



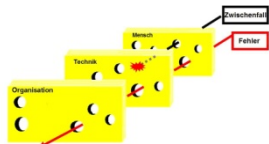
Mehr Sicherheit durch

Critical Incident Reporting System

Nenad Kragic, OP Manager
Privatklinik Linde AG, Biel



AGENDA



1. Portrait Privatlinik Linde AG, Biel

2. Sicherheit durch Fehlerkultur

3. CIRS

4. Systemansatz

5. Fragen





1. Privatklinik Linde AG, Biel



THE SWISS
LEADING 
HOSPITALS
Best in class.

In guten Händen – im Spital ihres Facharztes



Das Spital meiner Wahl



2. Sicherheit durch Fehlerkultur



- Passieren Fehler in unserem Team?
- Werden Fehler offen kommuniziert?
- Werden aufgrund von Fehlern Verbesserungen in den Prozessen gemacht?

Realität in vielen Betrieben



- Fehler werden verschwiegen
- „naming, blaming, shaming“ Fehlerkultur
 - = Fehler benennen, Schuld zuweisen, sich für die Fehler schämen

(Sonnweber, 2008)

- Personenansatz im Vordergrund



Gründe für Fehler im OP



- hohe Arbeitsbelastung
- fehlendes Fachpersonal
- lange Dienste ohne Einhaltung der Ruhezeiten
- Arbeit unter ständigem Zeitdruck
- hohe Stressbelastung
- komplexe Arbeitswelt
- viele Schnittstellen mit anderen Berufsgruppen
- hohe Verantwortung gegenüber dem menschlichen Leben

Eisbergmodell



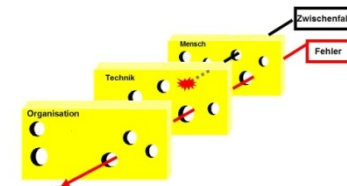
Eisbergmodell der Fehlervorstufen nach Staender 2001

Vertrauen unabhängig von Hierarchien



- Mitarbeiter müssen die Offenheit und Transparenz spüren, damit sie mit Fehlern offen umgehen können
 - Mitarbeiter sollten ihre Ideen und Anliegen anbringen können und diese sollten wiederum von der Führung ernst genommen werden
 - Bis zu einem gewissen Masse müssen Mitarbeiter auch mitentscheiden können
- Dies führt zu Offenheit und Motivation, was die Grundlage für eine offene Kultur bildet.

3. CIRS – aus Fehlern lernen



= **Critical Incident Reporting System**

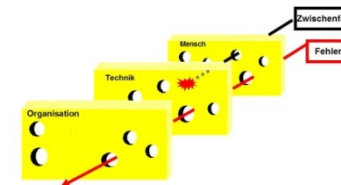
Definition des „Kritischen Zwischenfalls“

Ein kritischer Zwischenfall ist ein Ereignis, das den Patienten gefährden kann, aber nicht schädigt.

Konsequent keine Schäden, sondern nur Gefährdungen melden

Institute of Medicine, Linda T Kohn et al.: To err is human, 2000

Geschichte

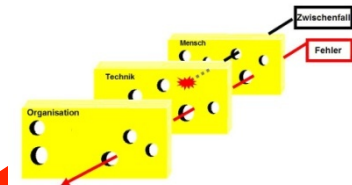


Aviation Safety Reporting System (ASRS)



- Ursprung in der Fliegerei
- In der Schweiz das erste Mal 1995 im Departement Anästhesie des UNI Spitals Basel entwickelt. 1996 die erste elektronische CIRS Version
- Neben einem ähnlichen System in Australien war es damals das Einzige weltweit

Fehler passieren...

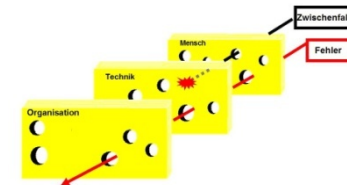


Falscher
Lungenflügel
entfernt

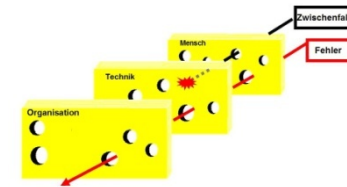
Woran liegt es? Mögliche Ursachen?



