

Just Culture Quiz

Was kann eine Just Culture zu CIRS beitragen?

CIRNET-Tagung
Zürich, 14.11. 2024

Andrea Leibold, MSc Angewandte Psychologie
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Agenda

1. Was bedeutet Just Culture und welchen Nutzen hat sie?
2. Warum hat es eine Just Culture nicht einfach?
3. Wie kann man eine Just Culture unterstützen?



Was ist Just Culture?

Organisationskultur – Sicherheitskultur – Just Culture

In einer Just Culture besteht eine **Atmosphäre des Vertrauens**, in der die Mitarbeitenden **über sicherheitsrelevante Fehler und Bedenken sprechen, ohne Angst** vor Strafe oder Tadel haben zu müssen.

Gemeinsame Werte, Überzeugungen und Einstellungen in Bezug auf die Sicherheit sollen davor schützen, Menschen Vorwürfe zu machen und zu bestrafen, wenn es zu **unbeabsichtigten Fehlern** kommt. Vielmehr werden diese Fehler analysiert und aus ihnen **gelernt**, damit daraus abgeleitete *Systemanpassungen* dazu beitragen, dass künftig ähnliche Fehler nicht mehr vorkommen.

Die **Verantwortung** der Mitarbeitenden besteht darin, sich für die Patientensicherheit einzusetzen, auf Probleme hinzuweisen und in einem Ereignisfall offen Auskunft zu geben und an der Aufarbeitung aktiv mitzuwirken.

Just Culture kann die Meldung von Fehlern in einem CIRS und das Lernen daraus unterstützen

Just Culture und CIRIS



Beispiele

«Ein todkranker Patient kam in die Notaufnahme mit der Verdachtsdiagnose Harnverhalt. Der Patient trat mit einer Spritzenpumpe mit Morphin und Metoclopramid ein. Der behandelnde Arzt stoppte diese Infusion und liess den Patienten ohne jegliche Schmerzmittel oder Antiemetika. Infolgedessen hatte der Patient starke Schmerzen und erhielt während des Aufenthalts von mehreren Stunden in der Notaufnahme nur eine geringe Menge oraler Analgetika. **DAS IST VÖLLIG INAKZEPTABEL.** *Medikationsfehler/kritischer Zwischenfall. Völlig unzureichende Kenntnisse des Arztes. Unzureichende Beurteilung und mangelndes Wissen seitens des Arztes und Versäumnis, dem Patienten zuzuhören, da er in Frage stellte, warum die Spritzenpumpe weggenommen wurde.»*

«Die Patientin wird von ihrer Mutter mit Symptomen eines Diabetes mellitus zum Hausarzt gebracht. Die Bluttests zeigten einen erhöhten Blutzucker. Die Patientin bekam ein orales Antidiabetikum verordnet. Sie nahm nur eine Dosis ein und wurde dann mit verschwommenem Sehen ins Krankenhaus eingeliefert. *Die Patientin wurde vom Hausarzt unangemessen behandelt und nicht rechtzeitig überwiesen.»*

«Einem Patienten wurden die Medikamente des Nachbarn gegeben. Die Vitalparameter des Patienten wurden daraufhin engmaschig überwacht und der Arzt informiert. Der Patient wurde von ihm über den Fehler aufgeklärt. *Beim Verteilen von Medikamenten sollte man besser aufpassen und sich konzentrieren.»*

Ansätze in CIRS-Auswertungen (Fehleranalyse)

	Personenbezogener Ansatz	Systembezogener Ansatz
Frage	Wer hat den Fehler gemacht?	Wie und warum wurde der Fehler gemacht (beitragende Faktoren)?
Annahmen: Fehler/unsichere Handlungen werden verursacht durch...	Individuelle Faktoren wie  Nachlässigkeit, Leichtsinn, Unaufmerksamkeit, Fahrlässigkeit, mangelnde Motivation,...	Folgen der System- und  Aufgabengestaltung und der organisatorischen Prozesse und Verfahren
Massnahmen	Änderung des menschlichen Verhaltens, z.B. : <ul style="list-style-type: none"> – Ermahnungen («man muss besser aufpassen, genauer hinschauen, etc.») – Sensibilisierung – strengere Regeln/Richtlinien – Schulungen – Versetzung/Kündigung 	Systemänderungen, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> – einheitliche Prozesse – Prozessvereinfachungen – bauliche Massnahmen – Kontrollen & Sperren – Standardisierung – Führungsentwicklung

Quizfrage 1

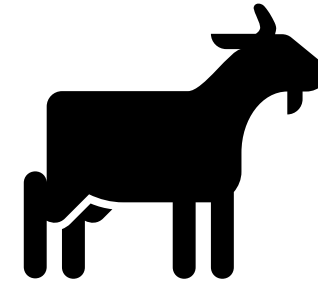
Herr Meier, der zur Neueinstellung eines Diabetes mellitus im Spital ist, kollabiert aus ungeklärten Gründen auf dem Gang und bricht sich dabei das Nasenbein. Die Blutzuckerkontrolle ergibt einen Wert von 1.2 mmol/l. Bei der Suche nach den Ursachen fällt auf, dass sein spezifisches Insulin auf der Abteilung nicht vorrätig ist. Die Nachfrage bei den zuständigen Pflegefachpersonen ergibt, dass der Nachtdienst das entsprechende Insulin nicht gefunden hat, und ein Insulin mit einem ähnlichen Namen gespritzt hat, in der Annahme, dass es gleich wirkt. Das verabreichte Insulin wirkt aber schneller und stärker als das verordnete.

Welche Gedanken kommen Ihnen als Erstes in den Sinn?



