

## Thema

### Aus Fehlern lernen

#### Zusammenfassung

Medizinische Fehler/Behandlungsfehler sind ein komplexes Thema, aber Fehler an sich sind ein unvermeidlicher Teil des Menschseins (siehe dazu auch das Handout „Warum die Anwendung von Humanfaktoren für die Patientensicherheit wichtig ist“).



Das Lernen aus Fehlern kann sowohl auf individueller als auch auf organisatorischer Ebene eintreten, sofern Zwischenfälle sorgsam beobachtet und analysiert werden. Eine Barriere für das Lernen aus Fehlern bildet dagegen eine Kultur der Schuldzuweisung mit dem personenbezogenen Untersuchungsansatz. Ein systembezogener Ansatz ist notwendig, um Organisationslernen und die Möglichkeit für Systemveränderungen zu forcieren. Ursachenanalysen (RCA) stellen einen strukturierten, systembezogenen Ansatz für die Analyse von Zwischenfällen dar. Grundsätzlich werden sie bei Ereignissen eingesetzt, bei denen Patienten schwerste Schäden erlitten haben.

### **Fehler und Ergebnisse sind nicht zwingend miteinander verbunden**

Patienten können negative Ergebnisse ihrer Versorgung erhalten, ohne dass ein menschlicher Fehler vorliegt. Einige Behandlungen gehen mit bekannten Komplikationen einher. In anderen Fällen mögen mehrere Fehler vielleicht nicht zu negativen Ergebnissen führen, so lange sie rechtzeitig entdeckt und die richtigen Schritte eingeleitet werden, um möglicherweise auftretende Schäden abzuwenden. Es besteht jedoch kein Zweifel daran, dass die Natur des Ergebnisses normalerweise unsere Wahrnehmung des Fehlers beeinflusst. Dies geschieht häufig aufgrund des Phänomens „Rückschauenfehler“, bei dem das Wissen um das Resultat einer Situation unsere Wahrnehmung von Versorgungsstandards vor und während eines Ereignisses (normalerweise unvorteilhaft) beeinflusst.

**Was ist ein Fehler?** „Wenn jemand versucht, das Richtige zu tun, tatsächlich aber das Falsche tut“ (B. Runciman). In anderen Worten: Es gibt eine nicht beabsichtigte Abweichung von dem, was intendiert war. James Reason definierte diese Tatsache des Lebens als „geplante Sequenzen mentaler oder physischer Aktivitäten, die ihr geplantes Resultat verfehlen, sofern dieses Scheitern nicht der Intervention einer „Veränderungsagentur“ zugeschrieben werden kann“.

**Zu widerhandlung:** Eine absichtliche Abweichung von einem vereinbarten Protokoll oder einem Versorgungsstandard.

### **Prinzipien der Humanfaktoren**

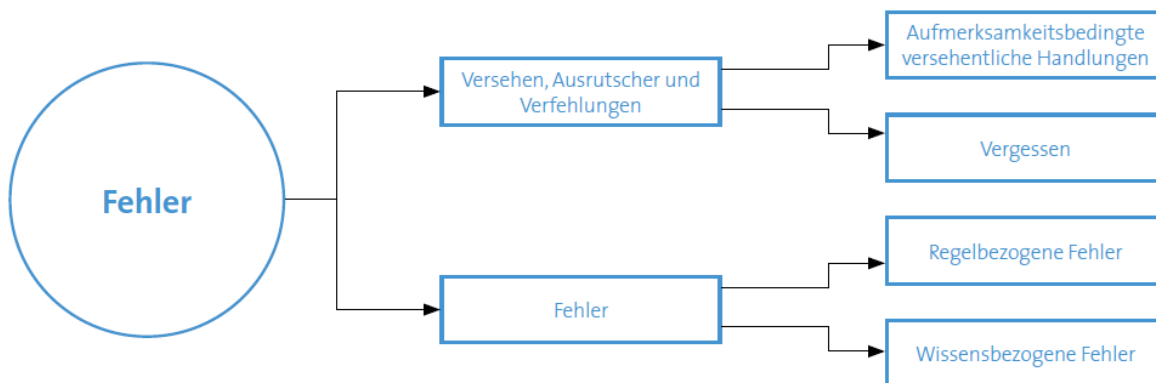
- Die Herausforderung für direkte Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung besteht darin, dass dieselben mentalen Prozesse, die uns außerhalb des Arbeitsplatzes „dumme Fehler“ machen lassen, auch während der Arbeit wirksam sind.
- Fehler sind die Kehrseite davon, dass wir ein Gehirn haben. Eine Definition von "menschlichem Fehler" ist "menschliche Natur" (siehe auch Handout „Warum die Anwendung von Humanfaktoren für die Patientensicherheit wichtig ist“).