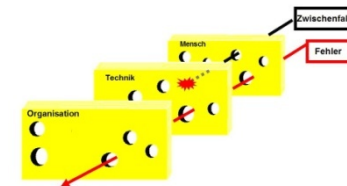
Kommunikation und Information...



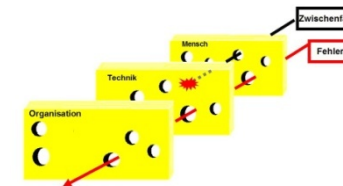
Übungen



Betrachtungsweise...



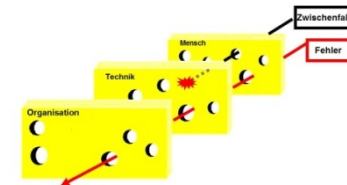
Stroop Experiment



ROT GELB ROT GRÜN BLAU
GELB BLAU GRÜN ROT GELB
GELB ROT GELB GRÜN BLAU
ROT GRÜN BLAU GELB ROT
BLAU ROT GELB ROT GRÜN
GRÜN BLAU ROT ROT BLAU

- Stroop-Effekt -

Übung unter Zeitdruck

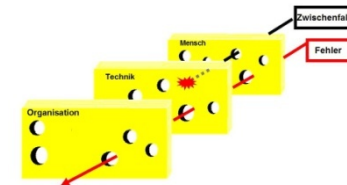


Die Flaschenöffnungen
Flüssigkeiten haben
Flaschendicht

Alle und, wieviele F sind es??
sollte sofort eingesammelt
und entsorgt.

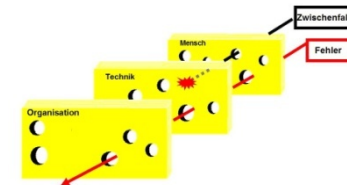
Die fehlerhafte Entsorgung sollte aber
vermieden werden!

Zitat Prof. N. Patlisky



- Jede/r macht Fehler
- Niemand macht absichtlich Fehler
- (Fast) jeder Fehler hat eine systemische Komponente

Was lernen wir daraus?



- **Standpunkt der Fehlersichtweise ändern**

J.Reason, BMJ Vol 320 18 March 2000

- **Persönliche Fehler**

- Fehler entstehen durch einzelne Personen, aber jeder kann aus diesen lernen
- Persönliche Sanktionen verhindern Fehler (Zugeständnis)

- **Systemfehler**

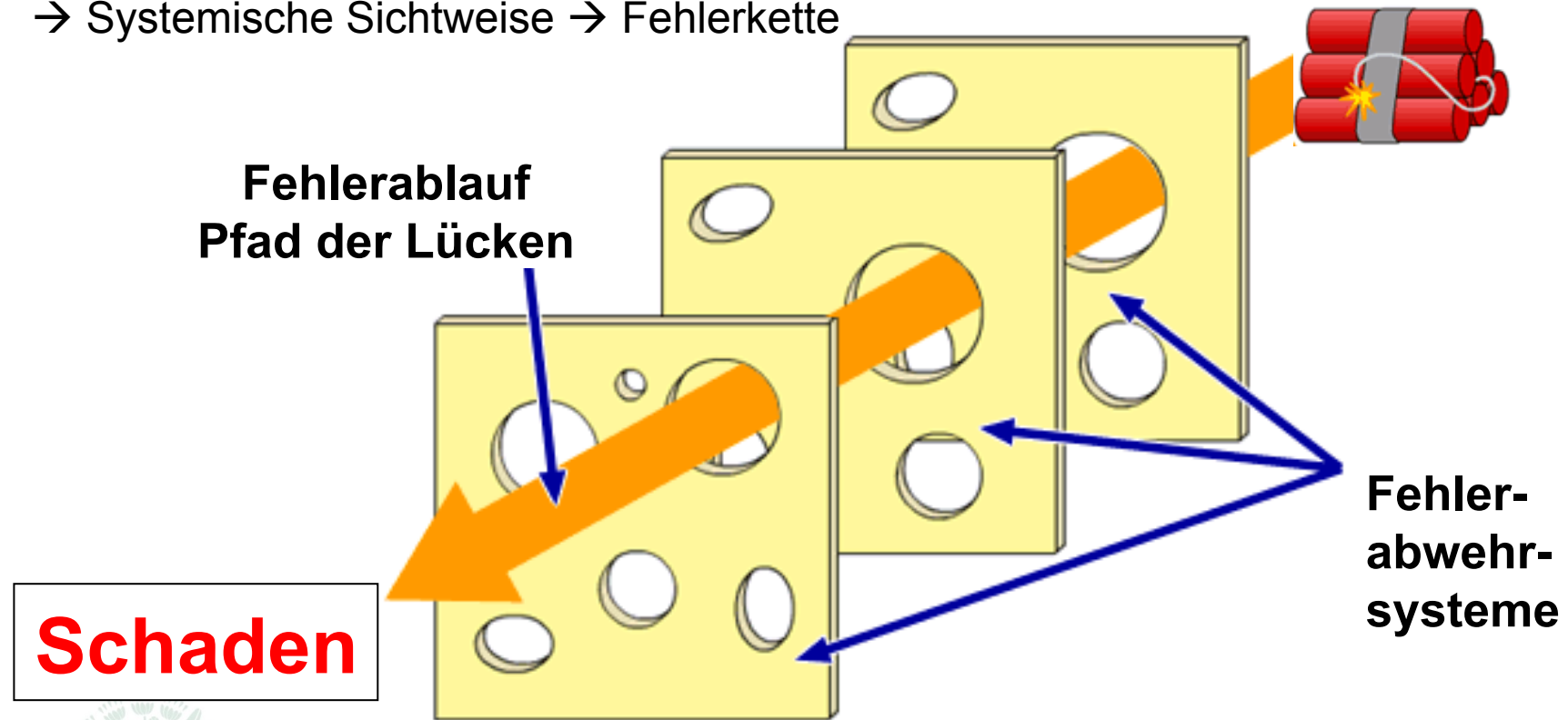
- Fehler entstehen, weil das System es zulässt
- Fehler werden durch Fehlerabwehrsysteme verhindert



