

Matthew Syed

**METODA
CZARNEJ
SKRZYNY**

ZASKAKUJĄCA PRAWDA

O BŁĘDACH

I NATURZE SUKCESU

Komu polecitbym tę książkę? Z czystym sumieniem każdemu. Jest tyle dziedzin działalności ludzkiej, które dzięki przeniesieniu metod znanych z lotnictwa mogą stać się bardziej wydajne i bezpieczne, że na pewno powinna to być obowiązkowa pozycja w bibliotece każdego zarządzającego firmą lub grupą osób. Ale nie tylko. Te same metody możemy zastosować w badaniach naukowych, nauczaniu, opiece medycznej, zarządzaniu kryzysowym czy w zwykłym życiu. Wszakże chodzi o uczenie się na błędach innych i dzielenie się doświadczeniami wyniesionymi z porażek. Ja przeczytałem tę książkę już dwukrotnie. I nie sądzę, aby to był mój ostatni raz.

dr Maciej Lasek
przewodniczący Państwowej Komisji
Badania Wypadków Lotniczych
w latach 2012–2016

Zaczątkiem każdego twórczego przetomu są liczne porażki. Ta genialna książka wyjaśnia, że prawdziwe wynalazki biorą się ze zrozumienia i przezwyciężenia nieuniknionych trudności, których musimy przestać się obawiać.

James Dyson
projektant, wynalazca i przedsiębiorca

Silną stroną Matthew Syeda jako tenisisty stołowego, niegdyś najlepszego w Anglii, była umiejętność odbierania piłki. Nie przepuszczał nawet najtrudniejszych uderzeń. Odbieranie piłek jest też tematem tej nadzwyczaj różnorodnej i głębokiej książki. Syed tłumaczy z determinacją godną nie tylko prawdziwego sportowca, ale i humanisty, jak wyciągać lekcje, jak czerpać nadzieję i doświadczenie z porażek serwowanych nam przez życie. To książka, która rzuca nam wyzwanie, byśmy stali się lepsi.

Howard Jacobson
laureat Nagrody Bookera

Matthew Syed

METODA
CZARNEJ
SKRZYNY

ZASKAKUJĄCA PRAWDA

O BŁĘDACH

I NATURZE SUKCESU

przekład

Michał Józwiak

 Insignis

Tytuł oryginału
Black Box Thinking. The Surprising Truth About Success
(and why some people never learn from their mistakes)

Copyright © 2015 by MATTHEW SYED

First published in Great Britain in 2015 by John Murray (Publishers)

An Hachette UK Company

John Murray (Publishers)

Carmelite House, 50 Victoria Embankment, London EC4Y 0DZ

www.johnmurray.co.uk

All rights reserved.

Przekład

MICHAŁ JÓZWIĄK

Redakcja i korekta

TOMASZ BRZOWSKI, PRACOWNIA 12 A, MARIA BRZOWSKA

Projekt okładki, wnętrza, skład i przygotowanie do druku

TOMASZ BRZOWSKI

Copyright © for this edition

Insignis Media, Kraków 2017. Wszelkie prawa zastrzeżone.

ISBN 978-83-65315-95-3

 **Insignis**

Insignis Media

ul. Szlak 77/228-229, 31-153 Kraków

tel. +48 12 636 01 90

biuro@insignis.pl, www.insignis.pl

Facebook: @Wydawnictwo.Insignis

Twitter, Instagram, Snapchat: @insignis_media

Druk i oprawa

Drukarnia Pozkał, www.pozkał.eu

Wylączna dystrybucja



Firma Księgarska Olesiejuk, olesiejuk.pl

Wydrukowano na papierze Creamy HiBulk 53 g/m², wol. 2,4

dostarczonym przez firmę

ZING

www.zing.com.pl

Dla Kathy

Spis treści

Przedmowa do polskiego wydania 9

I Logika porażki

- 1 Rutynowa operacja 17
- 2 Katastrofa lotu 173 United Airlines 43
- 3 Paradoks sukcesu 68

II Dysonans poznawczy

- 4 Niesłusznie skazani 105
- 5 Gimnastyka umysłowa 138
- 6 Reforma wymiaru sprawiedliwości 168

III Stawianie czoła złożoności

- 7 Paradoks dyszy 191
- 8 Przez strach do uczciwości? 227

IV Małe kroczki i wielkie skoki

- 9 Zyski marginalne 255
- 10 Błędy i porażki motorem innowacji 286

V Zabawa w obwinianie

- 11 Zestrzelenie lotu 114 Libyan Arab Airlines 319
- 12 Druga ofiara 345

Część VI Tworzenie kultury nastawionej na rozwój

- 13 Efekt Beckhama 369
- 14 Nowe znaczenie porażki 387
 - Epilog. Szersza perspektywa 403

Podziękowania 431

Przypisy 435

Przedmowa do polskiego wydania

Kiedy rozpoczynałem pracę przy badaniu wypadków lotniczych, byłem już doświadczonym pilotem i inżynierem. Wydawało mi się, że rolą badacza jest jedynie wyjaśnianie przyczyn wypadków, bycie takim lotniczym Sherlockiem Holmesem.

Kilka lat zajęło mi zrozumienie, że samo badanie niewiele wnosi do poprawy bezpieczeństwa lotów, jeżeli z tego badania nie wyciągniemy właściwych wniosków. Wniosków, które posłużą załataniu dziur w barierach ochronnych, które sami wymyśliliśmy, aby lotnictwo było najbezpieczniejszym rodzajem transportu.

Ale czy tak jest naprawdę? Czy rzeczywiście lotnictwo stało się najbezpieczniejszą formą transportu ludzi i towarów? Statystyki to potwierdzają. W takim razie jak do tego doszło? Jaki proces do tego doprowadził? Przecież jest to zarazem rodzaj transportu o najkrótszej historii w dziejach człowieka. Nieco ponad sto lat temu od ziemi oderwał się pierwszy samolot napędzany silnikiem mechanicznym, niewiele wiedzieliśmy o aerodynamice, nic na temat szkolenia pilotów. Dzisiaj samoloty przewożące ponad 500 pasażerów są pilotowane tylko przez dwie doskonałe

współpracujące ze sobą osoby, a lądowanie może się odbywać przy praktycznie zerowej widzialności. Warto więc znaleźć odpowiedź na pytanie: jak tego dokonaliśmy?

Wyciąganie wniosków z porażek, uczenie się na błędach innych, a czasem i swoich, nie jest popularną formą poprawy jakości systemów. W każdym z nas drzemie niechęć do przyznania się do winy. Szukamy przyczyn porażek wszędzie poza sobą, ale też z ochotą piętnujemy zachowania, które prowadzą do zdarzeń niepożądanych.

Lotnictwo było pierwszą dziedziną działalności człowieka, w której przełamano te przyzwyczajenia. Wprowadzenie do wyposażenia samolotów rejestratorów parametrów lotu i rozmów w kabinie (czarnych skrzynek) dało możliwość obiektywnej oceny przyczyn wypadków.

Należy jednak pamiętać, że badanie wypadku to tak naprawdę porażka systemu mającego zapewnić bezpieczeństwo. Dlaczego? Bo nie udało nam się w porę zapobiec temu zdarzeniu. Oczywiście jesteśmy w stanie wyciągnąć wnioski na przyszłość, ale jak sprawić, żeby niepożądane zdarzenia wychwytywać, zanim przerodzą się w kolejną tragedię?

