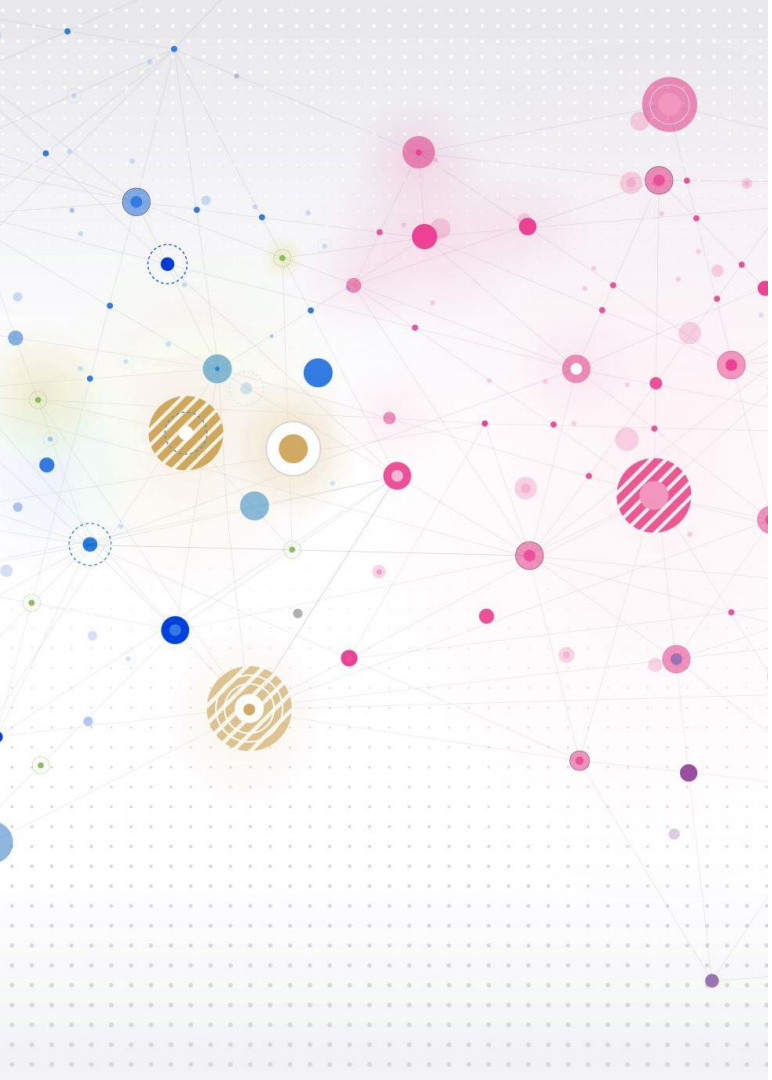


CIRS

VERGANGENHEIT
GEGENWART
ZUKUNFT

PD Dr. med. Sven Staender

Kompetenzzentrum Medizin-Ethik-Recht Helvetiae

Universität Zürich

Disclosure

- Inhaber Simply-Safe GmbH
- Mandate:
  - Kompetenzzentrum Medizin, Ethik, Recht Helvetiae Universität Zürich
    - CAS «Safety in Healthcare» (ab Oktober 2025)
  - Expertenmandat Stiftung Patientensicherheit Schweiz
  - Expertenmandat Hochschule Luzern
  - Advisory Board QUMEA
  - Advisory Board European Patient Safety Foundation (Past-President)

