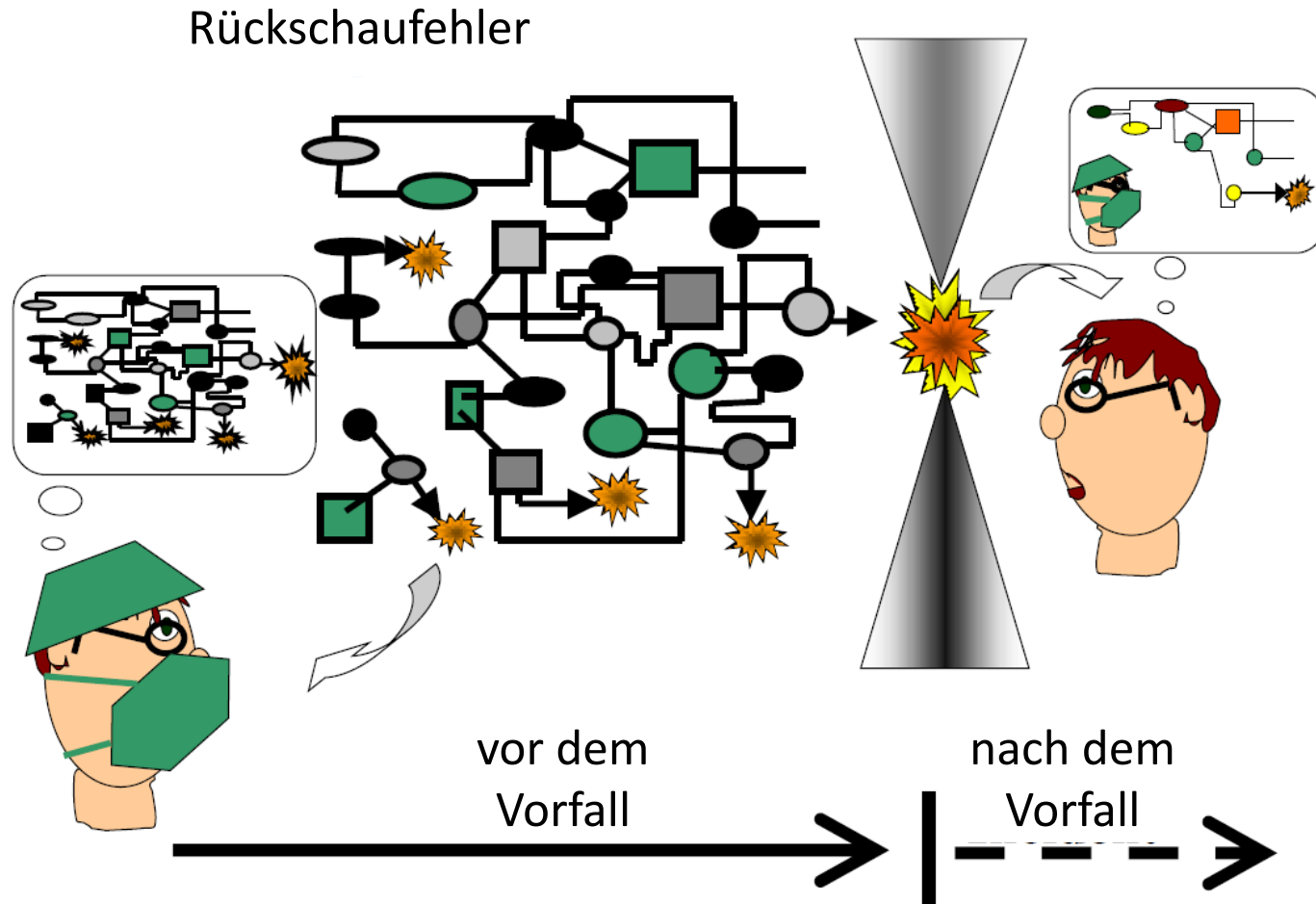
Meldung von Zwischenfällen

- Informationen über sämtliche Ereignisse, die jemanden in der Organisation geschädigt haben könnten oder geschädigt haben, werden gesammelt und analysiert
- ein wesentlicher Bestandteil der Fähigkeit einer Organisation, aus Fehlern zu lernen