Schutzmechanismen aufbauen

Swiss Cheese Model of System Accidents

→ Systemische Sichtweise → Fehlerkette



4. Systemansatz - Beschäftigung mit Fehlern in Risiko-Bereichen



- Jeder Fehler als Einblick in den „Gesundheitszustand“ des Systems betrachten
- Genaue Analyse aller Fehler
- Beschäftigung mit Fehlern - die wichtigste Quelle des organisationalen Lernens

Rahmenbedingungen des CIRS



- Ermöglicht Fachleuten, anonym und freiwillig über Zwischenfälle in ihrem Arbeitsalltag zu berichten
- Nutzung im Rahmen des QM

Ziele des Meldesystems CIRS



- Ereignisanalyse steht im Vordergrund - QM
- Konsequenz keine Suche nach Schuldigen
- Verbesserung der Sicherheit und Leistungsqualität für den Patienten und Mitarbeitenden
- Lernpotential um zukünftig Fehler zu vermeiden
- Zentrale Prämisse: „blame the system, not the Person“
 - Beschuldige das System, nicht die Person
 - Cave: Erfordert Verankerung in der Unternehmenskultur (Fehlerkultur)

Mögliche Meldeereignisse



- Patientenverwechslungen
- Seitenverwechslungen / Falsche Lokalisationen
- Kommunikationsfehler (unter Zeitdruck)
- Technische Fehler
- Medikamentenverwechslungen/Applikation
- Organisatorisch (OP-Programm)
- fehlendes Material
- ...