Die Vergangenheit

Wie CIRS entstanden ist

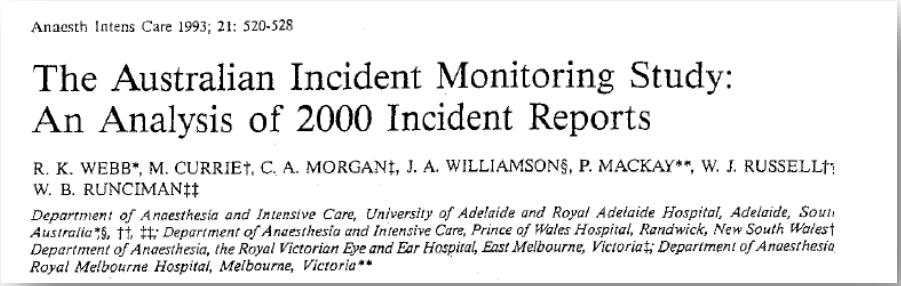
- Sehr anstrengender Dienst
- Kurz vor Mitternacht im Gebärsaal PDA gelegt
- 04:00 Uhr nachts Sectio nötig geworden
- Procedere: PDA mit Xylocain 2% CO_2 intensivieren
- um ein Haar Natrium-Bicarbonat 8.4% verwendet

Die initiale Idee

- Die Mitarbeitenden identifizieren Probleme und Zwischenfälle
- Sie berichten diese Zwischenfälle
- Diese Zwischenfälle werden untersucht
- Die resultierenden Erfahrungen werden geteilt und systematisch implementiert.