Warum wir dazu neigen, anderen die Schuld zu geben

Dual-Motive Model of Scapegoating ([Rothschild et al., 2012](#))



- **Schutz des Selbstbilds**

- Zur Minimierung von Schuldgefühlen über die eigene Verantwortung für ein negatives Ergebnis.

- **Aufrechterhaltung der wahrgenommenen Kontrolle** («das kann mir nicht passieren»):

- Zur Aufrechterhaltung einer Kontrollillusion wird einer Einzelperson die Schuld am Fehler gegeben. Auf diese Weise scheint man selbst vor demselben Fehler gefeit zu sein.



Warum eine Vorgabe nicht eingehalten wird...

1. Unbeabsichtigtes Nichteinhalten

- Vorgabe ist nicht bekannt.
- Vorgabe wird falsch verstanden

2. Beabsichtigtes Nichteinhalten

- **Situatives Nichteinhalten:** Eine Situation ist so, dass es unmöglich ist, die Arbeit zu erledigen & die Vorgaben einzuhalten (z.B. Ressourcenmangel).
- **Optimierendes Nichteinhalten zum Nutzen des Unternehmens:** Abkürzungen werden genommen in der Annahme, dass damit das erreicht wird, was das Unternehmen wirklich will.
- **Optimierendes Nichteinhalten zum persönlichen Nutzen:** Abkürzungen werden genommen, um persönliche Ziele zu erreichen.
- **Aussergewöhnliches Nichteinhalten:** Abweichung von den Vorgaben, da sie unter gewissen unvorhergesehenen Umständen schwierig zu befolgen sind.



Safety II: Human Factors – protektive Faktoren des Individuums

Gesundheitsfachpersonen sind gut darin, Defizite des Arbeitsplatzes und der Rahmenbedingungen auszugleichen (z. B. Ausrüstung, personelle Ausstattung, Unsicherheit, Zeitdruck) und damit Adaptions- und Kompensationshandlungen zu leisten, denn das menschliche Gehirn ist:

- sehr leistungsfähig;
- sehr flexibel;
- gut darin, (schnell) Abkürzungen zu finden;
- gut darin, Informationen zu filtern;
- gut darin, Dingen einen Sinn zu geben.



Quizfrage 2



Szenario 1

Patient X wird unbeabsichtigt ein falsches Medikament P verabreicht. Der Patient erleidet daraufhin einen anaphylaktischen Schock und muss auf der Intensivstation behandelt werden.

Szenario 2

Patient Y wird unbeabsichtigt ein falsches Medikament P verabreicht. Patient Y hat keine Nebenwirkungen und erleidet keinen Schaden.

Bei welchem Szenario ist der Fehler schlimmer?

Outcome Bias

Wahrnehmungsverzerrungen und Denkabkürzungen



Der **Outcome Bias** tritt insbesondere dann auf, wenn ein und dasselbe Verhalten eine stärkere (ethische) Verurteilung hervorruft, weil es zu einem eher schlechten als zu einem guten Ergebnis geführt hat, selbst wenn das Ergebnis zufällig bestimmt war.

Szenario	Gefahren durch Outcome Bias
Szenario 1	Falsche Handlung → führt zu einem negativen Outcome → negative Bewertung und negative Konsequenzen für die Person; kein Lernen aus Ereignis, wenn man nur auf die Person fokussiert
Szenario 2	Falsche Handlung → führt durch Glück zu keinem negativen Outcome → neutrale evtl. negative Bewertung ohne Konsequenzen für die Person, häufig kein Lernen aus Ereignis

Was kann man tun, um Wahrnehmungsverzerrungen aktiv zu vermeiden?

System 1: Schnell, automatisch, immer aktiv, emotional, stereotypisierend, unbewusst → **Wahrnehmungsverzerrungen**

System 2: Langsam, anstrengend, selten aktiv, logisch, berechnend, bewusst

Aktivierung von System 2 durch Fragen wie:

- Warum denke/entscheide ich das?
- Mache ich möglicherweise einen Denkfehler?
- Brauche ich weitere Informationen?
- Könnte es genau umgekehrt sein? Was wäre, wenn es genau umgekehrt wäre?
- Warum hat etwas zu dem Zeitpunkt, als eine Entscheidung getroffen wurde, Sinn gemacht?
- Wo im System liegen die Ursprünge?
- Welche Faktoren haben beeinflusst? Usw.



Ansatzpunkte für eine Just Culture im Gesundheitswesen

Übergeordnete Ebenen



Just Culture, SPS (2024)

Erkenntnisse

- Eine Just Culture unterstützt das Melden von Ereignissen und das Lernen daraus.
- Massnahmen sollen von der Systemebene her angegangen werden, um nachhaltige Wirkung zeigen zu können.
- Den «ersten Eindruck» zulassen, wenn man von einem Ereignis hört, aber dann muss man weiter und breiter denken (System 2 aktivieren).
- Jeder und jede trägt Verantwortung für die Patientensicherheit und muss diese Verantwortung übernehmen.
- Die Vorbild- und die Gestaltungsfunktion der Vorgesetzten ist essenziell.
- An einer Just Culture muss fortwährend gearbeitet werden. JC wird nie zum Selbstläufer, sondern braucht immer aktive Anstrengungen.



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Stiftung Patientensicherheit Schweiz
Nordstrasse 31
8006 Zürich
T +41 43 244 14 80
info@patientensicherheit.ch

Andrea Leibold
T +41 43 244 14 83
leibold@patientensicherheit.ch

Weitere Informationen

Besuche Sie www.patientensicherheit.ch, abonnieren Sie unseren [Newsletter](#) oder folgen Sie uns auf [LinkedIn](#), um über Projekte, Aktivitäten und Anlässe der Stiftung informiert zu werden.