

CIRS - Anwendung und Umsetzung im Gesundheitswesen

JONATHAN MEIER

BTX8111r - Seminar 1

Kerstin Denecke*

15. Juni 2016

Critical Incident Reporting Systems bieten Mitarbeitern eines klinischen Betriebes die Möglichkeit, Fehler und kritische Ereignisse anonym zu melden. Aus den so entstehenden *Reports* werden Sicherheitsmassnahmen abgeleitet und eingeführt. Diese verhindern weitere, vergleichbare Vorfälle und leisten damit einen wesentlichen Beitrag an die Patientensicherheit. CIRNET[®] ermöglicht als überregionales Meldesystem, Fehler auf nationaler Ebene zu sammeln und zu analysieren. Die so entstehenden *Quick-Alerts*[®] werden öffentlich zugänglich gemacht und tragen zu einem schweizweit sichereren Gesundheitswesen bei.

Pro Jahr sterben in Schweizer Spitälern schätzungsweise zwischen 1000 und 3000 Patienten an sogenannten *Preventable Adverse Events* (PAE), also infolge von kritischen Ereignissen, die eigentlich vermeidbar gewesen wären. Das sind deutlich mehr, als bei Autounfällen, durch AIDS oder wegen Grippe ums Leben kommen [1]. Die Gründe dafür sind meist multifaktoriell, verantwortlich sind z.B. die Arbeitsbelastung des Personals, Kommunikationsprobleme oder Teamfaktoren. Sogenannte *Critical Incident Reporting Systems* (CIRS) leisten hier einen relevanten Beitrag zur Patientensicherheit. Über diese können Mitarbeiter klinischer Institutionen Vorfälle über ein Computersystem anonym melden. Die so entstehenden Fehlerrapporte werden von einem *CIRS-Komitee* eingesehen und bearbeitet. Daraus werden Sicherheitsmassnahmen abgeleitet, die vergleichbare Vorfälle in Zukunft verhindern sollen.

Verbesserte Patientensicherheit

Auch in einem klinischen Betrieb passieren Fehler. Einzelne *Critical Incidents* (CI) haben bei Ihrem Auftreten in der Regel keine direkten schädigenden Auswirkungen. Treten jedoch mehrere hintereinander auf, führen sie zu einem *Adverse Event*, also einem Unfall mit Schaden für den Patienten. Dieses Zusammentreffen beschreibt das *Swiss Cheese Model* (siehe Abb. 1). Gelingt es, die einzelnen 'Löcher' mit geeigneten Sicherheitsmassnahmen zu schliessen, wird das System sicherer - das Gesamtrisiko für *Adverse Events* sinkt. Das ist das Ziel von CIRS. Durch das *Reporting* kritischer Zwischenfälle können Massnahmen zur künftigen Verhinderung derselben ergriffen werden. Somit haben CIRS das Potential, medizinische Abläufe sicherer zu machen, was für Patient wie auch Leistungserbringer hohe Priorität hat.

*Betreute die Arbeit. Herzlichen Dank für die jeweils schnelle Beantwortung der (zahlreichen) Fragen.

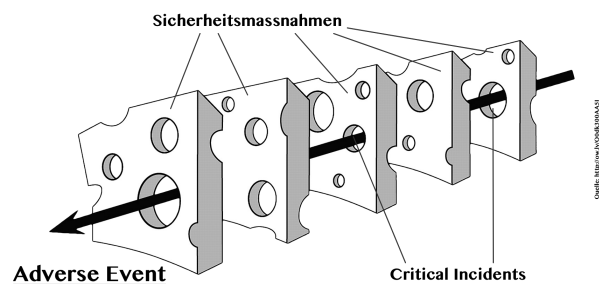


Abbildung 1: Das Swiss Cheese Model [2]

Vom Hangar ins Krankenhaus

Die Idee der Fehlermeldesysteme stammt nicht aus der Medizin. Die Amerikanische Luftwaffe definierte bereits während des 2. Weltkrieges Vorgehensweisen, um technische Mängel, Beinahe-Fehler, Fehler und kritische Ereignisse zu rapportieren und zu analysieren. Inzwischen hat sich dieses Sammeln und Bearbeiten von *Reports* als *Aviation Safety Reporting System* (ASRS) in der Fliegerei fest etabliert. Die Medizin entdeckte den Wert dieser Idee erst Jahrzehnte später. Schweizer Vorreiter der CIRS war das Kantonsspital Basel, welches im Jahr 1996 das erste Schweizer CIRS einführte [3]. Seither wurden die entstandenen Lösungen und Prozesse stetig weiterentwickelt. Vor allem medizinische Fachdisziplinen, die stark auf Sicherheit angewiesen sind, (wie beispielsweise die Anästhesiologie), trieben Erneuerung und Verbesserung von Fehlermeldesystemen an. Heute haben die meisten Schweizer Spitäler CIRS im Einsatz [1].