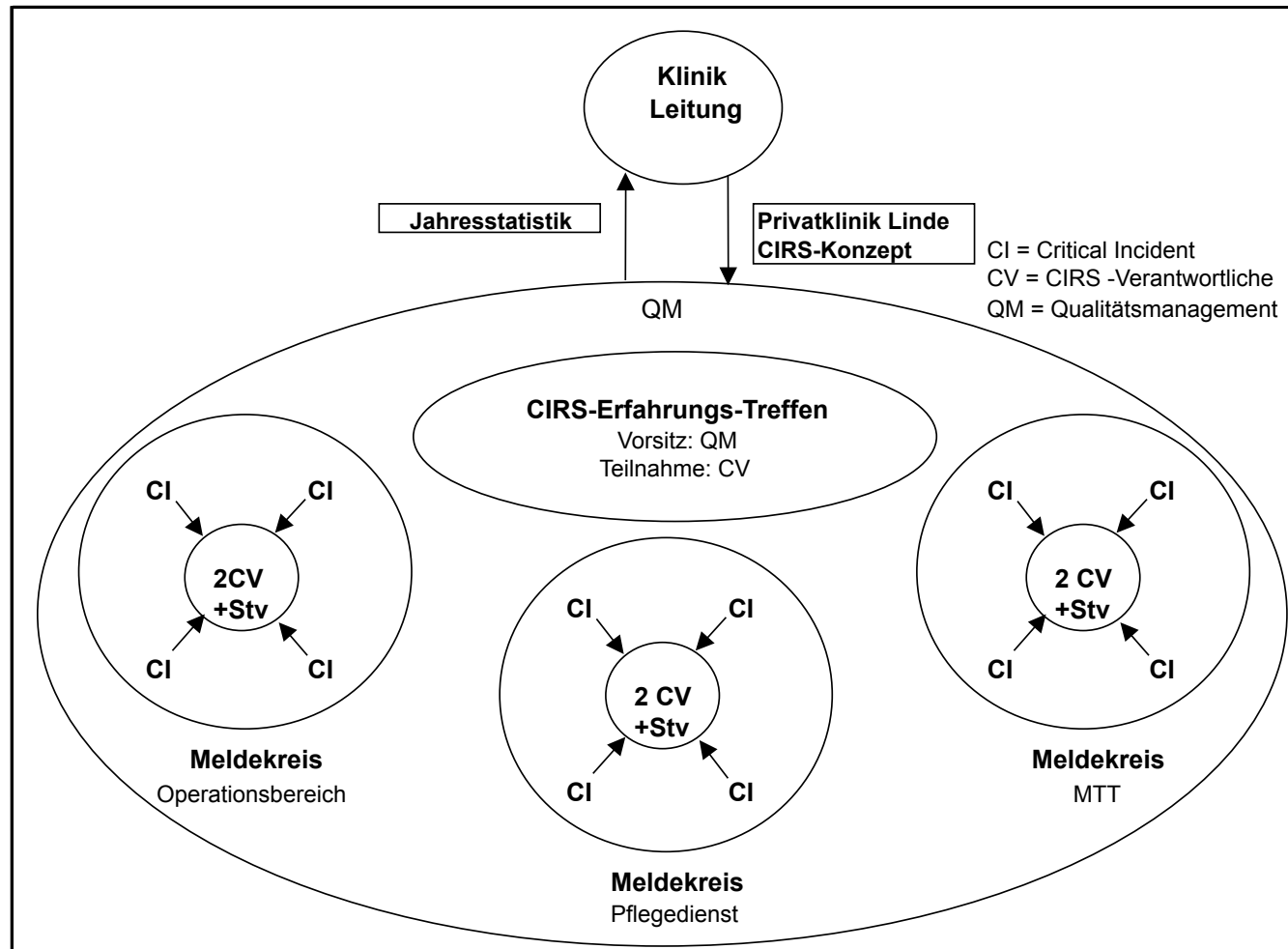
Einführung und Erfahrungen aus der Praxis