- Die Muster von Fehlern, die in diesen Settings entstehen, unterscheiden sich jedoch nicht von den Problemen und Situationen in anderen Umgebungen. Anders an der Gesundheitsversorgung ist, dass Komponenten einer Kultur der Annahme von Unfehlbarkeit fortbestehen, die das Auftreten von Fehlern leugnen.
- Eine andere Besonderheit von Fehlern im Kontext des Gesundheitswesens besteht darin, dass unter auftretenden Fehlern (Tätigkeiten oder Unterlassungen) vor allem die Patienten zu leiden haben.

## Zwei Typen von Fehlern

Es gibt zwei Haupttypen von Fehlern, die zu Problemen führen:

- **Maßnahmen verlaufen nicht wie geplant:** ein sogenannter Ausführungsfehler. Er kann als Versehen bezeichnet werden, wenn die Maßnahme untersucht werden kann oder als Verfehlung, wenn dies nicht der Fall ist. Ein Beispiel für ein Versehen ist es, den falschen Knopf an einem Gerät zu drücken. Ein Beispiel für eine Verfehlung ist eine Gedächtnisstörung, z. B. vergessen zu haben, ein Medikament zu verabreichen.
- **Die geplante Maßnahme war falsch:** Die Folgen einer falsch geplanten Maßnahme werden "**Fehler**" genannt. Ein Fehler ist somit ein Planungsversagen. Dies kann entweder regelbezogen erfolgen, wenn die falsche Regel angewendet wird, oder wissensbezogen, wenn ein Kliniker nicht die richtige Maßnahme ergreift. Ein Beispiel für einen regelbezogenen Fehler wäre es, die falsche Diagnose zu stellen und einen unpassenden Behandlungsplan umzusetzen. Wissensbezogene Fehler treten oftmals auf, wenn sich Gesundheitsdienstleister mit unvertrauten klinischen Situationen konfrontiert sehen.



## Situationen mit erhöhtem Fehlerrisiko

- **Mangel an Erfahrung**

Es ist sehr wichtig, dass Lernende nicht zum ersten Mal Eingriffe oder Behandlungen an einem Patienten vornehmen, ohne gut darauf vorbereitet zu sein und von einem erfahrenen Mitarbeiter dabei angeleitet zu werden.

- **Zeitdruck**

Zeitdruck verleitet Angehörige der Gesundheitsprofessionen dazu, Abkürzungen zu nehmen, wo sie dies nicht tun sollten. Sich die Hände nicht gründlich zu waschen, ist ein Beispiel dafür, oder ein Apotheker, der sich nicht die Zeit nimmt, einen Patienten bei Erhalt der Medikamente zu beraten.

- **Notfallteams**

Notfallteams werden für bestimmte krisenhafte Ereignisse oder Notfälle gebildet (z. B. Herzstillstandteams, Katastrophenhilfeteams, Notfall-Geburtshilfe-Teams, Krisenreaktionsteams). Die Mitglieder eines Notfallteams werden aus verschiedenen Kernteams rekrutiert.

- **Mangelhafte Kontrollen**

Das schlichte Kontrollieren kann tausende Patienten davor bewahren, falsche Medikamente zu erhalten. Apotheker prüfen Medikamente routinemäßig und unterstützen die anderen Mitglieder des Gesundheitsteams dabei, zu gewährleisten, dass jeder Patient die richtige Dosierung des richtigen Medikamentes in der richtigen Applikationsform erhält.

- **Unzureichende Prozesse**

Dies umfasst unzureichende Vorbereitung, Unterbesetzung und/oder mangelhafte Aufmerksamkeit für den jeweiligen Patienten. Angehörige der Gesundheitsprofessionen können angewiesen werden, ein Gerät zu nutzen, von dem sie nicht genau verstehen, wie es funktioniert und wie sie es anwenden sollen. Eine andere Person dabei zu beobachten und den Prozess danach mit dieser Person durchzusprechen, ist sehr lehrreich.

- **Unzureichende Information**

Eine auf Kontinuität angelegte und hochwertige Gesundheitsversorgung und Behandlung erfordert, dass jeder direkte Leistungserbringer detaillierte Angaben zu den Patienten korrekt, zeitnah und lesbar in die Patientenakte einträgt (medizinische Aufzeichnungen, Medikamententabelle oder andere Methoden, um Patienteninformationen aufzubewahren). Es ist von zentraler Bedeutung, dass Angehörige der Gesundheitsprofessionen die aufgezeichneten Informationen gewohnheitsmäßig prüfen, um sicherzustellen, dass die von ihnen geschriebenen Informationen lesbar, akkurat und aktuell sind. Fehlinformationen, falsche und unzureichende Informationen sind häufig Faktoren, die zu unerwünschten Ereignissen führen.

