

ERA – Error & Risk Analysis

Systemische Fehleranalyse ist Teil der Risikostrategie

Paula Bezzola^a,
Marc-Anton Hochreutener^b

a MPH, stv. Geschäftsführerin,
Stiftung für Patientensicherheit

b Dr. med., Geschäftsführer,
Stiftung für Patientensicherheit

Einleitung

Risikoreiche Organisationen zeichnen sich dadurch aus, dass Fehler fatale Konsequenzen haben können. Entsprechend brauchen Sie eine Strategie zur Fehlerprävention. Gesundheitsorganisationen sind Risikoorganisationen. Fester Bestandteil einer Risikopräventionsstrategie sind regelmässige, umfassende und systemische Analysen von Zwischenfällen, die über die vordergründigen Fehlerursachen und Schuldfragen hinausgehen. Die Stiftung für Patientensicherheit setzt sich für diesen Ansatz ein. Sie wendet in eigenen Analysen ein bewährtes Verfahren zur Fehleranalyse an und bietet entsprechende Kurse in allen Landesteilen. Die systemische Methode fördert das Verständnis für das Entstehen von Fehlern und ermöglicht den Institutionen, Massnahmen zu treffen, die die Sicherheit der Patienten verbessern. Die Erfahrungen zeigen, dass die Methode wirksam und gut lernbar ist.

Von der individuellen Betrachtung zum systemischen Ansatz

Es ist heute unbestritten, dass Spitäler und andere Institutionen im Gesundheitswesen nicht nur heilungsfördernde Organisationen sind, sondern dass ihre hochkomplexen Dienstleistungen, Prozesse und Strukturen auch Risiken bergen. Wie anderen Risikobranchen (Fliegerei, Energie, Verkehr, Chemie usw.) vor Jahren stellt sich Spitälern zunehmend die Frage, wie sie die immanenten Risiken, die durch das Tätigwerden an sich entstehen, besser beherrschen können.

Regelmässige systemische Analysen von Zwischenfällen, die über die auf den ersten Blick ersichtlichen Fehlerursachen und Schuldfragen hinausgehen, gehören zu jeder seriösen Risikostrategie. Gemeint sind Zwischenfälle, bei denen vermeidbare Vorkommnisse den Gesundheitszustand des Patienten direkt, indirekt oder potentiell beeinträchtigen.

Entscheidend bei der systemischen Fehleranalyse ist, dass nicht nur offensichtliche, sondern vor allem die latenten Fehlerursachen eruiert werden. Häufig sind der offensichtliche Fehler und die vordergründigen Ursachen nur die Spitze des Eisbergs. Ähnlich dem Dominoeffekt werden fehlerhafte Handlungen oft weit vor

dem eigentlichen Ereignis determiniert. Faktoren im System und in der Organisation können Fehler begünstigen bzw. Voraussetzungen für Zwischenfälle schaffen. Die systemische Analyse ermöglicht, Erkenntnisse über das ganze System (Spital/Abteilung) zu gewinnen [1].

L'analyse d'erreur systémique fait partie de la stratégie des risques

Les établissements dans lesquels les risques sont élevés et les erreurs susceptibles de porter lourdement à conséquence doivent impérativement se doter d'une stratégie solide visant à prévenir les incidents. Celle-ci comportera notamment une analyse globale, réfléchie et systématique des événements survenus qui va au-delà de la simple recherche des fautes et de l'attribution de responsabilités. Nous parlons d'incident dès lors que les limites de la sécurité ont été dépassées et que la santé du patient a été ou aurait pu être touchée de façon directe ou indirecte.

La méthode de S. Adams et C. Vincent (London Protocol) se distingue par le fait qu'elle n'analyse pas uniquement les erreurs manifestes, mais également celles qui sont latentes et ne sont pas visibles de prime abord. Certains facteurs inhérents au système et à l'organisation peuvent favoriser les erreurs et contribuer à provoquer un incident. L'analyse doit permettre de les repérer et d'agir ainsi sur l'ensemble de l'établissement (hôpital/division).

La Fondation pour la sécurité des patients a fait dans des analyses pilotes et dans ses cours des expériences encourageantes. Elle organise différents cours sur l'analyse systémique des incidents. Le cours en français est organisé en collaboration avec les Hôpitaux Universitaires de Genève. Un cours en italien est en cours de planification.

1 Taylor-Adams S, Vincent C. System analysis of clinical incidents: the London Protocol. Clin Risk. 2004;10:211-20.

Korrespondenz:
Paula Bezzola, MPH
Stiftung für Patientensicherheit
Asylstrasse 41
CH-8032 Zürich
Tel. 043 243 76 52
Fax 043 243 76 71
bezzola@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch

Der Ansatz des London Protocol [1] basiert auf dem gestuften organisationalen Unfallmodell von James Reason. Laut diesem Modell (Abb. 1) pflanzen sich auf der Managementebene getroffene Entscheidungen in die Abteilungen bis zum Arbeitsplatz fort, wo sie Aufgaben- und Umgebungsbedingungen (fehlerbegünstigende Faktoren) schaffen können, die unsichere Handlungen (fehlerhafte Vorgänge) verschiedener Art begünstigen. Im besten Fall können letzte Abwehrmechanismen und Sicherheitsbarrieren einen fehlerhaften Vorgang noch auffangen, so dass es nicht zu einem Zwischenfall kommen muss. Reissen diese «letzten Stricke», kommt es zum Zwischenfall. Fehlerprävention bedeutet nach diesem Modell, dass primär die fehlerbegünstigenden Faktoren eliminiert werden, d.h., dass potentiellen fehlerhaften Vorgängen durch Elimination ihrer organisationalen Grundlagen der Boden entzogen wird.