- CIRS Einführung im OP September 2009



Aufbauorganisation Privatklinik Linde AG

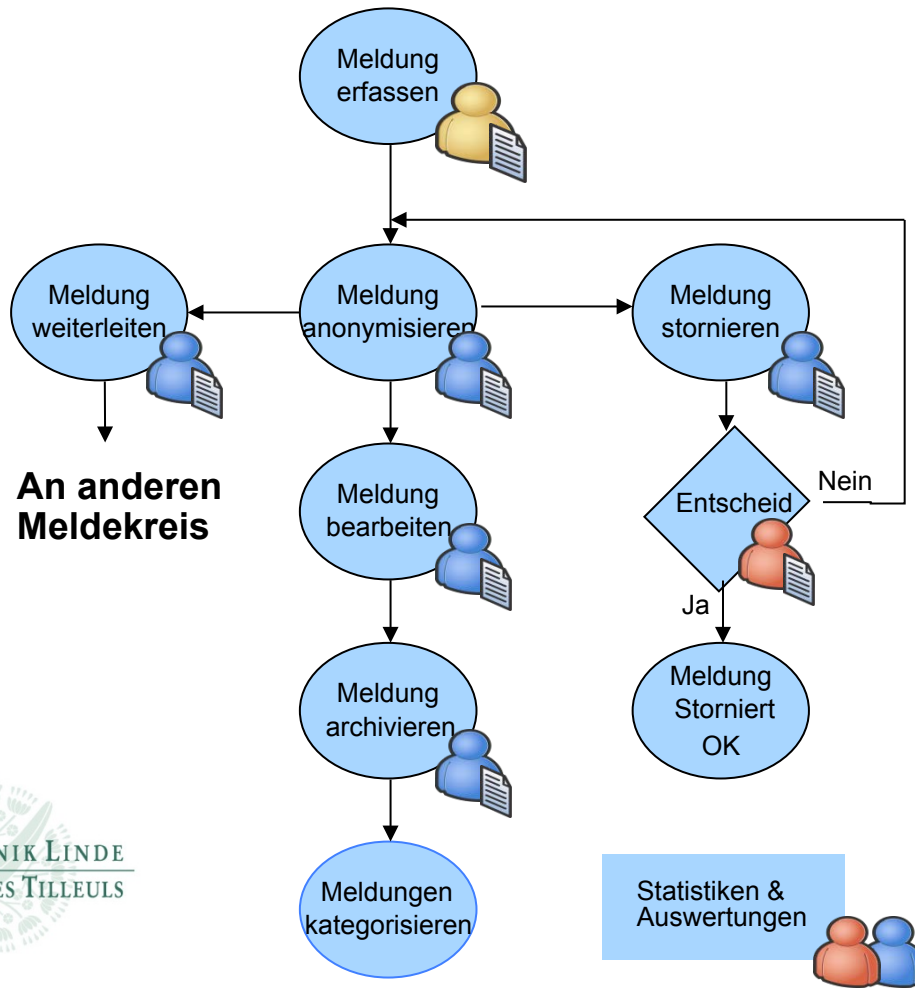


In Anlehnung n. N. Rose, FHSG St. Gallen




4. Prozessablauf nach einer CIRS Meldung



Prozess





Rollen

-  CIRS Verantwortlicher
-  QM
-  Anonyme User

Meldung durchführen – kurzes 3 Min. Formular



	Links 
News	 Diverse Links Meldeportal (CIRS + Vorschlagswesen) Outlook (Web Access) Spitalwörterbuch iba Bestellung HPlus - eFlash
GL-Info	
Informationen allgemein	
Interna	
QM-Handbuch	
Organisation	
Informatik	
Spitaltechnik	
Apotheke	
Patientenadministration	
Personal	
Restaurant	
Foto-Galerie	
Links	
KIS Betrieb	
Leistungserfassung Pflege LEP	



Meldung durchführen – kurzes 3 Min. Formular



Meldeportal / Organisation OM



Neue CIRS Meldung erfassen

Definition: Ein Zwischenfall ist ein ungewolltes oder vermeidbares Ereignis, welches den Patienten gefährden kann, aber nicht schädigt.

Spital

Meldekreis

Beschreibung des Ereignisses

Mögliche Massnahmen, um einen ähnlichen Zwischenfall in Zukunft zu verhindern

- Einschätzung des Schweregrades
- I, leicht, keine Massnahme notwendig
 - II, mittel, Notwendigkeit einer Therapie / Intervention
 - III, schwer, schwerer oder lebensbedrohlicher Zwischenfall ist / hätte eintreten können

Ursache(n) des Zwischenfalles (Zutreffendes auswählen):

- Menschliche Fehler
- Fehleinschätzung
 - Unaufmerksamkeit
 - Verwechslung
 - Müdigkeit
 - Stress
 - Ungenügendes Fachwissen
 - Mangelnde Ausbildung
 - Anderer menschlicher Fehler

Meldung durchführen – kurzes 3 Min. Formular



Organisation / Kommunikation

- sprachliche / emotionale Kommunikationsprobleme
- Fehlende Supervision
- Ungünstige personelle Zusammensetzung
- Personalknappheit
- Unklare / fehlende Verordnungen / Anweisungen
- Anderes organisatorisches Problem

Infrastruktur / Umgebung

- Zu wenig Platz
- Hohe Aktivität auf der Station
- Lärm
- Andere Infrastruktur / Umgebungsprobleme