### **Individuelle Faktoren die Angehörige der Gesundheitsprofessionen für Fehler anfällig machen**

- **Begrenzte Gedächtnisleistung**

- Die Fülle an Informationen, mit denen viele Leistungserbringer heutzutage konfrontiert sind, ist viel zu groß, um sie sich zu merken.
- Das menschliche Gehirn kann sich nur an eine begrenzte Menge an Informationen erinnern.
- Angehörige der Gesundheitsprofessionen sollten sich daher nicht auf ihr Gedächtnis verlassen, vor allem nicht, wenn mehrere Schritte absolviert werden müssen.
- Richtlinien und Protokolle wurden entwickelt, um die Gesundheitsprofessionen dabei zu unterstützen, ihre Patienten gemäß den besten verfügbaren Fakten zu versorgen.
- Zu lernen, um Hilfe zu bitten, ist eine wesentliche Fertigkeit aller Angehörigen der Gesundheitsprofessionen. Forscher haben gezeigt, dass viele Medizin- und Pflegestudierende in ihren ersten Jahren Defizite hinsichtlich grundlegender klinischer Fertigkeiten aufweisen. Dies mag daran liegen, dass sie in ihrer Zeit als Lernende zu zögerlich und zurückhaltend waren, um Hilfe zu bitten.

- **Müdigkeit**

- Die Gedächtnisleistung wird durch Müdigkeit beeinträchtigt. Müdigkeit ist ein bekannter Einflussfaktor bei Fehlern, bei denen Gesundheitsdienstleister involviert sind.
- Weil die Probleme, die von Müdigkeit verursacht werden, erkannt worden sind, wurden oder werden die überhöhten Arbeitszeiten von Ärzten in vielen Ländern reformiert.
- Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Schlafentzug aufgrund langer Schichten und medizinischen Fehlern. In einer Studie wurde herausgefunden, dass Assistenzärzte deutlich mehr Fehler machten, wenn sie häufig Schichten von 24 Stunden und mehr arbeiteten, als wenn sie kürzere Schichtzeiten hatten.
- Andere Studien zeigen, dass Schlafentzug ähnliche Symptome wie eine Alkoholintoxikation verursachen kann.

- **Stress, Hunger und Krankheit**

- Wenn Gesundheitsdienstleister sich gestresst, hungrig oder krank fühlen, werden sie nicht so „funktionieren“ als wenn sie keines dieser Probleme hätten. Es ist von größter Bedeutung, dass sie ihren eigenen Status und ihr Wohlbefinden kontrollieren. Sie sollten sich im Klaren darüber sein, dass sie wahrscheinlich mehr Fehler machen, wenn sie krank oder gestresst sind. Burnout bei jungen Pflegenden hat zu Fehlern geführt und dazu, dass sie den Beruf wieder verlassen. Stress und Burnout sind miteinander verbunden.
- Es gibt viele Gedächtnisstützen, die Gesundheitsdienstleistern dabei helfen, sich selbst zu kontrollieren. Zwei Beispiele sind „HALT“ und „IM SAFE“.

**HALT:** (**H**ungry) hungrig, (**A**ngry) verärgert, (**L**ate) zu spät oder (**T**ired) müde sein

**IM SAFE:** (**I**llness) Krankheit, (**M**edication) Medikamente, (**S**tress), (**A**lcohol) Alkohol, (**F**atigue) Müdigkeit, (**E**motion) Emotionen

- **Sprache**

Kommunikationsfehler, die aus der Sprache und kulturellen Faktoren resultieren sind in vielen Interaktionen zwischen Patienten und ihren direkten Leistungserbringern relevant, bei denen kein Übersetzer oder eine gemeinsame Sprache zur Verfügung stehen.

- **Gefährliche Einstellungen**

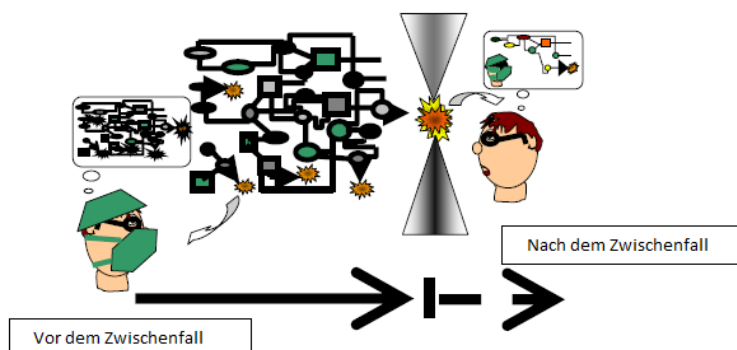
Neue Gesundheitsdienstleister, die Behandlungen oder Eingriffe bei Patienten ohne Supervision vornehmen oder keine Händehygiene praktizieren, legen eine gefährliche Einstellung an den Tag.