Pierwszym elementem na drodze do tego systemu stało się badanie incydentów. Zdarzeń, w których doszło do zagrożenia bezpieczeństwa, lecz zostały wykryte na tyle wcześnie, że nie przerodziły się w wypadki. Jak się o nich dowiedzieć? I tutaj znowu przyszły nam z pomocą obiektywne źródła, takie jak analizy zapisów danych z tzw. eksploatacyjnych rejestratorów parametrów lotów. Już nie po wypadku, ale po każdym locie sprawdzano je pod kątem ewentualnych odstępstw. To też jednak nie załatwiało sprawy. Łatwo sobie przecież wyobrazić, że wyniki takich analiz mogłyby posłużyć do działań dyscyplinarnych wobec załóg. Nie od dzisiaj mówi się, że samolot tak naprawdę lata tylko dlatego, że ktoś za to płaci. A incydenty to przerwane

z przyczyn technicznych lub wskutek błędu ludzkiego loty i straty bardzo skrupulatnie wyliczane przez księgowych.

I tu w sukurs przyszły przepisy lotnicze. W załączniku 13 do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym* zapisano, że badanie wypadku lub incydentu nie może być prowadzone w celu wykazania winy czy odpowiedzialności, a jego jedynym celem jest poprawa bezpieczeństwa lotów. Stworzono swoistą atmosferę zachęcania do przyznawania się do błędów i politykę niekarania za nie. Incydenty wyjaśniano we współpracy z załogami biorącymi w nich udział, zaś wyniki tych analiz służyły do udoskonalania systemu szkolenia, obsługi technicznej, a nawet zarządzania firmą. Piloci stopniowo przekonywali się do nowych zasad, a liczba zgłoszeń incydentów zaczęła rosnąć.

Jak to wyglądało w Polsce? W 2003 roku do Państwowej Komisji Badania Wypadków Lotniczych zgłoszono 203 zdarzenia, w tym 93 wypadki i tylko 108 incydentów. W 2015 roku zgłoszeń wpłynęło już 2688, w tym 151 wypadków i 1649 incydentów. Czy to znaczy, że lotnictwo w Polsce na przestrzeni tych lat stało się mniej bezpieczne? Wręcz przeciwnie. Liczba samolotów i operacji lotniczych sukcesywnie rośnie, a liczba wypadków ze skutkiem śmiertelnym utrzymuje się na stałym poziomie 14 rocznie.

Co więc sprawiło, że tak znacząco wzrosła liczba zgłaszanych incydentów? Należy sobie uzmysłowić, że przede wszystkim wzrosła nie liczba incydentów, ale ich identyfikowalność i raportowanie. 108 zgłoszonych w 2003 roku incydentów wcale nie znaczy, że tyle się ich wydarzyło. Powiem więcej, zapewne niepełna 2700 incydentów w 2015 roku to też jedynie wierzchołek góry lodowej, ale też wskaźnik dobrych tendencji w budowaniu

* Zwanej również konwencją chicagowską (przyp. red.).

systemu bezpieczeństwa opartego na zaufaniu i przyznawaniu się do błędów ze świadomością, że to może pomóc w uratowaniu życia innym.

Przytoczone statystyki nie obejmują zdarzeń, które nie zostały zakwalifikowane jako incydenty, ale w oczach zgłaszających stanowiły odstępstwo od utrwalonej praktyki. Pierwsze takie zdarzenia (244 zgłoszeń) zarejestrowano w 2007 roku. W kolejnych latach ich liczba sięgnęła prawie około 900 zgłoszeń rocznie. Jak można je traktować? To pewnego rodzaju doniesienie, że zrobiło się coś prawdopodobnie nie do końca dobrze i chciałoby się, aby to ktoś ocenił. W tych przypadkach komisja orzekła, że zgłoszenia te nie wypełniały znamion nawet incydentu lotniczego, lecz wskazywały na coś bardzo ważnego – na wzrastające zaufanie do nierepresyjnego systemu badania zdarzeń lotniczych i chęci dzielenia się swoimi doświadczeniami i błędami z innymi.