Technische Probleme

- Monitordefekt
- Fehlende technische Kenntnisse
- Apparate nicht verfügbar
- Anderes technisches Problem

Anderere Ursachen

- Medikamentennebenwirkung
- Allergie
- Falscher Patient
- Andere Ursachen

Meldung absenden

CV 1 anonymisiert die Meldung und löscht das Original



Meldeportal Home

CIRS-Verantwortliche

- Neue Meldungen
- Bearbeitete Meldungen
- Stornierte Meldungen
- Archivierte Meldungen
- Berichte & Statistiken
- Verbesserungsmaßnahmen

CIRS - Neue Meldungen

10431 02/2013
10430 02/2013
10421 12/2012
10420 12/2012
10417 11/2012
10416 11/2012
10415 11/2012
10414 11/2012
10411 11/2012
10410 10/2012
10409 10/2012
10405 09/2012
10404 09/2012
10403 08/2012
10401 08/2012
10400 06/2012

Spital

Meldekreis

Beschreibung des Ereignisses

Mögliche Massnahmen, um einen ähnlichen Zwischenfall in Zukunft zu verhindern

Einschätzung des Schweregrades

Ursache(n) des Zwischenfalles:

Ursache	Detail der Ursache
Menschliche Fehler	Unaufmerksamkeit
Menschliche Fehler	Verwechslung
Andere Ursachen	Falscher Patient

Meldung bearbeiten Meldung stornieren Meldung weiterleiten

Beschreibung des Ereignisses

Mögliche Massnahmen, um einen ähnlichen Zwischenfall in Zukunft zu verhindern

Einschätzung des Schweregrades

I, leicht, keine Massnahme notwendig

II, mittel, Notwendigkeit einer Therapie / Intervention

III, schwer, schwerer oder lebensbedrohlicher Zwischenfall ist / hätte eintreten können

Bemerkung

Meldung wird vom CV1 bzw. CV2 analysiert und anschliessend archiviert



Meldeportal / Organisation QM > CIRS Verantwortliche



CIRS Verantwortliche

Meldeportal Home

CIRS-Verantwortliche

- Neue Meldungen
- Bearbeitete Meldungen
- Stornierte Meldungen
- Archivierte Meldungen
- Berichte & Statistiken
- Verbesserungsmaßnahmen

CIRS - Archivierte Meldungen

- 10329 11/2011 ▲
- 10319 09/2011
- 10302 05/2011
- 10301 05/2011
- 10299 04/2011
- 10293 03/2011
- 10275 11/2010
- 10258 08/2010
- 10255 08/2010
- 10254 08/2010
- 10241 05/2010
- 10233 04/2010
- 10231 03/2010
- 10227 03/2010
- 10222 03/2010
- 10221 03/2010 ▼

Spital

Privatlinik Linde

Meldekreis

Operationsbereich

Beschreibung des Ereignisses

Anruf an Dienstarzt Anästhesie wegen Patient mit starken Schmerzen ("unerträglich", VAS 10/10). Diensthabender Anästhesist entscheidet einen distalen Ischiadikus-Katheter für die Schmerztherapie einzulegen, damit man Opiate meiden kann und der Patient schmerzfrei ist. Verordnung für eine

Mögliche Massnahmen, um einen ähnlichen Zwischenfall in Zukunft zu verhindern

Der Prozess schreibt vor, dass eine doppelte Kontrolle stattfindet. Der Anästhesist bzw. der Benutzer ist immer verpflichtet eine Kontrolle durchzuführen.

Einschätzung des Schweregrades

mittel

Fachbereich

Bemerkung

Ursache(n) des Zwischenfalles:

Ursache	Detail der Ursache
Menschliche Fehler	Unaufmerksamkeit
Menschliche Fehler	Mangelnde Ausbildung
Organisation / Kommunikation	Fehlende Supervision
Technisches Problem	Fehlende technische Kenntnisse

Periodische Diskussion im Team



CIRS-Besprechungen (in Teamrapporte integrieren)

- Eingegangene Meldungen diskutieren, Verbesserungsmaßnahmen ableiten
- Rückmeldung von umgesetzten Verbesserungen
- Mögliche systematische Gründe für das Ereignis diskutieren
- Nötige Systemveränderungen diskutieren und in Absprache mit dem Vorgesetzten umsetzen

Bsp. von Verbesserungsmaßnahmen aus der Praxis..

