

An Fehlern ist selten eine Einzelperson schuld - sie sind meist eine Folge von Abläufen : weg von der Schuldfrage, hin zum gemeinsamen Lernen

Autor(en): **Blum, Ruth**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Curaviva : Fachzeitschrift**

Band (Jahr): **85 (2014)**

Heft 3: **Ärztliche Versorgung : welches ist das beste System für die
Pflegeheime?**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-804029>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

An Fehlern ist selten eine Einzelperson schuld – sie sind meist eine Folge von Abläufen

Weg von der Schuldfrage, hin zum gemeinsamen Lernen

Pflegebetriebe müssen Fehler zum verbindlichen Thema machen. Nur so können sie eine Kultur entwickeln, die fatale Fehler künftig zu vermeiden. Manuela Füglistner von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz rät sogar zu einem Kurs in Risiko-Analyse.

Von Ruth Blum

«Heute zweifelt niemand mehr daran, dass in komplexen Systemen Fehler passieren», sagt Manuela Füglistner, Kursleiterin der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz. «Sie kommen einfach vor. Man macht sie selber, oder man beobachtet sie.»

Sie empfiehlt den Pflegeheimen dringend, aus Fehlern zu lernen, damit sie eine Wiederholung vermeiden und mögliche Folgeschäden reduzieren können. Das heisst aber auch: Fehler müssen erkannt, dokumentiert und analysiert werden. Danach müssen Massnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. Zu Fehlern in der medizinischen Versorgung zählen zum Beispiel das Verabreichen falscher Medi-

kamente zur falschen Zeit und falsche Dosierungen, fehlender Nachschub wichtiger Arzneien, zu wenig Sorgfalt im Umgang mit Hochrisikomedikamenten, fehlerhafte Messungen, verzögertes Erkennen von Krankheitsbildern, mangelnde Händedesinfektion und harzige Informationsweitergabe.

Fehler zuerst einmal erkennen

Das bedeutet im Alltag: Die Mitarbeitenden sollen schwierige Situationen selbst erkennen können. Sie sollen einander aber auch gegenseitig darauf aufmerksam machen. So oder so müssen die Fehler analysiert und als Chance genutzt werden, um

das System zu verbessern und sicherer zu machen. «Es lohnt sich, ins Risikomanagement zu investieren», sagt Füglistner. Auch wenn sie die gängigen Argumente aus der Heimpraxis bestens kenne: So lange nichts passiert, koste es auch nichts. «Wenn wir aber dank einem funktionierenden Risikomanagement Fehler und Schäden verhindern können, profitieren alle Beteiligten mehrfach.»

Risiken frühzeitig erkennen

Die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz nimmt sich des Themas «Aus Fehlern lernen» intensiv an. ERA steht für «Error & Risk Analysis», also systemische Analyse von Behandlungszwischenfällen. In den ERA-Kursen (drei Tage, Kosten 1700 Franken) wird anhand eines realen Falls eruiert, welche

Faktoren zum Fehlverhalten beigetragen haben. Man sucht gemeinsam nach individuellen Einflussfaktoren, aber auch nach dem Einfluss struktureller Faktoren wie Arbeit und Umfeld, Team, Aufgaben, Prozess und Patienten. Nicht zuletzt wird auch der Einfluss des Managements unter die Lupe genommen. Für Manuela Füglistner ist es keine Frage: «Die Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen

lernen so, mit Fehlern bewusst umzugehen und Risiken frühzeitig zu erkennen.» Das Instrument greift allerdings nicht kurzfristig und ist auch kein passendes Tool für Kriseninterventionen. Es dient vielmehr dazu, dass Betriebe ihre Organisation und Kultur entwickeln können. «So kann das Fehlerisiko im ganzen System mittel- und langfristig minimiert werden.»

Viele Faktoren tragen zu Fehlern bei

Das in der ERA-Analyse eingesetzte «London-Protokoll» wurde – wie der Name sagt – in England entwickelt. Die Stiftung für Pa-

>>

Als Erstes müssen Mitarbeitende einen Fehler erkennen. Dann kann man ihn als Chance nützen.



Eine gute Fehleranalyse ist wichtig: Medizinische Fehler sollen nicht Sanktionen nach sich ziehen, sondern allen Beteiligten helfen, die Abläufe sicherer zu gestalten.

tientensicherheit Schweiz hat das Protokoll in Zusammenarbeit mit den Autoren Sally Taylor-Adams und Charles Vincent ins Deutsche übersetzt und gleichzeitig an die spezifischen Bedürfnisse und Verhältnisse des Schweizer Gesundheitssystems angepasst. Mit diesem Protokoll werden die direkt Beteiligten befragt, und so hilft es, systematisch mögliche Einflussfaktoren

zu finden. Ziel ist es, Fehler nicht umgehend als individuelle Unaufmerksamkeit abzutun und den Fehlbaren nicht per se die Schuld in die Schuhe zu schieben. Vielmehr sollen die Fehler einzelner Personen oder Teams als wichtiger Ausgangspunkt für eine umfassende Betriebsanalyse genutzt werden. Manuela Füglistler empfiehlt deshalb allen Mitarbeiterinnen und Mitar-

«Wir wollen uns verbessern, dank Fehleranalyse gelingt das.»

Die Pflegi Muri hat 221 Betten und beschäftigt 320 Mitarbeitende. Seit April 2013 werden Ereignismeldungen von allen Mitarbeitenden via Intranet entgegengenommen. Anschliessend werden gemäss Londonprotokoll in Interviews die Faktoren erfragt, welche die Fehler begünstigt hatten. «Erfreulicherweise wurden bis anhin bloss zehn Prozent der Meldungen anonym eingereicht», sagt Regula Benz, Leiterin Qualität und Bildung. Das zeige, dass die Mitarbeitenden sehr offen seien und sich wünschten, den Vorfall genauer anzusehen.