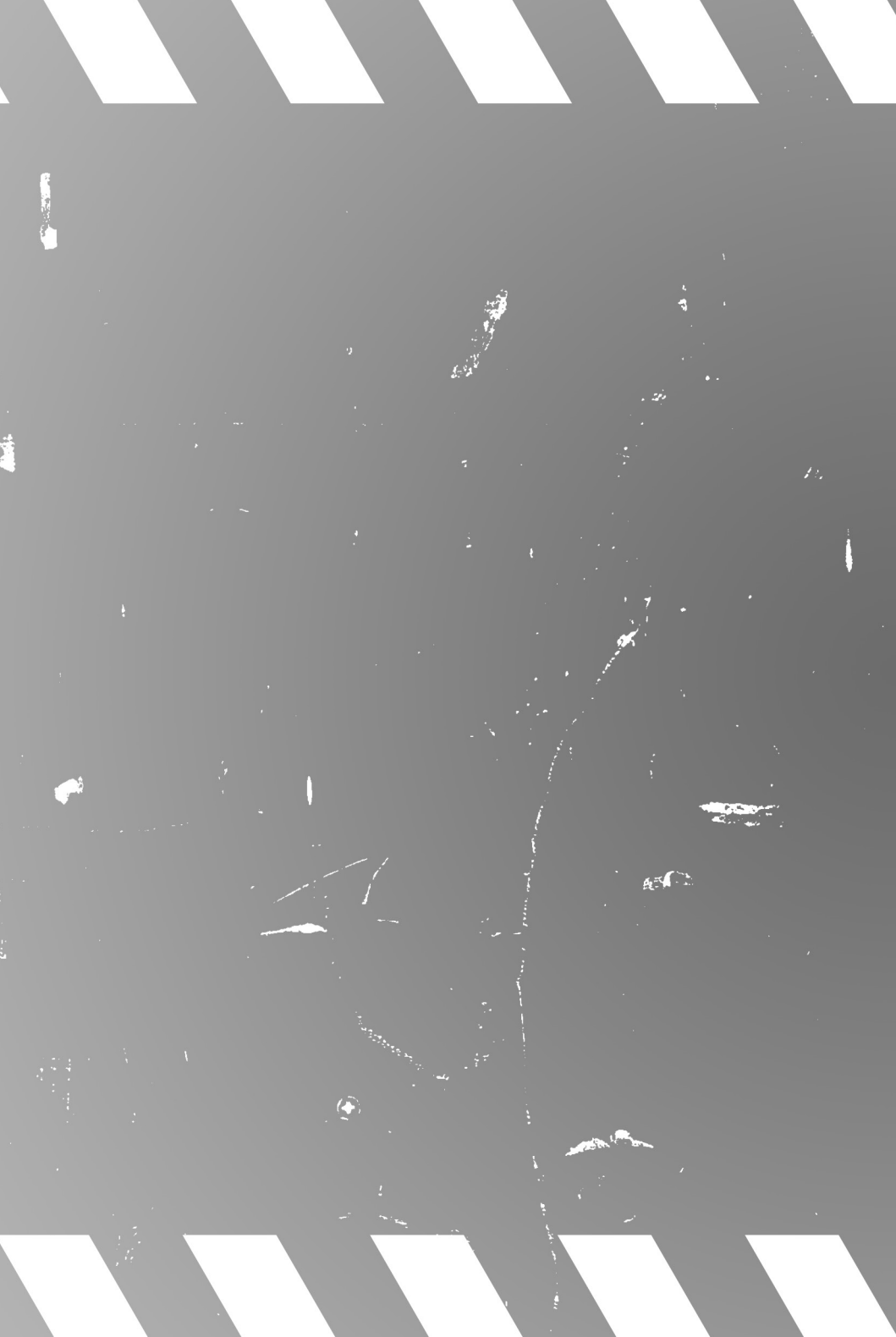
Szanowni Państwo,

dostajecie do rąk niesamowitą książkę. Czytając opisy kolejnych sytuacji, przypominałem sobie 14 lat pracy nad zbudowaniem systemu dzielenia się doświadczeniem z popełnionych błędów. Opisane zastosowanie metod, które doprowadziły do sukcesu transportu lotniczego, w innych branżach, tak – zdawałoby się – różnych od lotnictwa, jak choćby opieka medyczna, pokazuje, że sukces jest na wyciągnięcie ręki, a jedyne bariery tkwią w nas.

Komu poleciłbym tę książkę? Z czystym sumieniem każdemu. Jest tyle dziedzin działalności ludzkiej, które dzięki przeniesieniu metod znanych z lotnictwa mogą stać się bardziej wydajne i bezpieczne, że na pewno powinna to być obowiązkowa pozycja w bibliotece każdego zarządzającego firmą lub grupą osób. Ale nie tylko. Te same metody możemy zastosować w badaniach

naukowych, nauczaniu, opiece medycznej, zarządzaniu kryzysowym czy w zwykłym życiu. Wszakże chodzi o uczenie się na błędach innych i dzielenie się doświadczeniami wyniesionymi z porażek. Ja przeczytałem tę książkę już dwukrotnie. I nie sądzę, aby to był mój ostatni raz.

dr Maciej Lasek
przewodniczący Państwowej Komisji
Badania Wypadków Lotniczych
w latach 2012–2016





CZĘŚĆ I

Logika porażki

Rutynowa operacja

I

29 marca 2005 roku, dwa dni po Wielkanocy, Martin Bromiley wstał o 6.15 i poszedł wyciągnąć z łóżek swoje maluchy, Victorię i Adama. Był deszczowy wiosenny poranek, a dzieciom, kiedy już zbiegły na śniadanie, wyraźnie dopisywał humor. Kilka minut później dołączyła do nich mama, Elaine, której udało się wykraść dodatkową chwilę snu.

Elaine, żywiołowa trzydziestosiedmiolatka, która dla dzieci poświęciła pracę w branży turystycznej, miała przed sobą ważny dzień. Czekala ją wizyta w szpitalu. Od kilku lat cierpiała z powodu zatykających się zatok; doradzono jej więc, by poddała się operacji, która raz na zawsze rozwiąże ten problem. „Proszę się nie obawiać – powiedział jej lekarz. – Ryzyko jest minimalne. To rutynowa operacja”¹.

Elaine i Martin byli małżeństwem od piętnastu lat. Wspólny dobry znajomy poznał ich ze sobą na wiejskiej potańcówce, zakochali się i ostatecznie zamieszkali razem w domu w North Marston, zacisznej wiosce w sercu rolniczego Buckinghamshire, czterdzieści pięć kilometrów na północny zachód od Londynu. W 1999 roku pojawiła się na świecie Victoria, a dwa lata później Adam.

Jak większość młodych małżeństw byli bardzo zabiegani, ale życie przynosiło im mnóstwo radości. W poprzedni czwartek cała czwórka po raz pierwszy leciała wspólnie samolotem, a w sobotę bawiła się na weselu przyjaciela. Elaine zależało, by jak najszybciej mieć operację za sobą i nacieszyć się kilkoma dniami wolnego.

O 7.15 wyszli z domu. Dzieci, podczas jazdy samochodem do położonego blisko szpitala, rozmawiały ze sobą. Martin i Elaine niezbyt przejmowali się operacją, którą miał przeprowadzić doktor Edwards, szanowany chirurg otolaryngolog z ponadtrzydziestoletnim stażem pracy. Anestezjolog Elaine, doktor Anderton, był lekarzem z szesnastoletnim doświadczeniem*. Szpital dysponował doskonałym sprzętem. Wszystko było w najlepszym porządku.

Po dotarciu na miejsce rodzina została skierowana do pokoju, w którym Elaine przebrała się w niebieską koszulę szpitalną. „Jak wyglądam?” – spytała Adama, który w odpowiedzi zachichotał. Victoria wspięła się na łóżko, żeby mama mogła jej poczytać, a Martin uśmiechnął się, słysząc po raz setny tę samą opowieść. Adam stał przy parapecie i bawił się samochodzikami.

Po jakimś czasie odwiedził ich doktor Anderton i zadał kilka rutynowych pytań. Był rozmowny i pogodny. Jako dobry lekarz wiedział, jak ważne jest, by rozluźnić atmosferę przed zabiegiem.

Chwilę przed 8.30 pojawiła się starsza pielęgniarka, Jane, żeby zawieźć Elaine na salę operacyjną. „Gotowa?” – spytała z uśmiechem. Victoria i Adam eskortowali łóżko mamy i zapewniali, że nie mogą się doczekać, kiedy już będzie po operacji. Gdy dotarli do skrzyżowania korytarzy, Martin zabrał dzieci w lewo, a jego żona pojechała w prawo.

Elaine podniosła się, uśmiechnęła i wesoło zawołała: „Paaaaa!”.

* Wszystkie nazwiska personelu medycznego zostały zmienione w celu zachowania anonimowości.

Martin zaplanował, że zabierze dzieci do supermarketu, żeby zrobić zakupy na cały tydzień i kupić ciasteczka dla Elaine. Mniej więcej w chwili, w której znaleźli się na parkingu, Jane wtoczyła łóżko Elaine na salę premedykacyjną – pomieszczenie sąsiadujące z salą operacyjną, w którym wykonuje się ostatnie przygotowania i podaje znieczulenie ogólne.

Tam pacjentkę przejął doktor Anderton, którego już znała i którego obecność dodawała jej otuchy. Umieścił on w żyłę na grzbiecie jej dłoni wenflon, za którego pomocą podaje się środki znieczulające bezpośrednio do układu krwionośnego.

„Powolutku, spokojnie... – koił doktor Anderton. – I już pani pięknie śpi”. Była 8.35.

Anestetyki są lekami o bardzo silnym działaniu. Poza tym, że usypiają pacjenta, wyłączają też wiele ważnych funkcji życiowych, które wymagają następnie sztucznego podtrzymywania. Oddychanie, na przykład, wspomaga się często za pomocą maski krtaniowej. Jest to urządzenie składające się z nadmuchiwanego mankietu uszczelniającego, który wprowadza się przez usta i umieszcza bezpośrednio nad wlotem do tchawicy, oraz rurki pozwalającej pompować tlen do płuc.

Doktor Anderton napotkał problem. Nie mógł przepchnąć maski przez usta Elaine, ponieważ pojawiła się u niej stosunkowo częsta reakcja na znieczulenie ogólne: napięcie mięśni żuchwy. Podał więc dodatkową dawkę leków w celu rozluźnienia mięśni, a następnie spróbował, również bez powodzenia, dwóch mniejszych masek.