AVIATION SAFETY REPORTING SYSTEM

http://www.asrs.arc.nasa.gov



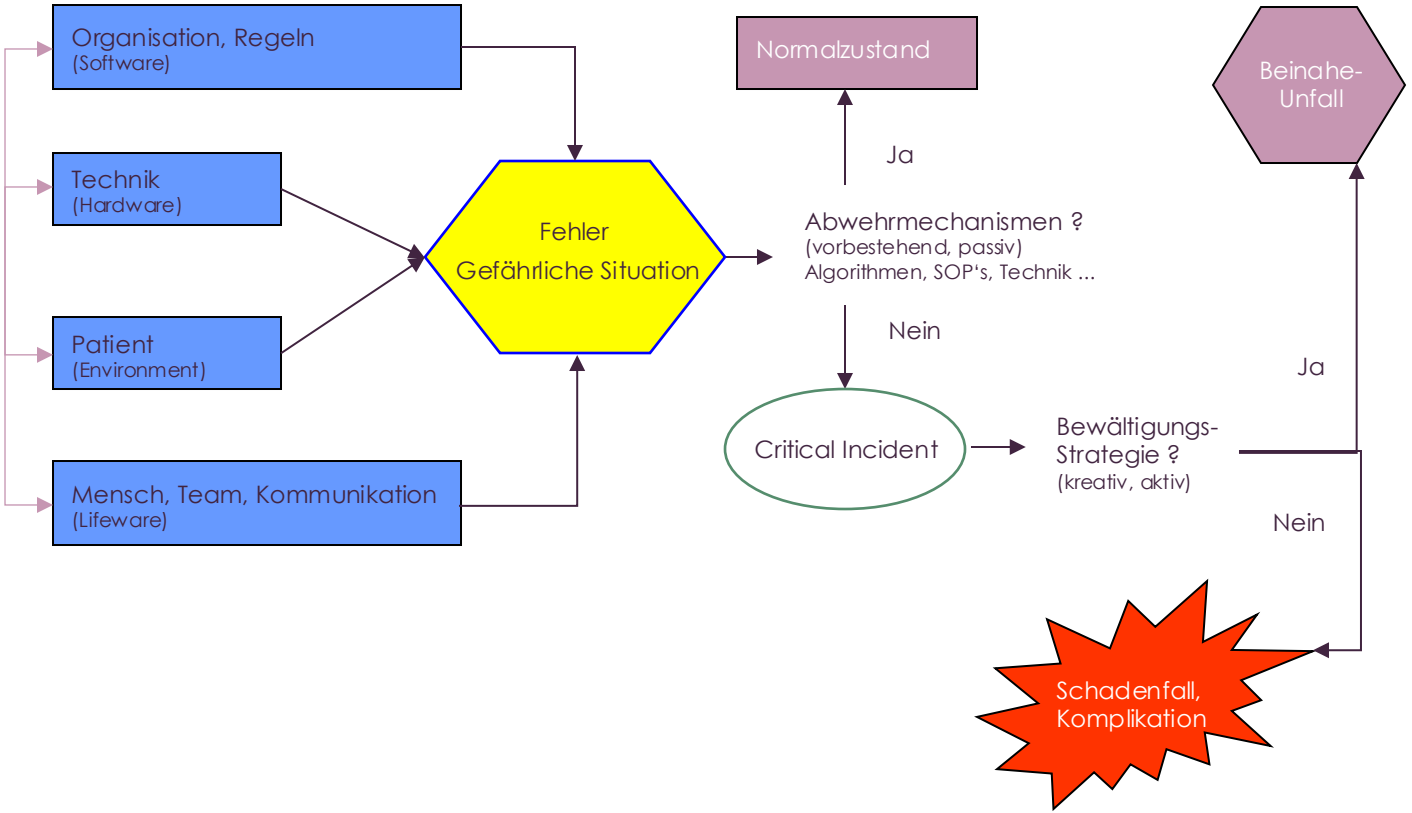
Anaesth Intens Care 1993; 21: 520-528

The Australian Incident Monitoring Study: An Analysis of 2000 Incident Reports

R. K. WEBB*, M. CURRIE†, C. A. MORGAN‡, J. A. WILLIAMSON§, P. MACKAY**, W. J. RUSSELL†¶, W. B. RUNCIMAN‡‡

Department of Anaesthesia and Intensive Care, University of Adelaide and Royal Adelaide Hospital, Adelaide, South Australia§, ††, ‡‡; Department of Anaesthesia and Intensive Care, Prince of Wales Hospital, Randwick, New South Wales†; Department of Anaesthesia, the Royal Victorian Eye and Ear Hospital, East Melbourne, Victoria‡; Department of Anaesthesia, Royal Melbourne Hospital, Melbourne, Victoria***

DIE CO-WORKER


Organisation, Regeln
(Software)
Technik
(Hardware)
Patient
(Environment)
Mensch, Team, Kommunikation
(Lifeware)
Fehler
Gefährliche Situation
Normalzustand
Ja
Abwehrmechanismen ?
(vorbestehend, passiv)
Algorithmen, SOP's, Technik ...
Nein
Critical Incident
Bewältigungs-
Strategie ?
(kreativ, aktiv)
Ja
Nein
Beinahe-
Unfall
Schadenfall,
Komplikation

CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM – V.0

Output File Template for CIRS Script

reported: ^pfLongDate^
This is the short description of the incident:

^in_description^

Details:

The **^who^** involved as the **^related^** is reporting the incident.

Details of the incident:

