

Wartmann, R¹

Aus Fehlern Lernen – von der Schuld- zur Fehlerkultur, oder Lernen aus Fehlern!

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen tun ihr Bestes, um die ihnen anvertrauten Patienten optimal zu versorgen. Trotzdem können Fehler auftreten. Wenn solche ungewollte Ereignisse passieren, kann das Patienten und das Team gleichermaßen belasten.

Damit Fehler sich nicht wiederholen, ist es notwendig eine offene und transparente Fehler- und Sicherheitskultur zu leben. Eine Kultur, die hinschaut, statt einen Schuldigen zu suchen. Eine Kultur, die es ermöglicht, offen mit Fehlern umzugehen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Es ist irrelevant, wem der Fehler unterlaufen ist. Die entscheidende Frage lautet: Welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass eine Störung im System oder ein negatives Ereignis auftreten konnte? Der Schritt von einer Schuld- zur Fehlerkultur soll dazu beitragen, aus negativen Ereignissen zu lernen.

Menschliches Versagen ist nicht die Ursache

Wenn in einer Institution kein offener und konstruktiver Umgang mit Fehlern gepflegt wird, fällt es sehr schwer, einen Fehler einzugestehen. «Warten bis Gras darüber gewachsen ist», scheint dann oft die einzige «vernünftige Perspektive» zu sein. Anzuraten ist sie nicht. Gerade bei den verantwortungsvollen Personen kann diese Denkweise ausgeprägte emotionale Reaktionen auslösen, Frustration und Wut gegenüber sich selbst, Selbstzweifel an der beruflichen Eignung bis hin zu Isolation und Einsamkeit, dem Gefühl bei der Verarbeitung eines Fehlers alleine gelassen zu werden. Auch die Angst vor Bestrafung ist kein guter Ratgeber. Damit wird das Lernen aus Fehlern stark behindert.

Aus Untersuchungen im Luftverkehr weiss man: Menschliches Versagen ist nicht die Ursache von Fehlern. Vielmehr sind es all die Umstände, die die Urteilsfähigkeit des Piloten beeinträchtigt haben. Mit anderen Worten: menschliches Versagen ist das Ergebnis, nicht die Ursache.

Der Brite James Reason hat diese Art der Fehler-Weiterleitung sehr anschaulich in seinem Schweizer-Käse-Modell beschrieben. Innerhalb eines Prozesses gibt es verschiedene Sicherheitsbarrieren, die dazu beitragen, dass keine unerwünschten Ereignisse eintreten. In der Realität haben aber auch die eingebauten Sicherheitsbarrieren Lücken, vergleichbar mit den Löchern einer

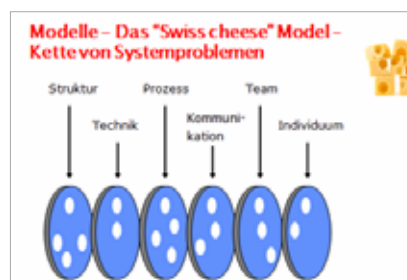


Abbildung 1.

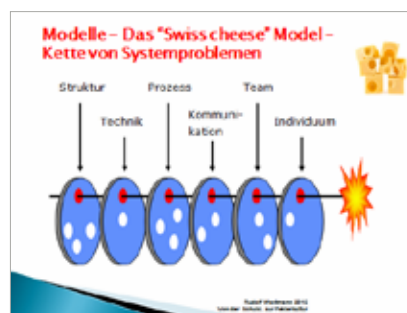


Abbildung 2.

Käsescheibe, und können somit versagen. Kommt es zu der unglücklichen Situation, dass ein Fehler alle Barrieren passiert, kann das unerwünschte Ereignis eintreten.

Fehleranalyse

Eine Fehleranalyse kann dazu beitragen, dass sich ein Fehler nicht wiederholt. So kann das ganze Team aus Fehlern lernen.

- War es ein leichter, mittlerer oder schwerer Fehler?
- Wo genau hat der Fehler begonnen?
- Was wurde unternommen, um den Fehler zu mildern bzw. zu vermeiden?
- Ist der Fehler schon mal aufgetreten, und wenn ja, bei wem?

- Ist der gleiche Fehler schon mehreren Mitarbeitern passiert?
- Ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass auch anderen der gleiche Fehler passiert?
- Passiert der Fehler öfters und wenn ja, warum?
- Besteht die Gefahr, dass dem Mitarbeiter der gleiche Fehler nochmals geschieht?
- Wie kann vermieden werden, dass der Fehler in Zukunft nochmals eintritt?
- Kann gegebenenfalls eine Kontrollstelle zwischengeschaltet werden? Wenn ja: Wer könnte das sein?
- Waren Systemfaktoren für den Fehler ausschlaggebend?
- Können diese Faktoren komplett ausgeschaltet werden und wenn ja, wie?

Ein wichtiges Ziel: Lernen aus Fehlern!