O 8.37, dwie minuty po otrzymaniu narkozy, Elaine zaczęła przybierać siny kolor. Wysycenie krwi tlenem spadło do 75% (wysycenie poniżej 90% określa się jako „znacząco niskie”). O 8.39 Anderton zareagował, próbując zastosować maskę tlenową zakładaną na nos i usta. Elaine wciąż pozostawała bez dopływu powietrza.

O 8.41 doktor Anderton postanowił zastosować intubację dotchawiczą: sprawdzoną technikę, która jest standardową metodą działania w przypadkach niedrożności dróg oddechowych. Zaczął od wprowadzenia do układu krwionośnego środka zwiotczającego, który zupełnie zneutralizował mięśnie żuchwy i pozwolił mu szeroko rozewrzeć usta Elaine. Następnie doktor użył laryngoskopu, by oświetlić tył jamy ustnej i wprowadzić rurkę bezpośrednio do tchawicy.

Trafił jednak na kolejną przeszkodę. Widział tył gardła, ale nie mógł zlokalizować wejścia do tchawicy: trójkątnego otworu z fałdami głosowymi po obu stronach. Zwykle nietrudno umieścić tam rurkę, która umożliwi pacjentowi oddychanie. Jednak w niektórych przypadkach tchawicę zaślania podniebienie miękkie, a wówczas po prostu jej nie widać. Anderton wielokrotnie napierał na rurkę, licząc, że mu się poszczęści i trafi gdzie trzeba – bezskutecznie.

Do 8.43 wysycenie tlenem krwi Elaine spadło do 40%. Był to poziom tak niski, że stanowił dolną granicę czułości urządzenia pomiarowego. W takich warunkach mózg zaczyna puchnąć, co grozi poważnymi uszkodzeniami. Spadł też puls Elaine: najpierw do 69 uderzeń na minutę, później do 50. To wskazywało, że tlenu brakuje również sercu.

Sytuacja stawała się krytyczna. Z pomocą doktorowi Andertonowi przyszedł doktor Bannister, anestezjolog z sąsiedniej sali. Chwilę później pojawił się też chirurg laryngolog, doktor Edwards. Trzy pielęgniarki czekały w pełnej gotowości. Stan Elaine nie był jeszcze katastrofalny, ale margines błędu bardzo się zwęził. Każda decyzja miała teraz potencjalnie nieodwracalne skutki.

Na szczęście istnieje zabieg, który stosuje się do ratowania życia w takich właśnie przypadkach. Nosi on nazwę tracheotomii. Wszystkie dotychczasowe problemy były skutkiem upartych prób dostania się do dróg oddechowych Elaine przez usta.

Tracheotomia, która polega na wycięciu otworu w gardle i wprowadzeniu rurki bezpośrednio do tchawicy, ma wielką zaletę: zupełnie omija jamę ustną.

Jest to zabieg ryzykowny, który wykonuje się jedynie w ostateczności. Jednak w przypadku Elaine inne metody zawiodły. Skuteczna tracheotomia była prawdopodobnie jedynym, co mogło ją uratować przed zagrażającymi życiu uszkodzeniami mózgu.

O 8.47 pielęgniarki słusznie podejrzewały już, co będzie następnym posunięciem, a Jane, najbardziej doświadczona, popędziła po zestaw do tracheotomii. Kiedy wróciła, oznajmiła trzem lekarzom przy Elaine, że zestaw jest gotowy do użycia.

Lekarze rzucili jej spojrzenie, ale nic poza tym. Byli całkowicie zaabsorbowani dalszymi próbami wepchnięcia rurki. Wyciągali szyje, usiłując dostrzec wlot tchawicy schowany na tyłach gardła Elaine, i wymieniali nerwowe uwagi.

Jane nie wiedziała, co zrobić. Upływały kolejne sekundy, a stan pacjentki nieustannie się pogarszał. Zajmowało się nią jednak trzech doświadczonych specjalistów. Z pewnością rozważyli tracheotomię.

Bała się, że jeśli jeszcze raz się odezwie, rozproszy ich uwagę. Nie wiedziała, czy nie spadnie na nią odpowiedzialność za ewentualne niepowodzenie. Brała pod uwagę to, że rezygnacja z tracheotomii może wynikać z powodów, o których nie miała pojęcia. Była jedną z najniżej postawionych osób na sali.

Lekarze, których autorytetu nie śmiała podważyć, mieli już wtedy poważnie podwyższone tętno i zawężone postrzeżenie. To standardowa reakcja fizjologiczna na silny stres. Uparcie usiłowali udrożnić drogi oddechowe Elaine, wpychając rurkę przez gardło. Sytuacja stawała się coraz bardziej dramatyczna.

Ciało Elaine zrobiło się ciemnosine. Jej puls spadł do ledwie 40 uderzeń na minutę. Była skrajnie niedotleniona. Z każdą mijającą sekundą malało prawdopodobieństwo, że przeżyje, a mimo to

lekarze nie zmienili podejścia. Z rosnącą desperacją usiłowali dostać się do dróg oddechowych Elaine przez usta. Doktor Edwards podjął kolejną próbę intubacji. Doktor Bannister usiłował włożyć jeszcze jedną maskę krtaniową. Nic nie działało. Jane wciąż biła się z myślami, czy się nie odezwać, ale głos uwiązł jej w gardle.

O godzinie 8.55, kiedy wysycenie tlenem krwi Elaine wróciło do poziomu 90%, było już za późno. Minęło czternaście minut od pierwszej nieudanej próby intubacji. Łącznie Elaine spędziła dwadzieścia minut bez dopływu powietrza. Kiedy lekarze spojrzeli na zegar, nie wierzyli własnym oczom. Nie mogli pojąć, co się stało. Jak to możliwe, że minęło tyle czasu?

Elaine przewieziono na oddział intensywnej opieki. Skan mózgu wykazał rozległe uszkodzenia. Zwykle na skanie takim da się rozpoznać fakturę i kształty – nie ma wątpliwości, że patrzy się na ludzki mózg. Skan Elaine wyglądał bardziej jak zakłócenia na ekranie telewizora. Brak tlenu spowodował nieodwracalne zmiany.

O 11.00 w domu Bromileych w North Marston rozdzwonił się telefon. Przedstawiciel szpitala powiedział Martinowi, żeby pojawił się tak szybko, jak to możliwe. Martin domyślił się, że stało się coś złego, ale nic nie mogło go przygotować na widok żony w śpiączce i walczącej o życie.

W miarę upływu czasu widać było coraz wyraźniej, że sytuacja się pogarsza. Martin nie mógł tego zrozumieć. Elaine była zdrowa. W domu czekała na nią dwójka dzieci. W supermarkecie kupili dla niej ciasteczka. Co tu się, do diabła, zdarzyło?

Doktor Edwards wziął go na stronę. „Posłuchaj, Martin, wystąpiły pewne trudności przy podawaniu narkozy – wyjaśnił. – To się zdarza. Czasami dochodzi do takich wypadków. Nie wiemy dlaczego. Anestezjologzy zrobili, co mogli, ale po prostu nic to nie dało. To był bardzo nietypowy przypadek. Naprawdę mi przykro”.