CIRRNET



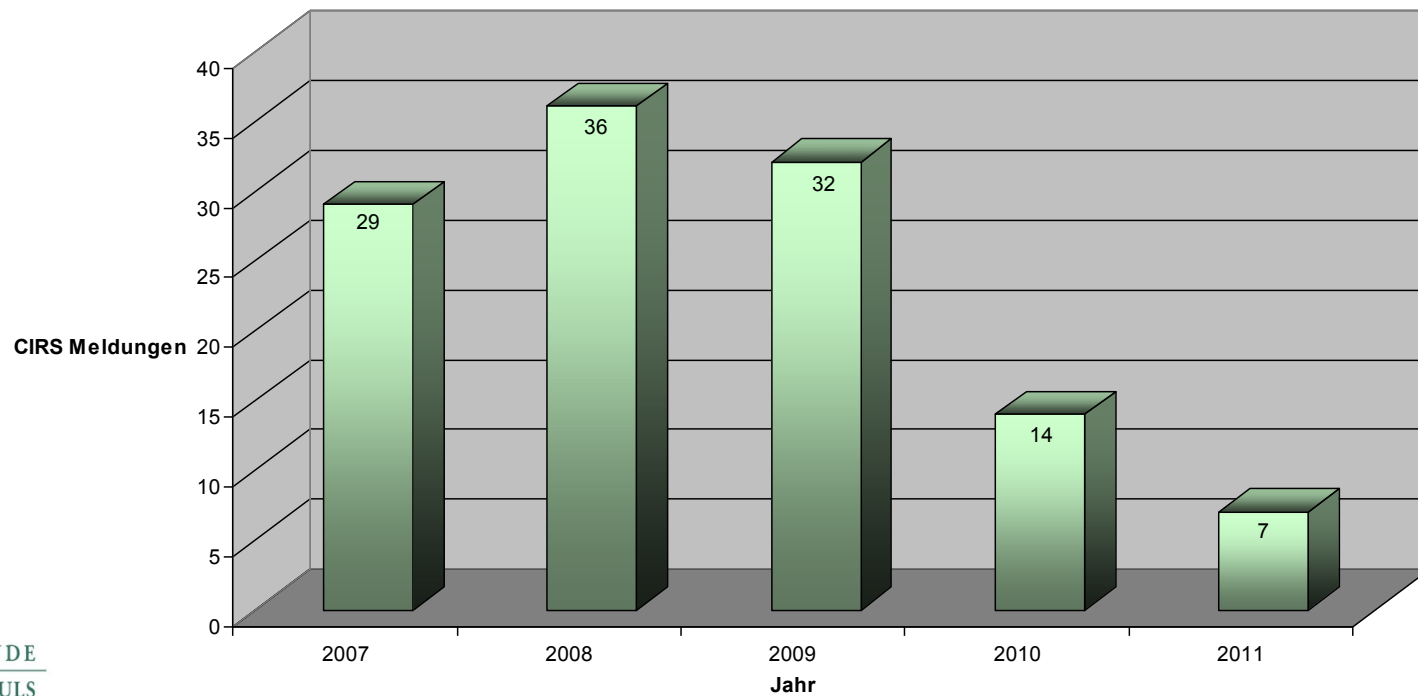
- Ein Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz
- CIRS-Meldungen aus lokalen Fehlermeldesystemen auf überregionalem Niveau aufbereitet und den angeschlossenen Netzwerkpartnern zugänglich gemacht
- Aus lokalen CIRS-Meldungen werden überregional relevante Problemfelder identifiziert, Verbesserungsempfehlungen von Fachleuten entwickelt und durch die Stiftung Patientensicherheit verbreitet
- Eine Rückverfolgung zum meldenden Netzwerkteilnehmer ist technisch nicht möglich. Alle Originalmeldungen werden von der CIRRNET-Leitung anonymisiert.

Meldungsstatistik Privatklinik Linde AG



Eingegangene Meldungen Operationsbereich (OPS / Anästhesie / ÜWR / Steri / Lagerungspflege)

CIRS Meldungsstatistik Privatklinik Linde AG





**Melden ist ...
der erste Schritt zur Verbesserung**

5. Fragen



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