## Wege, um aus Fehlern zu lernen

### 1) Meldung von Zwischenfällen

Die Etablierung eines Kontroll- und Meldesystems für Zwischenfälle schließt ein, dass Informationen über sämtliche Ereignisse, die einen Patienten in einer klinischen Umgebung geschädigt haben könnten oder geschädigt haben, gesammelt und analysiert werden. Ein Meldesystem für Zwischenfälle ist ein entscheidender Faktor für die Fähigkeit einer Organisation, aus Fehlern zu lernen. Die durch diese Prozesse gezogenen Lehren ermöglichen es der Organisation „Fehlerfallen“ zu identifizieren und zu eliminieren.

- Zwischenfälle werden traditionell zu selten dokumentiert, oftmals weil der personenbezogene Ansatz bei der Zwischenfallanalyse im Gesundheitswesen immer noch weit verbreitet ist. Dabei werden Pflegende, Apotheker, Ärzte, Zahnärzte und Hebammen – oft diejenigen, die den Zwischenfall melden – für ihren Part beim Zustandekommen des Zwischenfalls kritisiert.
- Die Situation wird häufig noch durch das Phänomen des Rückschaufehlers verschärft.



## Organisationskultur

- Die Frequenz der Meldungen und die Art und Weise, in der Zwischenfälle analysiert werden – ob also ein system- oder ein personenbezogener Ansatz gewählt wird – hängt stark von der Leitung und der Kultur einer Organisation ab.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Organisationskultur einer Gesundheitseinrichtung und der Sicherheit der Patienten, die in dieser Einrichtung behandelt werden.
- Organisationen mit einer starken Meldekultur sind gut aufgestellt, um aus Fehlern zu lernen. Die Mitarbeiter fühlen sich frei, tatsächliche oder potenzielle Probleme zu melden, ohne Sorge zu haben, lächerlich gemacht oder bestraft zu werden.

**Organisationskultur:** Gemeinsame Werte (was wichtig ist) und Überzeugungen (wie Dinge funktionieren), die mit der Organisationsstruktur und ihren Kontrollsystemen interagieren, um Verhaltensnormen (wie die Dinge hier gehandhabt werden) zu prägen. (*James Reason*)

## Strategien zur Meldung von Zwischenfällen

- Anonyme Meldemöglichkeiten (Nutzung von anonymen elektronischen Systemen)
- Rechtzeitiges Feedback durch die Führungskräfte, indem Schritte zur Prävention des Fehlers eingeleitet werden
- Offene Anerkennung von Erfolgen durch das Melden von Zwischenfällen und Beinaheschäden
- **Anonymes Melden von Beinaheschäden:** (a) es kann gewissermaßen „ohne Aufwand“ daraus gelernt werden; (b) Systemverbesserungen können infolge einer Untersuchung umgesetzt werden, ohne dass einem Patienten ein Schaden dadurch entstanden ist.

## 2) Ursachenanalyse (RCA) (siehe separates Handout 10A „Ursachenanalyse“)

Medizinische Fehler/Behandlungsfehler sind ein komplexes Thema, aber Fehler an sich sind ein unvermeidlicher Teil des Menschseins.

- Tipps zur Reduktion von Fehlern: Vermeiden Sie es, sich auf Ihr Gedächtnis zu verlassen; Vereinfachen Sie Prozesse; Standardisieren Sie geläufige Prozesse und Prozeduren; Nutzen Sie routinemäßig Checklisten; Reduzieren Sie das sich Verlassen auf Wachsamkeit.

Das Lernen aus Fehlern kann sowohl auf individueller als auch auf organisatorischer Ebene eintreten, sofern Zwischenfälle sorgsam beobachtet und analysiert werden. Eine Barriere für das Lernen aus Fehlern bildet dagegen eine Kultur der Schuldzuweisung.

- Ein systembezogener Ansatz ist notwendig, um Organisationslernen zu ermöglichen.
- Ursachenanalysen (RCA) stellen einen strukturierten, systembezogenen Ansatz für die Analyse von Zwischenfällen dar. Grundsätzlich werden sie bei Ereignissen eingesetzt, bei denen Patienten schwerste Schäden erlitten haben.