Nie padło nawet jedno słowo o nieudanych próbach intubacji,

o niewykonaniu potencjalnie ratującej życie tracheotomii ani o pielęgniarce, której nie udało się ostrzec lekarzy przed nadciągającą katastrofą.

Martin skinął głową i odpowiedział: „Rozumiem. Dziękuję”.

Elaine Bromiley zmarła 11 kwietnia 2005 roku o godzinie 23.15 po trzynastu dniach w śpiączce. Martinowi, który codziennie czuwał przy jej łóżku, pojawienie się z powrotem w szpitalu zajęło tylko kilka chwil. Kiedy dotarł na miejsce, Elaine była jeszcze ciepła. Wziął ją za dłoń, powiedział, że ją kocha, obiecał, że zajmie się dziećmi najlepiej, jak potrafi, i pocałował ją na dobranoc.

Następnego dnia miał przyjechać po jej rzeczy. Zanim wyszedł z domu, spytał dzieci, czy chcą po raz ostatni zobaczyć mamę. Trochę się zdziwił, kiedy odpowiedziały, że tak. W szpitalu zaprowadzono ich do pomieszczenia, w którym znajdowało się ciało Elaine. Victoria stanęła w nogach łóżka, a Adam ostatni raz dotknął mamę i się pożegnał.

Elaine miała tylko trzydzieści siedem lat.

II

Ta książka opowiada o źródłach sukcesu. Na jej kolejnych stronach omówię postępowanie najbardziej innowacyjnych i pionierskich organizacji z całego świata – w tym Google’a, zespołu kolarskiego Team Sky, Pixara oraz zespołu Formuły 1 firmy Mercedes – a także wybitnych jednostek, takich jak słynny koszykarz Michael Jordan, wynalazca James Dyson i gwiazda piłki nożnej David Beckham.

Jednym z najbardziej imponujących aspektów dwóch ostatnich tysiącleci historii naszego gatunku, a w szczególności minionych dwustu pięćdziesięciu lat, jest postęp. I nie chodzi tu

wyłącznie o potężne firmy i zwycięskie zespoły sportowe, lecz o naukę, technologię i rozwój gospodarczy. Różnorakie usprawnienia, niektóre drobne, a inne o olbrzymim zasięgu oddziaływania, doprowadziły do transformacji niemal wszystkich aspektów ludzkiego życia.

Rozważając kolejne przypadki, postaramy się wyśledzić wspólne wątki. Zajrzemy pod przysłowiową maskę i przeanalizujemy procesy uczenia się, wprowadzania innowacyjnych rozwiązań i nabywania kreatywności – tego wszystkiego, z czego korzystamy w biznesie, polityce, a nawet w życiu prywatnym. Odkryjemy ze zdumieniem i często wbrew temu, co podpowiada intuicja, że we wszystkich tych historiach sukces bądź jego brak są konsekwencją nastawienia do porażek.

Porażki są czymś nieuniknionym. Każdemu zdarza się od czasu do czasu, że słabo wypadnie w rozmowie kwalifikacyjnej, obleje egzamin albo obejrzy mecz, który przegra jego ulubiona drużyna piłkarska. Nie wszystkie niepowodzenia można jednak zbyć machnięciem ręki. Pomyłki lekarzy i pracowników innych dziedzin, w których istnieje zagrożenie życia, miewają nieodwracalne konsekwencje.

Dlatego właśnie skontrastowanie dwóch niezwykle dziś ważnych branż o zwiększonych wymogach bezpieczeństwa – ochrony zdrowia i lotnictwa – będzie doskonałym sposobem, by rozpoznać to dochodzenie i przyjrzeć się nierozzerwalnej relacji między porażkami a powodzeniem. Lotnictwo i ochrona zdrowia, co stanie się jasne, mają odmienną psychologię, kulturę i nastawienie do zmian instytucjonalnych. Najbardziej zdumiewająca różnica kryje się jednak w podejściu do niepowodzeń.

W przemyśle lotniczym obowiązuje wysoce nietypowe nastawienie do porażek. Każdy statek powietrzny jest wyposażony w dwie zasadniczo niezniszczalne czarne skrzynki, z których jedna rejestruje instrukcje wysyłane do pokładowych systemów

elektronicznych, a druga dźwięki w kokpicie, w tym rozmowy*. Jeśli dojdzie do wypadku, otwiera się skrzynki, analizuje dane i wydobywa na światło dzienne przyczynę zdarzenia. Na tej podstawie poprawia się procedury i nie powtarza popełnionych już błędów.

Stosowanie tej metody sprawiło, że transport lotniczy stał się imponująco bezpieczny. W 1912 roku na czternastu pilotów US Army, którzy ponieśli śmierć z różnych powodów, ośmiu, czyli ponad połowa, straciło życie w wypadkach². W pierwszych wojskowych szkołach lotniczych niemal jeden na czterech kandydatów nie dożywał końca szkolenia. W tamtych czasach, gdy lotnictwo było wciąż w powijkach, wydawało się to stosunkowo zrozumiałe. Śmiganie w przestworzach urządzeniami skleconymi z drewna i metalu było z natury niebezpieczne.

Dziś sprawy wyglądają zupełnie inaczej. Według danych Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych (IATA) w 2013 roku odbyło się 36,4 miliona lotów komercyjnych, z których skorzystało ponad 3 miliardy pasażerów. Zginęło w nich tylko 210 osób. Na każdy milion lotów obsługiwanych przez samoloty konstrukcji zachodniej miało miejsce 0,41 wypadku, co oznacza, że częstotliwość wypadków wyniosła jeden na 2,4 miliona lotów³.

W 2014 roku liczba ofiar śmiertelnych wzrosła do 641, po części za sprawą katastrofy lotu Malaysia Airlines 370, w której zginęło 239 osób. Zdaniem większości spośród badających ten incydent nie był to zwykły wypadek, lecz rozmyślny akt sabotażu. W chwili oddawania tej książki do publikacji wciąż trwały poszukiwania czarnej skrzynki. W pewnym sensie powód straty Malaysia Airlines 370 nie ma znaczenia, bo po uwzględnieniu jej w obliczeniach okazuje się, że rok 2014 był i tak rekordowo

* Dziś oba rejestratory często zespala się w jedno urządzenie, a obudowę skrzynki maluje się na kolor jasnopomarańczowy dla poprawienia widoczności.

bezpieczny, ze statystyką wynoszącą 0,23 wypadku odnotowanego na milion startów samolotów odrzutowych⁴. Co więcej, wśród członków IATA, do którego należą stosujący najlepsze procedury nauki na błędach, współczynnik ten wyniósł tylko 0,12 (jeden wypadek na 8,3 miliona startów)⁵.

Przemysł lotniczy stawia czoła wielu zagrożeniom bezpieczeństwa i nieustannie odkrywa nowe wyzwania. Na przykład w marcu 2015 roku katastrofa samolotu linii Germanwings w Alpach Prowansalskich wysunęła na pierwszy plan kwestię zdrowia psychicznego pilotów. Eksperti nie kryją, że liczba wypadków wciąż może wzrosnąć, i to skokowo, z powodu nieprzewidywanych okoliczności. Obiecują przy tym, iż każde niepożądane zdarzenie będzie poddane analizie, by nie powtórzyć raz popełnionych błędów; słowem, zrobią wszystko, co możliwe, by zapewnić bezpieczeństwo lotów.