Von der Meldung zur Massnahme

In der Regel erfolgt eine CIRS-Meldung über einen Intranet-Zugang mit gesicherter Verbindung, der ein standardisiertes Formular zur Verfügung stellt. Mit

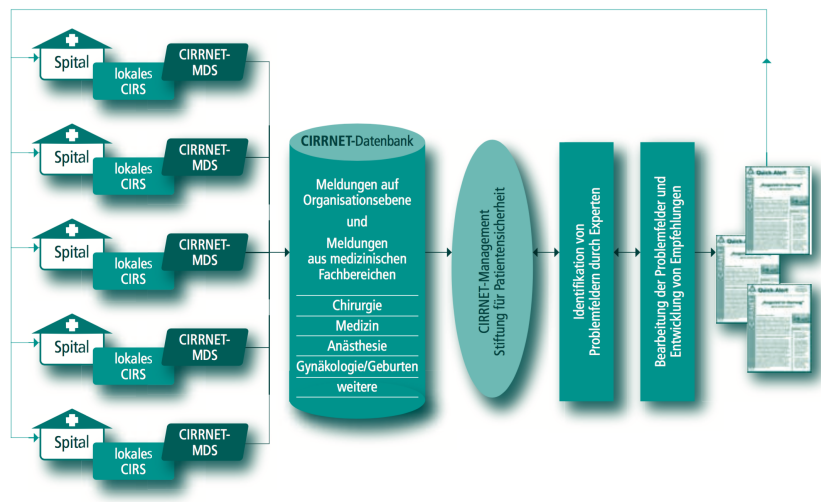


Abbildung 2: Der CIRNET®-Workflow zur Ausarbeitung von Quick-Alerts®

bestimmter Regelmässigkeit werden daraus anonymisierte *Reports* generiert, die von einem CIRS-Komitee eingesehen und bearbeitet werden. Diese bestehen aus mehreren Personen aus verschiedenen Berufsgruppen und sind Teil derselben Organisationseinheit (z.B. Geburtsstation). Diese erstellen, wenn nötig und sinnvoll, auf die Einheit zugeschnittene Massnahmen zur Verhinderung von weiteren, ähnlichen Vorfällen und führen diese ein [4].

Fehler melden auf nationaler Ebene

CIRNET®, ein Projekt der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit, ist ein Netzwerk für Fehlermeldesysteme. Die verschiedenen lokalen CIRS (siehe Abb. 2) können ihre Fehlermeldungen anonymisiert an dieses weiterleiten. Mit Hilfe der so entstehenden Datenbank können Experten verschiedener medizinischer Bereiche Institutionen übergreifend Problemfelder identifizieren und dafür Empfehlungen entwickeln. Diese werden dann als sogenannte *Quick-Alerts*® veröffentlicht. Nach dem Start im Jahr 2006, beteiligen sich heute 39 Gesundheitsinstitutionen in allen vier Sprachregionen, weitere schliessen sich laufend an. Bis Mai 2016 wurden 36 Sicherheitshinweise als *Quick-Alerts*® veröffentlicht [5].

Die Herausforderungen

Innerhalb der Bereiche, in denen Vorfälle gemeldet werden, ist es eine grosse Herausforderung, die Anonymität der Rapportierenden zu gewährleisten. Weiter muss eine Kultur geschaffen werden, die Fehler nicht abstrafte, was Mitarbeiter aus Angst vor Konsequenzen daran hindert, *Critical Incidents* zu melden.

Fazit

Der erfolgreiche Betrieb von CIRS setzt drei Dinge voraus: Die nötige **technische Infrastruktur**, die **richtigen Prozesse** zur Analyse und Verarbeitung der Meldungen, sowie eine **rapportbejahende Kultur**.

Sind diese Punkte gegeben, können CIRS einen grossen Beitrag zur Patientensicherheit innerhalb eines Betriebes leisten. Werden solche Meldungen, wie in der Schweiz, zusätzlich durch ein überregionales System bearbeitet, profitieren Patienten und Gesundheitswesen einer ganzen Nation von sichereren Behandlungen.

Referenzen

- [1] Philipp Schneider, Annette Egger und Rebekka Kurz. „Bessere Qualität dank Critical Incident Reporting-Systemen? Eine Frage der Kultur?“ In: *Schweizerische Ärztezeitung* 37 (2013), S. 1407–1411.
- [2] J Reason, E Hollnagel und J Paries. „Revisiting the «Swiss cheese» model of accidents“. In: *Journal of Clinical Engineering* 27 (2006), S. 110–115.
- [3] J. Davies S. Staender u. a. „The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database“. In: *International Journal of Medical Informatics* 47 (1997), S. 87–90.
- [4] Norbert Rose und Daniel Germann. „Resultate eines krankenhausweiten Critical Incident Reporting System(CIRS)“. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 10.2 (2005), S. 83–89.
- [5] Olga Frank u. a. „CIRNET®-Aus Fehlern lernen. Eine Erfolgsgeschichte“. In: *Therapeutische Umschau* 69.6 (2012), S. 341.