

Implementierung von CIRS in der Klinik – praktische Durchführung und ein Fallbeispiel

Wingenfeld C., Badekow K. und Dünnwald F.
St. Remigius Krankenhaus Opladen, Leverkusen



Das **Critical Incident Reporting System** (CIRS) gilt als leistungsstärkstes Werkzeug zur Patientensicherheit und Vermeidung von Fehlern im Krankenhaus gewertet. Obwohl der Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen und von Versicherungen sowie Zertifizierungssystemen gefordert ist, fehlen CIRS noch immer in vielen Abteilungen.

Wir haben 2008 in unserer Klinik CIRS und Team time out eingeführt. Hiermit möchten wir eine praktische Leitlinie zur Implementierung geben gleichzeitig aber auch Schwierigkeiten und pitfalls darstellen. Anhand eines Beispiels aus unserer Klinik wird die erfolgreiche Aufarbeitung eines critical incidents, und die daraus gezogenen Konsequenzen gezeigt.

Ablauf der Implementierung

Bildung eines CIRS-Teams

Mitglieder dieses Teams sollten in der Klinik etablierte Mitarbeiter unterschiedlicher Hierarchieebenen sein, die ein hohes Ansehen genießen und akzeptiert sind.

Das Team muss einen Zeitplan zur Einführung des Fehlermeldesystems erstellen und das Datum der Einführung sollte in der Klinik bekannt geben werden.

Zur nachhaltigen Bestätigung der Ernsthaftigkeit des Fehlermeldesystems sollte das Team durch einen Mitarbeiter höchster Ebene z.B. Chefarzt, Verwaltungschef öffentlich für alle Mitarbeiter und Fachdisziplinen der Einrichtung vorgestellt werden.

Vor Einführung sollte vom CIRS-Team grundsätzlich anerkannt werden, daß:

1. Fehler häufig vorkommen,
2. Fehler jedem passieren,
3. Fehler erkannt werden sollen und
4. aus Fehlern gelernt werden soll

Grundvoraussetzungen für ein funktionierendes Meldesystem:

1. Flache Hierarchien während der praktischen Durchführung
2. Beteiligung Chefarzt / der klinischen Leitung als Vorbildfunktion
3. Zeitnahe Berichterstattung eines CI
4. Freiwilligkeit der Berichterstattung
5. Schulung der Mitarbeiter über Wichtigkeit der CI Meldung
6. Die Meldung eines CI darf nicht sanktioniert werden
7. Regelmäßige Foren zur Analyse der CIs mit Feedback an die Beteiligten.
8. Anonymes Meldesystem ist nicht immer sinnvoll

Fallbeispiel – Falsche Alarmierungskette bei Notfall

Während des Nachtdienstes ist die Klinikpforte bisweilen mit studentischen Aushilfskräften besetzt. Im folgenden ist es zu einem Beinaheunfall gekommen, da die Aushilfskraft nicht mit der Alarmierungskette im Notfall vertraut war.

Die diensthabende Krankenschwester der internistischen Station meldete einen Reanimationsnotfall an die Klinikpforte.

Da der Aushilfskraft an der Nachtpforte nicht die zentrale Notfall Telefonnummer bekannt war, rief er die diensthabende Chirurgin an. Diese war mit den zu treffenden Reanimationsmaßnahmen vertraut und konnte helfen, wäre sie aber aufgrund einer gleichzeitig stattfindenden Operation gebunden gewesen, hätte dieser Systemfehler fatale Folgen gehabt. Die Chirurgin meldete den Fall als CI.

Konsequenzen:

Nach Behandlung des Falles in der CIRS Konferenz wurde das Notfallmanagement analysiert und zum Teil umstrukturiert. Folgende Änderungen wurden umgesetzt:

-Einführung einer zentralen leicht zu merkenden Notfalltelefonnummer

-Anbringen gut sichtbarer Schilder mit der zentralen Notfallnummer an jedem Stationsstützpunkt und der Klinik hauptpforte

-Einführen eines „roten Notfall Telefons“. Wird das Mobiltelefon versehentlich abgelegt, erkennt jeder Mitarbeiter um welches Telefon es sich handelt und kann es dem diensthabenden Notarzt zurückgeben.

- Gleichzeitig Installation eines zentralen Platzes für den Notfallwagen (Defibrillator / Medikamente)



CIRS Meldesystem

Wesentliche Kennzeichen eines effektiven CIRS Meldebogens sind:

Der Bogen ist Freitext basiert

Der Bogen steht in Papierform zur Verfügung, nicht als ausschließliches Online Dokument

Der Bogen berücksichtigt interne Strukturen der Klinik

Der Bogen muss für alle relevanten Berufsgruppen schnell verfügbar sein

CIRS Meldung	
St. Remigius Krankenhaus Leverkusen Orthopädie / Unfallchirurgie	
Patient (falls betroffen) Datum	
Ereignis Wo ist das Ereignis passiert?	
Was ist passiert?	
In welchem Kontext fand das Ereignis statt?	<input type="checkbox"/> Routinebetrieb <input type="checkbox"/> Notfall
Was war das Ergebnis?	
Wo sehen Sie die Gründe für das Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?	

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? Täglich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> erstmalig <input type="checkbox"/>
Kam der Patient zu Schaden? (falls bereits bekannt) <input type="checkbox"/> Nicht anwendbar (kein Patient) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten <input type="checkbox"/> Passagier Schaden leicht / mittel <input type="checkbox"/> Passagier Schaden schwer <input type="checkbox"/> Dauerschaden leicht / mittel <input type="checkbox"/> Dauerschaden schwer <input type="checkbox"/> Tod
Berichtersteller Wer berichtet? (Berufsgruppe)
Bemerkungen zum Eingabeformular / Ergänzungen