W służbie zdrowia, niestety, sprawy mają się zupełnie inaczej. W 1999 roku amerykański Instytut Medycyny opublikował pod tytułem *To Err is Human* (Mylić się to rzecz ludzka) raport z przełomowego dochodzenia, które wykazało, że rokrocznie na skutek możliwych do uniknięcia błędów lekarskich⁶ umiera od 44 tysięcy do 98 tysięcy Amerykanów. W osobnym, szeroko zakrojonym badaniu autorstwa profesora Uniwersytetu Harvarda Luciana Leape'a pojawiła się jeszcze wyższa liczba. Leape ocenił, że rocznie, w samych Stanach Zjednoczonych, wskutek zabiegów szpitalnych umiera 120 tysięcy pacjentów, a kolejny milion ponosi uszczerbek na zdrowiu⁷.

Dane te, choć szokujące, niemal na pewno umniejszają rzeczywistą skalę zjawiska. W 2013 roku autorzy badania opublikowanego w czasopiśmie „Journal of Patient Safety” ocenili liczbę przedwczesnych zgonów powiązanych z błędami medycznymi na 400 tysięcy rocznie⁸. (Wśród przyczyn możliwych do uniknięcia zgonów badanie wymienia między innymi błędne diagnozy,

pomyłki przy wydawaniu leków, uszkodzenia ciała podczas zabiegów chirurgicznych, zabiegi przeprowadzone na złej części ciała, niepoprawne transfuzje, upadki, oparzenia, odleżyny oraz powikłania pooperacyjne). Doktor Peter J. Pronovost, światowej sławy klinicysta i profesor Akademii Medycznej Uniwersytetu Johns Hopkinsa, w oświadczeniu wygłoszonym przed Senatem Stanów Zjednoczonych zwrócił uwagę, że z praktycznego punktu widzenia lekarze każdego dnia rozbijają dwa jumbo jety pełne pacjentów.

„Z tych liczb wynika, że każdego dnia rozbija się... rozbijają się dwa [boeingi] 747. Raz na dwa miesiące dochodzi do nowego ataku na World Trade Center. Żadnemu innemu środowisku nie pozwolilibyśmy tak nonszalancko obchodzić się z ludzkim życiem”⁹. W takim razie błędy medyczne popełniane w szpitalach są trzecią najczęstszą przyczyną śmierci Amerykanów i ustępują jedynie chorobom serca i rakowi.

Co gorsza, nawet tak szokujące liczby częściowo tuszują problem, nie obejmują bowiem zgonów wskutek błędów, do których dochodzi w miejscach podlegających mniej rygorystycznemu nadzorowi, jak domy opieki, apteki, ośrodki zdrowia i prywatne gabinety lekarskie. Według Joego Graedona, wykładowcy w stopniu profesora na Wydziale Praktyki Farmaceutycznej i Kształcenia Empirycznego Uniwersytetu Karoliny Północnej, ponad pół miliona osób rocznie płaci życiem za możliwe do uniknięcia błędy popełniane przez amerykańską służbę zdrowia¹⁰.

Poza liczbą zgonów powinno nas martwić coś jeszcze, a mianowicie skala niepotrzebnych uszczerbków na zdrowiu. Joanne Disch, wykładowczyni ze Szkoły Pielęgniarstwa Uniwersytetu Minnesoty, w oświadczeniu wygłoszonym podczas tego samego przesłuchania przed Senatem, w którym brał udział doktor Pronovost, opowiedziała o kobiecie ze swojej okolicy, która „podała

się obustronnej mastektomii w celu usunięcia nowotworu, a niedługo potem dowiedziała się, że jej wyniki biopsji pomyłono z wynikami innej osoby i w rzeczywistości nie miała raka”¹¹.

Błędy tego rodzaju nie prowadzą do śmierci, ale niszczą życie poszkodowanych i ich rodzin. Szacuje się, że pacjentów borykających się z poważnymi powikłaniami jest dziesięciokrotnie więcej niż ofiar śmiertelnych. Jak przedstawia to Disch: „Mamy do czynienia nie z tysiącem możliwych do uniknięcia zgonów dziennie, ale z tysiącem zgonów oraz dziesięcioma tysiącami możliwych do uniknięcia poważnych powikłań (...) To dotyka nas wszystkich”¹².

Równie niepokojące są statystyki brytyjskie. Według raportu Narodowego Urzędu Kontroli z 2005 roku około 34 tysięcy osób rocznie ginie na skutek błędów ludzkich, a kolejne 940 tysięcy pacjentów ponosi mniejszy lub większy uszczerbek na zdrowiu¹³. Badanie wyników intensywnej opieki w szpitalach wykazało, że jeden na dziesięciu pacjentów ginie albo doznaje urazów na skutek błędów lekarskich i systemowych. Francuska służba zdrowia podaje jeszcze wyższy odsetek: 14%.

Źródłem tego spustoszenia nie jest wcale mała grupa szalonych, żądnych krwi czy też niekompetentnych lekarzy. Częstotliwość występowania błędów medycznych podlega rozkładowi normalnemu¹⁴. Zwykle popełniają je nie osoby znudzone, leniwe lub pełne złych intencji, lecz postępujące z uwagą i troską, jakiej oczekujemy od przedstawicieli zawodów medycznych.

Dlaczego więc dochodzi do tylu pomyłek? Jednym z wytłumaczeń jest złożoność. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyszczególnia 12 420 jednostek chorobowych, z których każda wymaga innego postępowania¹⁵. Ten poziom złożoności sprawia, że bardzo łatwo o błąd na każdym etapie diagnozy i leczenia. Trudności powoduje też niedobór zasobów. Lekarze się przepracowują, a szpitale są przepełnione i brakuje im pieniędzy. Trzecim

źródłem problemów jest szybkość, z jaką lekarze czasami muszą podejmować decyzje. W przypadkach zagrożenia życia często nie ma czasu na rozważenie wszystkich opcji. Bywa, że odwleknięcie dokonania wyboru jest najgorszym z możliwych błędów, nawet jeśli ostatecznie wychodzi na to, że miało się rację.

Istnieje jednak coś jeszcze, coś sięgającego głębiej i oddziałującego bardziej subtelnie. Problemem jest nie brak zasobów, lecz kultura. Okazuje się, że do wielu błędów popełnianych w szpitalach (i innych sferach życia) prowadzą konkretne ścieżki, nieoczywiste, lecz przewidywalne schematy, które specjaliści badający wypadki nazywają sygnaturami. Gdyby wprowadzić jawne raporty i zacząć szczerze oceniać decyzje, można by wykryć niedociągnięcia i dokonać reform uniemożliwiających powtarzanie błędów, tak jak to się dzieje w lotnictwie. Robi się to jednak o wiele za rzadko.

Brzmi banalnie, prawda? Zalecenie, by uczyć się na błędach, ma dziś status wyświechtanego frazesu. Okazuje się jednak, że z różnych powodów, i tych prozaicznych, i tych poważnych, niezdolność do wyciągania nauki z pomyłek od zawsze należy do największych przeszkód na drodze do postępu. Służba zdrowia to ledwie jeden wątek długiej i fascynującej historii unikania odpowiedzialności. Stawiając czoła tej ułomności, moglibyśmy poza służbą zdrowia zrewolucjonizować biznes, politykę i wiele innych sfer. Okazuje się, że na poziomie instytucjonalnym postępowe nastawienie do porażek jest fundamentem wszelkiego powodzenia.