Ziel der Analyse

Die systemische Analyse auf Basis des London Protocol ist ein strukturiertes Verfahren mit bewährten Instrumenten. Die Aufklärung der fehlerbegünstigenden Faktoren zeigt die Hintergründe, warum Fehler passieren, und ermöglicht die Ableitung von Präventionsmassnahmen, die das System gegen Fehler schützen. Sicherheitslücken werden aufgedeckt und somit behebbare Massnahmen werden in einem Umsetzungsplan

festgehalten. Eine Evaluation kontrolliert zu einem späteren Zeitpunkt, ob die Massnahmen die fehlerbegünstigenden Faktoren ausschalten konnten. Die Evaluation gehört zu einem vollständigen Umsetzungsplan.

Erkenntnisse aus der Praxis

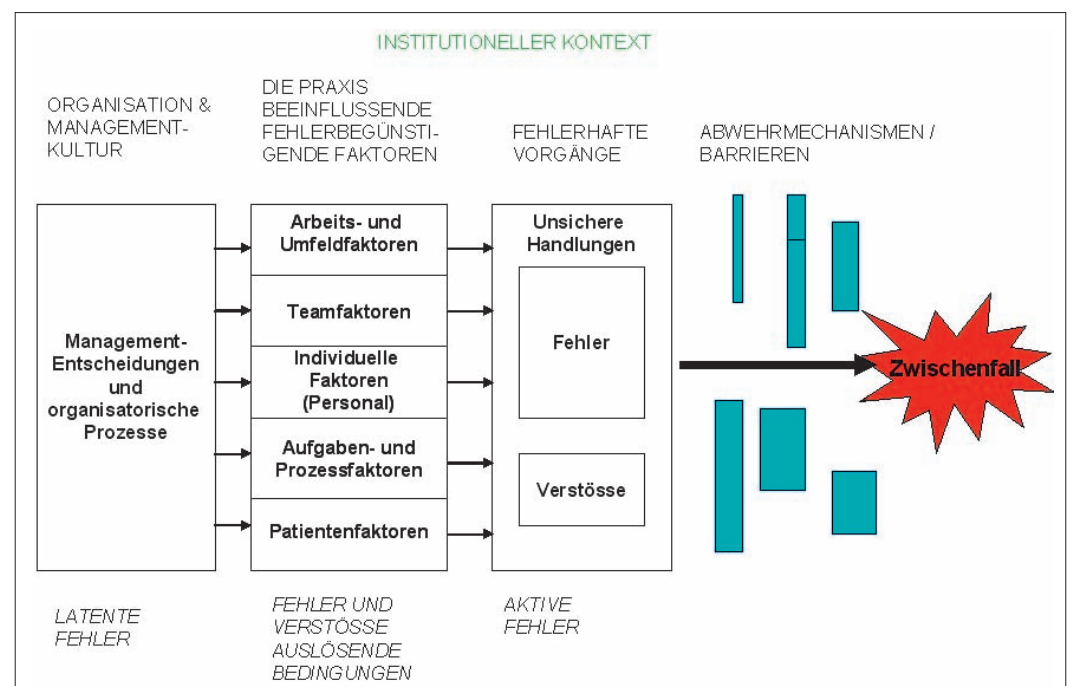
Wir haben in den letzten Jahren mit diesem Modell in eigenen Analyseprojekten mit Spitälern und in von uns organisierten Schulungen folgende Erfahrungen gemacht.

Das Modell mit seiner Trennung der Ebenen Zwischenfall – fehlerhafte Vorgänge – fehlerbegünstigende Faktoren ist plausibel und praxistauglich. Es lenkt den Blick weg von der lerntheoretisch völlig unproduktiven Schuldfrage. Der Fokus auf die Rahmenbedingungen, die Fehler ermöglichen, ist die wesentliche Voraussetzung, um überhaupt auf Verbesserungsmaßnahmen zu kommen, die sich auf Strukturen, Prozesse und Systembedingungen beziehen. Werden die fehlerbegünstigenden Faktoren konsequent identifiziert, ergeben sich systemische Verbesserungsmaßnahmen fast von selbst.

Die Methode öffnet den Blick. Sie deckt Ursachenmuster und Verbesserungsmöglichkeiten auf, die bei oberflächlicher Betrachtung meist überhaupt nicht erkannt werden. Damit hilft sie, Probleme an tiefgehenden Wurzeln anzupacken – und damit nachhaltigere Verbesserungen zu erzielen.