Mit der neu installierten und formatierten digitalen Ereignismeldung und Fehleranalyse sei ein wichtiger Prozess in Gang gekommen. «Die Meldungen enthalten ein grosses Lernpotenzial für den ganzen Betrieb. Wir wollen uns gemeinsam verbessern – so kann es gelingen», bilanziert Benz. Die Fehleranalyse sei eine patente Möglichkeit, den bewussten Umgang mit Fehlverhalten zu fördern.

Ein Dreierteam bearbeitet die eingegangenen Meldungen. Das interdisziplinär besetzte Trio entscheidet dann, ob die Mel-

dung als Beschwerde weiterbehandelt werden soll, ob das Ereignis gemäss Londonprotokoll analysiert werden muss oder ob es als Anfrage an die betroffenen Bereiche weitergeleitet wird. Das Team antwortet dem Absender direkt.

Für Regula Benz hat sich in der Alltagspraxis gezeigt: Die systemische Fehleranalyse dient dazu, das Bewusstsein auf Dinge zu lenken, die Mitarbeitende als wichtig einstufen. Im Laufe des Jahres werde das neue Führungsinstrument evaluiert und auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Das frühere allgemeine Meldesystem mit internen Fehlermeldungen sei unbefriedigend gewesen: 2012 trafen zwar neun Fehlermeldungen ein.

Jene Themen, die nachweislich unter den Nägeln brannten, wurden jedoch nicht gemeldet. Anders im Jahr 2013: Es wurden 32 Ereignismeldungen abgegeben. Darin wurden die dringlichsten Themen verhandelt. «Das ist wichtig und gut so», sagt Regula Benz. «Die konkreten Inhalte aber behandeln wir innerhalb des Betriebs vertraulich.»

beitern in den Heimen, einen konstruktiven Umgang mit Fehlern zu suchen: Weg von der Schuldfrage, hin zum gemeinsamen Lernen aus Fehlern. Das hilft, die Sicherheit im System zu verbessern. Es gehe nicht darum, sich selbst oder Kolleginnen und Kollegen an den Pranger zu stellen: «Es ist elementar, dass wir aus unseren Fehlern gemeinsam die richtigen Schlüsse ziehen.» Für den systematischen und konstruktiven Umgang mit Fehlern sei die Fehlermeldung der erste wichtige Schritt.

Fehlermeldesysteme als Chance

Unabhängig von der ERA-Methode der Fehleranalyse hat sich in Schweizer Gesundheitseinrichtungen in den letzten Jahren ein Fehlermeldesystem etabliert, das die Möglichkeit bietet, Fehler anonym zu melden. Anonym, um die Angst der Mitarbeitenden vor Sanktionen zu umgehen. Manuela Füglistler sagt dazu: «Pflegeheime sind komplexe Systeme. Hier arbeiten so viele Leute miteinander und verschiedene Personen beschäftigen sich mit denselben Bewohnern. Hier passieren Fehler.» Bei einem Ereignis sei es daher wichtig, professionell zu reagieren, damit möglichst wenig Schaden aus dem Ereignis entsteht. Die Analyse der Fehlermeldung wiederum sei ein nachgelagerter Prozess. «Hier wird ein Fehler eingegeben, und es wird nachträglich überprüft, ob das ganze System daraus etwas lernen kann.» In die gleiche Richtung zielt das

**Professionell
reagieren, damit
möglichst
wenig Schaden
entsteht.**

Analyseinstrument «Aus kritischen Ereignissen lernen», welches das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit in Bassersdorf ZH anwendet. Dort werden nach einem Zwischenfall jeweils folgende Standardfragen analysiert: Was ist passiert? Warum ist es passiert? Was können wir tun, um das Risiko einer Wiederholung des Ereignisses durch andere Mitarbeitende zu vermindern? Wie können wir überprüfen, ob das Risiko einer Wiederholung reduziert wurde? Mit wem teilen wir unsere Lernerfahrung?

Oft laufen ganze Prozesse fehlerhaft ab

Für Franziska Zúñiga vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel ereignen sich Fehler und kritische Ereignisse in Pflege und Betreuung eher selten durch individuelle Nachlässigkeit: «Sie haben ihren Ursprung mehrheitlich im Kontext fehlerhafter Systeme und Prozesse.» Der Handlungsbedarf ergebe sich für Pflegebetriebe nach dieser Sichtung von selbst. Zumal Menschen im Alter von unerwünschten Ereignissen häufiger und heftiger betroffen seien: «Sie erhalten im Gesundheitswesen einerseits mehr Behandlungen und Medikamente verabreicht als andere Klienten», erklärt Zúñiga. «Andererseits verfügen alte Menschen über weniger physiologische Reserven, um sich von den Folgen allfälliger Fehler zu erholen.» ●

Anzeige



SWING-Stationär optimiert die Geschäftsabläufe sowie den Pflegeprozess und erleichtert so die Arbeit von Alters- und Pflegeheimen. Wann wechseln Sie auf die Software-Lösung von SWING?

SWING
Software für Menschen

JETZT VORMERKEN: Informationsveranstaltung am 1. Juli 2014 für Alters- und Pflegeheime

Mehr Zeit für das Wesentliche

SWING Informatik AG · Allee 1B · 6210 Sursee · Tel. 041 267 30 00 · willkommen@swing.info www.swing-informatik.ch