- Jeder möchte möglichst fehlerfrei arbeiten
- Überall wo gearbeitet wird, gibt es Zwischenfälle
- Unbeabsichtigte Ereignisse als solche erkennen und eingestehen
- Erneute, bzw. gleichartige Ereignisse möglichst vermeiden
- Wunsch, dass anderen ähnliche Zwischenfälle erspart bleiben

Grundsätze

- Eigentlich ist es irrelevant, wem ein Fehler unterlaufen ist. Die entscheidende Frage lautet: Welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass eine Störung im System auftreten konnte?
- Verbesserungen müssen auf Pro-

¹ Rudolf Wartmann, Berater im Gesundheitswesen, Wettingen

zesse fokussieren! Es gibt unabdingbare Voraussetzungen um eine Fehlerkultur zu fördern; es sind dies:

- Absolute Vertraulichkeit
- Melden muss freiwillig sein
- Sanktionen müssen ausgeschlossen sein
- Der «Chef» die «Chefin» gehen mit gutem Beispiel voran / Fehlerkultur vorleben
- Die Meldenden müssen ein Feedback erhalten
- Verbesserungen sollten wenn möglich getroffen werden
- ...

Risikomanagement oder Fehlervermeidung

Das Management von Risiken im Gesundheitswesen wird eine zunehmende Bedeutung erfahren. Risikomanagement im Gesundheitswesen ist mittlerweile zu einem elementaren Bestandteil der Fehlerreduzierung und -vermeidung geworden. Die aus der Expertenmeinung der Literatur abgeleitete These besagt, dass umfassendes und nachhaltiges Risikomanagement die Schadenshöhe/-häufigkeit beeinflusst. Die Vermeidung von Fehlern beinhaltet die Vermeidung von Schäden und deren Folgen. Das sind zum Beispiel Kosten durch Mehr- oder Nacharbeit. Es können aber auch erhebliche Kosten im Rahmen einer falschen Diagnostik, Therapie und Medikation sein, wenn ein Fehler im Labor entsteht.

CIRS-Labor (Critical Incidents Reporting System)

Das Berichts- und Lernsystem «CIRS» leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit. Bei den Ärzten in Praxen und Spitäler ist CIRS bereits einige Jahre etabliert und hat sich bewährt. Dieses System mit eigenen Erfahrungen von unerwünschten Ereignissen im Praxisalltag und dem Austausch mit Kollegen und Kolleginnen fördert das Lernen und die Qualität. Nicht nur die betroffene Arztpraxis oder das Spital soll dabei aus diesen Ereignissen lernen, sondern auch andere Institutionen – damit diese im Idealfall von vornherein vermieden werden können. Mit CIRS-Laborspezifisch als Hilfsmittel lassen sich sowohl das Fehlermanagement optimieren als auch Prozesse verbessern und somit letztlich auch Fehler vermeiden.

Korrespondenz
ruediwartmann@bluewin.ch

Referenzen

1. Aus Fehlern lernen; J. Borgwart, K. Kolpatzik; Springer Verlag 2010
2. Lernen aus Fehlern; E.M. Schüttelkopf; Verlag Haufe; 2019
3. Lob des Irrtums; J. Schaefer; C. Bertelsmann Verlag; 2014
4. patientensicherheit.ch (diverse Schriftenreihe);
5. cirnet.ch
6. Risikomanagement: Ein bedeutender Teil des Qualitätsmanagements in der Arztpraxis; R. Wartmann praxis arena 1/2020
7. Pipette Nr.6/2006; Ruth Urbinelli, Zentrum für Labormedizin Kantonsspital Aarau AG

Apprendre de ses erreurs – de la culture de la faute à la culture de l'erreur, ou comment apprendre de ses erreurs!

L'objectif principal doit être de créer une «culture de l'erreur ou culture de la sécurité». Il faut accepter que tout le monde commette des erreurs, à tout moment, et pour pouvoir en tirer les leçons, il est nécessaire de les reconnaître, d'en parler et de les analyser. Il est important d'éviter autant que possible de porter des accusations contre ceux qui décident d'en parler ouvertement. La culture de l'erreur comprend également la création d'une culture du risque, qui implique donc d'avoir conscience du risque. Ce processus ne peut être lancé que si la communauté est prête à reconnaître les risques, à les signaler et à les éliminer. Cette ouverture nécessite un processus intensif de réflexion et d'apprentissage qui doit être favorisé par l'entreprise.

Anzeige

SERVICE CENTER ALLER MARKEN

- Reparatur- und Kalibrationsprogramm für Pipetten und Dispenser aller Marken
- Kompetente Beratung & Express-Service in 48h
- ISO 8655 Referenz-Kontrollmessungen
- ISO 17025 akkreditiertes Kontrolllabor



SOCOREX
SWISS

Socorex Isba SA
CH-1024 Ecublens • Tel. +41 (0)21 651 6000
socorex@socorex.com • www.socorex.com