Fehlerfallen beseitigen

- eine Hauptaufgabe von Kontroll- und Meldesystemen ist es, wiederkehrende Problem-bereiche zu identifizieren – *bekannt als Fehlerfallen (J. Reason)*
- eine der Hauptfunktion des Fehlermanagements ist es, Fehlerfallen zu identifizieren und sie zu entfernen

Rückschaufehler



Modified from R. Cook, 2005, A Brief Look at the New Look in Complex System Failure, Error, Safety and Resilience

Kultur: eine Arbeitsdefinition

„gemeinsame Werte (was wichtig ist) und Vorstellungen (wie etwas funktioniert), die mit einer Organisationsstruktur interagieren und Kontrollmechanismen für das Einhalten von Verhaltensnormen beinhalten (wie wir Dinge hier machen)“

James Reason

Kultur am Arbeitsplatz

- es ist nicht einfach als angehender Berufsangehöriger im Gesundheitswesen etwas zu verändern
- *aber ...*
 - ... Sie können aufmerksam bleiben, um Verbesserungspotenzial für das „System“ zu erkennen
 - ... Sie können zu einer solchen Kultur an Ihrem Arbeitsplatz beitragen

Strategien zum Berichten

Erfolgreiche Strategien zum Berichten von Zwischenfällen beinhalten:

- anonyme Meldemöglichkeiten
- rechtzeitiges Feedback
- offene Anerkennung von Erfolgen durch das Melden von Zwischenfällen
- Meldung von Beinahe-Zwischenfällen
- wahrnehmbares Lernen aus den Berichten

(Fehler-)Ursachenanalyse (Root Cause Analysis, RCA)

- ein strukturierter Ansatz zur Zwischenfallanalyse
- etabliert durch das National Center for Patient Safety des US Department of Veterans Affairs

RCA-Modell (1)

Ein klar strukturierter Ansatz mit folgenden zu beantwortenden Fragen:

- Was ist passiert?
- Wann ist es passiert?
- Wo ist es passiert?
- Wie schwer war der tatsächliche oder potenzielle Schaden?
- Wie wahrscheinlich ist eine Wiederholung?
- Was waren die Konsequenzen?

RCA-Modell (2)

- konzentriert sich auf die Vermeidung von Fehlern, nicht auf Schuldzuweisung oder Bestrafung
- der Fokus dieses Analysesystems liegt auf systembezogenen Schwachstellen und nicht auf der individuellen Leistungsfähigkeit
- das System untersucht verschiedene Faktoren, z.B.:
 - Kommunikation
 - Ausbildung
 - Müdigkeit
 - Umgebung, Ausstattung
 - Regeln, Richtlinien
 - Barrieren

Persönliche Strategien zur Fehlerreduktion

- auf sich selbst achten (gut essen, gut schlafen, auf sich achtgeben)
- die Umgebung kennen
- die eigene(n) Aufgabe(n) kennen
- vorbereiten und planen (was wäre, wenn...)
- Kontrollen in die eigenen Routinen einbauen
- ***Fragen stellen, wenn man etwas nicht weiß!***

Mentale Bereitschaft

- Gehen Sie davon aus, dass Fehler auftreten können und auftreten werden.
- Identifizieren Sie Hochrisikosituationen für Fehler.
- Spielen Sie mögliche Eventualitäten durch, um mit möglichen Problemen, Unterbrechungen und Ablenkungen umgehen zu können.
- Wiederholen Sie in Gedanken komplexe Prozeduren.

James Reason

Zusammenfassung

- Fehler in der Gesundheitsversorgung sind ein komplexes Thema, aber Fehler an sich sind ein unvermeidlicher Teil des Menschseins
- Lernen aus Fehlern ist produktiver, wenn es auf organisatorischer Ebene stattfindet
- Ursachenanalysen (RCA) stellen einen strukturierten, systembezogenen Ansatz für die Analyse von Zwischenfällen dar