- Data concerning the patient:
  - A **^age^** year old ASA **^asa^ ^sex^ ^hosp^** for an **^antype^** procedure.
  - Preexisting morbidity: **^cm_cardcon^ ^cm_cardkhk^ ^cm_cardarr^ ^cm_cardvalv^ ^cm_cardht^ ^cm_pulm^ ^cm_git^ ^cm_kidney^ ^cm_brain^ ^cm_cord^ ^cm_per^ ^cm_multi^ ^cm_endo^ ^cm_psych^ ^cm_muscle^ ^cm_obese^** (acompanying conditions were: **^con-trauma^ ^con-multiple^ ^con-disease^ ^cm-pregnant^ ^cm_npo^**)
  - Surgery/Intervention: **^select_surg^ ^surgery^**
- Anesthesia data:
  - **^an-tech^**
  - airway management: **^aw-mask^ ^aw-lma^ ^aw-oral^ ^aw-nasal^ ^aw-trach^ ^aw-cric^ ^aw-jet^**
  - agents in use: **^ag-enf^ ^ag-iso^ ^ag-hal^ ^ag-des^ ^ag-sev^ ^ag-n2o^ ^ag-prop^ ^ag-ket^ ^ag-benz^ ^ag-thio^ ^ag-eto^ ^ag-brie^ ^ag-fanta^ ^ag-alfenta^ ^ag-sufenta^ ^ag-remifenta^ ^ag-mo^ ^ag-opiate^ ^ag-vec^ ^ag-atrac^ ^ag-panc^ ^ag-sux^ ^ag-miva^ ^ag-roc^ ^ag-pip^ ^ag-doxa^ ^other drug^**
  - Monitors: **^mon-aw^ ^aw-ox^ ^mo-exvol^ ^mo-n2o^ ^mo-mass^ ^mo-capnog^ ^mo-capnomet^ ^mo-spo2^ ^mo-p1^ ^mo-rrauto^ ^mo-ecg^ ^mo-steso^ ^mo-stprec^ ^mo-stpara^ ^mo-ns^ ^mo-temp^ ^mo-cvp^ ^mo-cuff^ ^mo-cvs^ ^mo-bulb^ ^mo-dop^ ^mo-eeg^ ^mo-phi^ ^mo-icp^ ^mo-sg^ ^mo-tee^ ^other_mon^**
  - Regional Anesthesia: **^ra-scalene^ ^ra-scl^ ^ra-icl^ ^ra-ax^ ^ra-perupper^ ^ra-spin^ ^ra-epca^ ^ra-eplumb^ ^ra-epth^ ^ra-epcerv^ ^ra-fem^ ^ra-fempop^ ^ra-ischfem^ ^ra-ileo^ ^ra-obt^ ^ra-ankle^ ^ra-perlow^ ^ra-iv^ ^ra-retro^ ^ra-nose^ ^ra-max^ ^ra-mand^ ^ra-ic^ ^ra-penile^ ^ra-ipk^** (**^RA-tech^** technique)
- Present at the time of the incident: **^tm-an^ ^tm-anres^ ^te-annurse^ ^te-surgnurse^ ^te-tec^ ^te-surg^ ^te-surgres^**
- The primary provider of anesthetic care had **^pract^** years of experience practicing anesthesia resp. if certified **^licensed^** years after certification.
- The incident happened **^when^**, **^where^**, **^circumstances^**.
- The team became aware of this incident **^diagnosed^**, (or the .**^diagnose-day^**. day post proc).
- This type of critical incident happened: **^card_incident^ ^pulm_incident^ ^air_incident^ ^reg_incident^ ^canul_incident^ ^vent_incident^ ^pos_incident^ ^misc_incident^ ^team_incident^ ^pharm_incident^**. The following drugs were involved: .**^drug_involved^**. Accidentally .**^wrong_drug^**. has been given, resp. .**^intended_drug^**. should have been given. (There was an interaction between .**^drug_I^**. and .**^drug_II^**.)
- Most sensitive monitors for this incident, best: **^In_monitorI^**, then **^In_monitorII^ ^In_monitorIII^**.
- For management / resuscitation, the following drugs have been used: **^ma_drugI^ .^ma_drugII^.^ma_drugIII^**.
- Management of incident **^stop_op^ ^stop_an^ ^mod-op^ ^mod-ana^ ^standprot^ ^ownprot^**.
- Short description of the management of incident: **^management^**.
- outcome : **^outcome^**.
- In the opinion of the submitter of this case, this incident was judged to originate from the following factors:
  - personal: **^led_comman^ ^led_comms^ ^led_commas^ ^led_brief^ ^led_debr^ ^led_team^ ^led_fati^ ^led_haste^ ^led_ill^ ^led_sit^ ^led_work^ ^led_exp^ ^led_judg^ ^led_chec^**
  - equipment: **^led_label^ ^led_misl^ ^led_lack^ ^led_tech^ ^led_moni^ ^led_arrang^ ^led_mat^**
  - environmental: **^led_surr^ ^led_unmat^ ^led_undrug^**
  - administrative: **^led_insup^ ^led_wpropt^ ^led_reltea^ ^led_ptask^ ^led_badcon^**
- **^mini_ccan^ ^mini_ccs^ ^mini_ccas^ ^mini_brief^ ^mini_debr^ ^mini_teamb^ ^mini_mon^ ^mini_ex^ ^mini_vig^ ^mini_check^ ^mini_relte^ ^mini_supp^ ^mini_algo^** minimized the damage, resp. **^worse_ccan^ ^worse_ccs^ ^worse_ccas^ ^worse_brief^ ^worse_debr^ ^worse_pteam^ ^worse_fati^ ^worse_haste^ ^worse_ill^ ^worse_psit^ ^worse_work^ ^worse_task^ ^worse_exp^ ^worse_pjudge^ ^worse_check^**) worsened the damage.
- This incident was thought to originate from a **^in_origin^**, (**^error_type^**).
- To prevent such kind of incidents in the future, the submitter suggested: **^prev_mon^ ^prev_equip^ ^prev_maint^ ^prev_arrdrg^ ^prev_arrmat^ ^prev_train^ ^prev_cond^ ^prev_org^ ^prev_supvis^ ^prev_pers^ ^prev_comm^ ^prev_disc^ ^prev_qa^ ^prev_alg^ ^prev_rout^**
- In the opinion of the person reporting, **^op_prevention^**.

CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM – V.0

CIRS

Critical Incidents in der Anästhesie

Das Critical Incident Report System des Departement Anästhesie, Kantonsspital Basel
(CIRS©)

Das Critical Incident Report System ist ein Programm der Qualitätssicherung des Departementes Anästhesie am Kantonsspital Basel. Durch einen simplen Klick mit der linken Maustaste auf die unten farbig unterlegten Wörter gelangen Sie zu den entsprechenden Seiten. Dort erfahren Sie mehr über das Programm selbst, die Möglichkeit, Ereignisse selbst einzugeben und bereits rapportierte Ereignisse abzurufen.

Bitte denken Sie daran, dass CIRS© ein anonymes Forum ist !
Die rapportierten Incidents können durch dieses System nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden !

- Einführung
- Definition eines Critical Incident
- Zur Frage der Anonymität
- CIRS© (deutsche Version) Das **CIRS© Formular** zur Eingabe des Ereignisses
- **Fallsammlung Zusammenfassungen der bereits eingegebenen Fälle**

Sollten Sie Fragen oder Anregungen zu diesem Programm haben wenden Sie sich bitte an Sven Staender, Mark Kaufmann oder die Departementsleitung.
Letzter Update dieser Seite am: 22.10. 1996

Die Gegenwart

Wie CIRS eingesetzt wird

“Wir haben CIRS eingeführt. Das genügt!”

“Für CIRS habe ich keine Ressourcen.”

“Wenn ich melde passiert ja doch nichts.”

“Da kümmert sich unser CIRS-Beauftragter darum.”

“Da werden doch immer die gleichen Fälle berichtet.”

“CIRS wird bei uns oft dazu benutzt, Andere anzuschwärzen.”

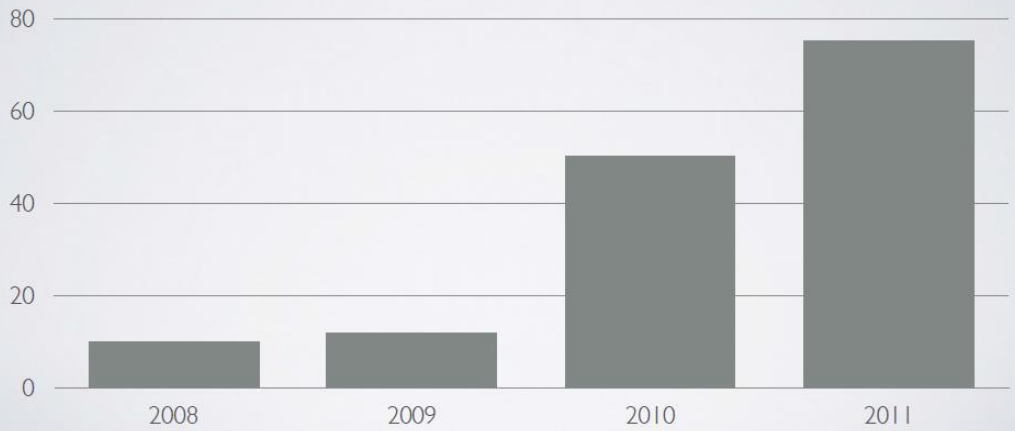
“An der SL-Sitzung muss regelmässig gezeigt werden, wieviele Fälle in der jeweiligen Abteilung gemeldet werden.”