W tej książce przyjrzymy się, w jaki sposób osoby prywatne, przedsiębiorstwa i społeczności odnoszą się do niepowodzeń. Jak sobie z nimi radzą i co z nich wynoszą. Zastanowimy się nad reakcjami, które pojawiają się, kiedy coś się nie uda z powodu potknięcia, pomyłki, błędu pierwszego lub drugiego rodzaju albo i kolektywnej porażki, jak w przypadku zachowań, które doprowadziły do śmierci zdrowej trzydziestosiedmioletniej matki

dwojga dzieci wiosną 2005 roku.

Każdy z nas dobrze wie, że nie jest łatwo przełknąć niepowodzenie. Najeżamy się nawet w trywialnych sprawach, na przykład kiedy zejdziemy z pola golfowego po nieudanej partyjce z kolegą i ktoś spyta nas o przyczynę słabej formy. Kiedy wytknięty błąd dotyczy sfery, którą uważamy za ważną, na przykład pracy, rodzicielstwa albo szeroko pojętego statusu, uruchamiają się najróżniejsze szkodliwe procesy.

Gdy czujemy, że ktoś podaje w wątpliwość nasz profesjonalizm, odruchowo stawiamy zasieki. Wolimy nie wiedzieć, że jesteśmy w czymś niekompetentni albo nieporadni. Zależy nam, by nie stracić reputacji w oczach kolegów. Dla wysokich rangą lekarzy, którzy spędzili lata na szkoleniu się i wspięli się na szczyt swojej profesji, szczerze przyznanie się do błędu ma niemal traumatyczny wymiar.

Nasze społeczeństwo jako całość wykazuje nacechowane hipokryzją nastawienie do porażek. Szukamy wymówek dla własnych słabości, za to innym z miejsca przypisujemy winę. W 2014 roku po katastrofie koreańskiego promu Sewol premier Korei Południowej zdążył oskarżyć kapitana o „niewybaczalne, zbrodnicze postępowanie” na długo przed zakończeniem dochodzenia¹⁶. Chciał po prostu spełnić oczekiwania opinii publicznej, która rozpaczliwie domagała się wskazania winnego.

Ludzie charakteryzują się głęboko zakorzenionym instynktem poszukiwania kozłów ofiarnych. Czytając sprawozdanie z zabiegu, który doprowadził do śmierci Elaine Bromiley, łatwo się oburzyć czy wręcz wściec. Dlaczego tak długo zwlekano z tracheotomią? Dlaczego ta pielęgniarka nie odezwała się ponownie? O czym myśleli lekarze? Od strony emocjonalnej współczucie dla ofiary prawie automatycznie oznacza również złość na odpowiedzialnych za jej śmierć.

Zamierzam pokazać, że nastawienie to wpędza nas w błędne

koło. To właśnie przez to, że tak ochoczo wytykamy winę innym, robimy wszystko, by zatuszować własne niepowodzenia. Żyjemy w przekonaniu – nadzwyczaj trafnym, dodajmy – że ludzie odwdzięczą się nam pięknym za nadobne, że będą nas wytykać palcami i nie poświęcą ani chwili, by sobie wyobrazić, jak sami by postąpili w podobnej sytuacji, pod równie wielką presją. Ma to oczywisty skutek: uniemożliwia szczerą rozmowę na temat popełnionych błędów i sprawia, że zamiatamy pod dywan informacje, których koniecznie potrzebujemy, by móc się czegoś nauczyć.

Co gorsza, kiedy przyjrzymy się zjawisku porażki w ogólniejszym kontekście, ironia jeszcze przybierze na sile. Z badań wynika, że często tak bardzo boimy się niepowodzenia i negatywnej oceny ze strony innych, że specjalnie wyznaczamy sobie niekonkretne cele. Wymyślamy więc wymówki, zanim jeszcze weźmiemy się do pracy.

Okazuje się, że tuszujemy pomyłki nie tylko ze strachu przed innymi, ale i po to, by ochronić się przed sobą. Eksperymenty pokazują, że dysponujemy doskonale wykształconą zdolnością obróbki pamięci – jesteśmy niczym montażyści usuwający uwiecznione na taśmie wpadki. Zamiast uczyć się na błędach, dbamy, by do oficjalnej autobiografii, którą każdy z nas pisze w swojej głowie, trafiło jak najmniej wpadek.

Przyjmowana przez nas z reguły perspektywa wobec porażek, czyli uznawanie ich za coś do cna negatywnego, czego samemu należy się wstydzić, a co u innych wolno krytykować, jest głęboko zakorzeniona w kulturze i psychologii człowieka. Według Sidneya Dekkera, psychologa i specjalisty do spraw systemów z Griffith University w Australii, skłonność do stygmatyzacji błędów towarzyszy nam od co najmniej dwóch i pół tysiąca lat¹⁷.

Książka ta ma na celu przedstawić diametralnie odmienny punkt widzenia. Zamierzam dowieść, że musimy porzucić dotychczasowe podejście do porażki. Dotyczy to zarówno nas

osobiście, jak i naszych organizacji i społeczności. To najważniejszy krok na drodze do nowego, skuteczniejszego modelu zachowania, który przyspieszy rozwój ludzkiej działalności i pozwoli zrewolucjonizować zaniedbane dotąd obszary. Jeśli chcemy stać się prawdziwie postępowi, kreatywni i nieustępliwi, musimy nadać porażce bardziej racjonalne znaczenie.

Zanim przejdziemy dalej, poświęćmy chwilę, by przyjrzeć się koncepcji „systemu zamkniętego”, do której będę się regularnie odwoływał. Łatwo pojąć, w czym rzecz, analizując początki medycyny. Pionierzy, do których należał między innymi Galen z Pergamonu (ok. 130–200), rozpowszechnili w czasach antycznych metody postępowania takie jak upuszczanie krwi i podawanie roztworów rtęci¹⁸.

To wszystko były rozwiązania opracowane w jak najlepszych intencjach na podstawie szczytowych osiągnięć ówczesnej nauki. Wiele z nich jednak nie działało, a inne wręcz szkodziły. Szczególnie groźne było puszczanie krwi, które odbierało choremu siły akurat wtedy, gdy najbardziej ich potrzebował. Medycy nie wiedzieli o tym z banalnej, ale niebywale ważnej przyczyny: nigdy nie poddali swoich metod prawdziwemu testowi. Jeśli pacjent wrócił do zdrowia, lekarz stwierdzał: „Puszczanie krwi podziałało!”, a jeśli nie: „Musiał być naprawdę ciężko chory, skoro nie uratowało go nawet puszczanie krwi!”.

Był to klasyczny system zamknięty. W skuteczność puszczania krwi wierzono aż do XIX wieku, a w książce o dziejach tej praktyki autorstwa Gerry’ego Greenstone’a możemy przeczytać, że niejaki doktor Benjamin Rush jeszcze w 1810 roku miał w zwyczaju „utaczać nadzwyczajne ilości krwi, u niektórych pacjentów kilkukrotnie”. W praktyce więc lekarze przez niemal tysiąc siedemset lat zabijali pacjentów, jednak nie z braku inteligencji czy współczucia, lecz dlatego że nie dostrzegali słabości technik, które stosowali. Gdyby którykolwiek z nich przeprowadził badanie

kliniczne (do tego tematu jeszcze wrócimy)*, zwróciłby uwagę na nieskuteczność puszczania krwi i położył grunt pod rozwój.