Abbildung 1

Adaptiertes Modell der organisationalen Unfallentstehung (James Reason) (aus [1] Übersetzung Stiftung für Patientensicherheit).



Der konzeptionelle Ansatz entspricht nicht unbedingt der üblichen Sozialisation und Arbeitsweise im klinischen Alltag, in dem oft rasches Entscheiden gefragt ist. Die Methodik muss also aktiv angeeignet und trainiert werden. Sie ist aber gut vermittelbar und lernbar.

Im Grundsatz besteht oft die Bereitschaft, Zwischenfälle zu analysieren. Wenn es dann aber konkret werden soll, können sich doch Hindernisse aufürmen: Ängste von Mitarbeitenden, fehlende Ressourcen, fehlendes Verständnis für die Notwendigkeit, zögerliche Führung. Deshalb sind für den Analyseerfolg die Einbindung der Führungsebene, eine sorgfältige Planung und die Erklärung der Ziele, der Methodik und des zu erwartenden Lerngewinns für die Organisation und die Mitarbeiter entscheidend. Die Basis dafür können Schulungen bieten.

Sobald das Modell und das Analyseverfahren erklärt und verstanden sind, werden die Mitarbeitenden in der Regel offen und zeigen sich interessiert, sich aktiv am Analyseprozess zu beteiligen. Gerade Personen, die an Zwischenfällen beteiligt waren, erleben es – nach gelegentlich anfänglichen Hemmungen – als enorm entlastend, wenn sie im Analyseprozess mitmachen können. Sie sind meist die, die am meisten über den Zwischenfall wissen und sich aus Betroffenheit kreative Gedanken über Ursachen und Verbesserungen machen. Indem sie ihr Wissen beisteuern, können sie das Geschehene analytisch verarbeiten und mithelfen, dass daraus Gutes erwächst.

Im Analyseprozess kommen verschiedene Techniken und Instrumente zur Anwendung (z. B. strukturierte Interviews oder Fischgrätediaagramm). Zentral sind eine angepasste Auswahl der Instrumente und die stets saubere Trennung der verschiedenen Ebenen des Fehlermodells.

Eine Person sollte die Prozessverantwortung für die Analyse innehaben und sie moderativ leiten und organisieren. Diese Person sollte in der Analysetechnik geschult sein.

Wahrnehmung ändert sich

Die wichtigste Erkenntnis unserer bisherigen Arbeit ist: Die Analyse eines Zwischenfalls lohnt sich erstens unmittelbar im Sinne der Fehlerprävention. Zweitens – und das ist mindestens so wichtig – erzeugt sie Expertise bei allen Beteiligten, und es kann sogar Spass machen! Jede Analyse hat also nicht nur einen problembezogenen Lerneffekt, sondern auch einen Sensibilisierungs- und Multiplikatoreffekt. Damit trägt sie zur Entwicklung der Sicherheitskultur bei, indem in den Köpfen Verständnis für Risiken, methodisches Wissen und Achtsamkeit wachsen. Die Bereitschaft, aus Fehlern und Zwischenfällen zu lernen, steigt. Ein Arzt sagte nach einer im Rahmen unseres Kurses durchgeführten Analyse: «Die Technik und die Resultate der Analyse will ich unbedingt meinen Kollegen vermitteln!» – gelebte Sicherheitskultur also!

Kurse «Error & Risk Analysis» (ERA)

Die Stiftung für Patientensicherheit vermittelt in ERA-Kursen theoretische, methodische und instrumentelle Kenntnisse zur systemischen Fehleranalyse auf Basis des London Protocol. Die Teilnehmenden werden in Theorie und Praxis befähigt, eigene Zwischenfallanalysen durchzuführen und die Methodik in ihrem klinischen Risikomanagement zu verankern. Der Kurs besteht aus zwei Blöcken. Jeder Teilnehmende führt im Rahmen des Kurses eine Analyse anhand eines realen Falles im eigenen Betrieb durch.

Die deutschsprachigen Kurse führt die Stiftung in Eigenregie. Die französischsprachigen Kurse werden in Kooperation mit den Universitätsspitalern Genf durchgeführt. Italienische Kurse sind ab 2009 in Kooperation mit dem Tessin geplant. Die Stiftung für Patientensicherheit führt auf Anfrage auch betriebsinterne Kurse durch. Der Kurs ist «FMH-approved» (24 credits).

ERA-Kurse in deutsch

- ERA-Kurs D2: 29./30. April und Follow-up 22. Aug. 2008
- ERA-Kurs D3: 5./6. Juni und Follow-up 24. Okt. 2008
- ERA-Kurs D4: 30./31. Okt. 2008 und Follow-up 30. Jan. 2009

Cours ERA en français

- Cours ERA F1: 17 et 18 avril et 13 juin 2008 (complet)
- Cours ERA F2: 2 et 3 octobre et 11 décembre

Anmeldung / Inscription: www.patientensicherheit.ch