W ciągu dwustu lat, które upłynęły od pierwszego badania klinicznego, w medycynie dokonał się niezwykły postęp. Odeszliśmy od teorii Galena na rzecz cudów w rodzaju terapii genetycznych i choć wciąż wiele rzeczy nie działa tak, jak powinno, to przyzwolenie na testowanie pomysłów i wyciąganie lekcji z błędów zrewolucjonizowało skuteczność leczenia. Paradoksalnie, podczas gdy medycyna jako taka przeszła na system otwarty i błyskawicznie ewoluowała, służba zdrowia (czyli instytucjonalne rozwiązania mające na celu dostarczanie opieki zdrowotnej prawdziwym osobom żyjącym w złożonych systemach) zatrzymała się w miejscu. (W formalnej teorii systemów terminy „system otwarty” i „system zamknięty” mają konkretne znaczenia, odmienne od tych, które będą stosowane w tej książce. Aby więc była jasność, przez system czy też układ zamknięty będę miał na myśli taki, w którym porażka nie prowadzi do rozwoju, ponieważ informacje na temat błędów i słabości są źle interpretowane bądź ignorowane, natomiast systemami otwartymi będę nazywał te, w których postęp zachodzi, ponieważ uczestnicy racjonalnie ustosunkowują się do informacji zwrotnych).

W kolejnych rozdziałach tej książki odkrywamy, że dzisiejszy świat jest pełen systemów zamkniętych. Znajdujemy je w instytucjach rządowych, firmach, szpitalach, a także w zachowaniu każdego z nas. Przeanalizujemy więc, skąd się biorą, jak im się udaje niepostrzeżenie rozwijać i jak to możliwe, że całkiem inteligentni ludzie kręcą się w miejscu, bo nie potrafią się od nich

* Zdaniem wielu historyków pierwsze pełnoprawne badane kliniczne przeprowadził w 1747 roku lekarz pochodzenia szkockiego James Lind, który podczas długiego rejsu z Brytyjską Kompanią Wschodnioindyjską przetestował skuteczność owoców cytrusowych w zapobieganiu szkorbutowi.

uwolnić. Omówimy też techniki, które pomagają wykrywać złe schematy postępowania i uczyć się podejścia pozwalającego pogłębiać wiedzę.

Autorzy wielu poradników usiłują klasyfikować porażki i wskazują na subtelne różnice między ich niezliczonymi rodzajami. W literaturze znajdujemy więc definicje pomyłek, potknięć, iteracji, suboptymalnych rezultatów, błędów pierwszego i drugiego rodzaju, błędów proceduralnych, błędów statystycznych, nieudanych eksperymentów, fortunnych niepowodzeń, które doprowadziły do przypadkowych odkryć, i tak dalej. Szczegółowa taksonomia porażki z łatwością wypełniłaby całą książkę, uznałem więc, że lepiej będzie, jeśli czytelnik sam w miarę czytania dostrzeże najważniejsze niuanse.

Prawdopodobnie warto wspomnieć w tym miejscu, że nie ma na świecie osoby, która lubi ponosić porażki. Wszystkim – przedsiębiorcom, sportowcom, politykom, naukowcom, rodzicom – zależy na sukcesach. Nie zmienimy jednak tego, że kolektywny sukces złożonego systemu, który tworzymy, wymaga przyznawania się do błędów, uczenia się na ich podstawie i kultywowania atmosfery wyrozumiałości wobec osób ponoszących porażki.

Tam zaś, gdzie porażki prowadzą do tragedii, jak w przypadku śmierci Elaine Bromiley, nauka na błędach stanowi imperatyw moralny.

**Ciąg dalszy w książce,
którą kupisz tutaj:
bit.ly/czarna-skrzynka**

#metodaczarnejskrzynki



MATTHEW SYED

Matthew Syed jest nagradzonym publicystą „The Timesa”, autorem reportaży dla programu Newsnight sieci BBC i regularnym gościem telewizji CNN International oraz World Service TV. Ukończył z najwyższym wyróżnieniem interdyscyplinarne studia z politologii, filozofii i ekonomii na Oksfordzie. Przez prawie dziesięć lat był najlepszym angielskim tenisistą stołowym: trzykrotnie wygrywał mistrzostwa Wspólnoty Narodów i dwukrotnie reprezentował Wielką Brytanię na igrzyskach olimpijskich.

Niniejsza oraz poprzednia książka Matthew Syeda, *Bounce: The Myth of Talent and the Power of Practice* (Odbicie: Mit talentu i potęga ćwiczeń), były w Wielkiej Brytanii głośnymi bestsellerami.

zdjęcie autora: © John Cassidy
projekt okładki: Tomasz Brzozowski

@matthewsyed @insignis_media
#blackboxthinking #metoda czarnej skrzynki

Jest coś, czego od branży lotniczej powinniśmy nauczyć się wszyscy.
To coś, co przychodzi z trudem, bo stoi w sprzeczności z naszym
instynktem i naszą ułomną naturą.
To nauka na błędach.

Google, zespół Formuły 1 firmy Mercedes, wynalazca James Dyson,
Michael Jordan i David Beckham. Co ich łączy z lotnictwem?

Wszyscy oni korzystają z **metody czarnej skrzynki** – nie tylko odważnie
przyznają się do błędów, ale wręcz uważają swoje porażki za najlepsze źródło
wiedzy. Nie wypierają się potknięć, nie zrzucają winy na innych, nie tuszują
niewygodnych faktów, a sukces zawdzięczają analizie swoich niepowodzeń.

Ilu z nas może z ręką na sercu powiedzieć, że też ma takie zdrowe
podejście do porażki?

Radę, by uczyć się na błędach, traktujemy dziś jak wyświechtany
frazes, tymczasem jest to najskuteczniejsza znana człowiekowi metoda
zdobywania wiedzy. Ta książka przedstawia jej niesamowitą historię.

Pokazuje, jak wielką szkodę wyrządzamy sobie, nie wyciągając lekcji
z porażek. Matthew Syed poprzez szokujące przykłady, niepublikowane
wcześniej wywiady i bardzo praktyczne wnioski unaocznia nam, że każdy
może się nauczyć skutecznie korzystać ze swojej czarnej skrzynki.

Katastrofy lotnicze, dramaty na salach operacyjnych, wpadki
sądownictwa, porażające konsekwencje wypierania błędów i obwiniania
innych. Szokująca, pasjonująca i otwierająca oczy lektura o znaczeniu
porażki i naturze sukcesu.

NIESAMOWITA KSIĄŻKA.

DR MACIEJ LASEK
PRZEWODNICZĄCY
PKBWL (2012-2016)

CAŁKOWICIE ODMIENI
WASZĄ PERSPEKTYWĘ.

„THE TIMES”



insignis

ISBN: 978-83-65315-95-3



9 788365 315953

cena sugerowana 39,99 zł w tym 5% VAT

patroni
medialni

charaktery
magazyn psychologiczny

FOCUS

IMAGAZINE

MyApple

wykop.pl