“Keine Ahnung, wer bei uns für CIRS zuständig ist.”

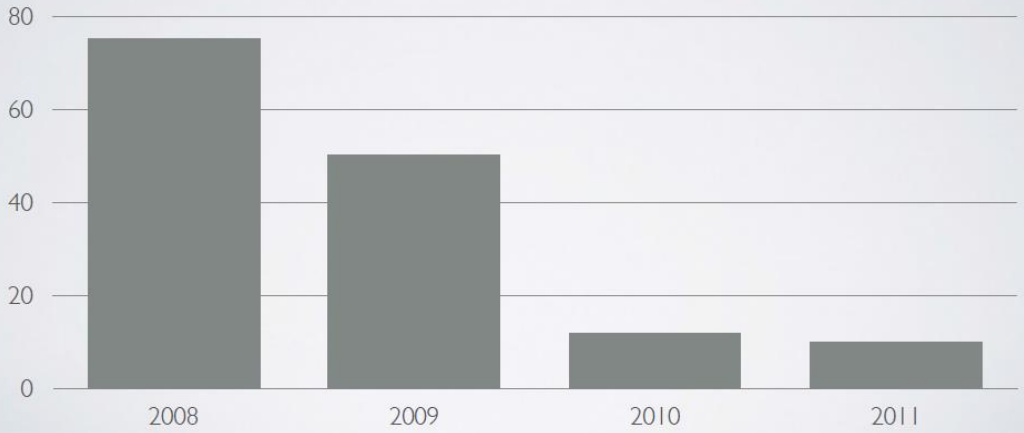
“CIRS kann man abschaffen.”

CIRS

CRITICAL INCIDENTS



CRITICAL INCIDENTS



Typische Reporting-Verzerrungen (Bias)

- «Convenience-Bias»
  - Zugang zum Meldesystem
  - Aufwand für Meldungen
- «Kampagnen-Bias»
- «Selektions-Bias» bei bestimmtem Interesse/Motivation

Analyse (generell)

„Counting Incidents is a waste of time.“

Charles Billings

Former president of the Aeromedical Space Association

Wozu sollte Incident Reporting NICHT eingesetzt werden?

- IR kann Sicherheit bzw. Risiko nicht messen
- IR kann nicht genutzt werden, Spitäler/Abteilungen zu vergleichen
- IR kann nicht eingesetzt werden, Trends über die Zeit zu verfolgen

Die Zukunft ?

Zurück auf Feld 1

BJA

British Journal of Anaesthesia, 133 (2): 371–379 (2024)

doi: 10.1016/j.bja.2024.04.052
Advance Access Publication Date: 12 June 2024
Clinical Investigation

QUALITY & PATIENT SAFETY

Critical airway-related incidents and near misses in anaesthesia: a qualitative study of a critical incident reporting system☆

Tina H. Pedersen[1], Sabine Nabecker[2,*], Robert Greif[3,4], Lorenz Theiler[5] and Maren Kleine-Brueggeney[6,7]

Conclusions: Methods to foster anonymity of reporting, such as by national rather than departmental critical incident reporting system databases, and a change in culture is required to enhance reporting of critical incidents. Institutions managing a critical incident reporting system need to ensure timely feedback to the team regarding lessons learned, consequences, and changes to standards of care owing to reported critical incidents. Consistent reporting and assessment of critical incidents is required to allow the full potential of a critical incident reporting system.

Swiss Medical Weekly

Formerly: Schweizerische Medizinische Wochenschrift
An open access, online journal • www.smw.ch

Original article | Published 28 December 2021 | doi:10.4414/SMW.2021.w30098
Cite this as: Swiss Med Wkly. 2021;151:w30098

Critical incident reporting over time: a retrospective, descriptive analysis of 5493 cases

Christoph Jäger[a], Giulia Mohr[b], Ken Gökcimen[a], Alexander Navarini[a], René Schwendimann[b], Simon Müller[a]

[a] Department of Dermatology, University Hospital Basel, Switzerland
[b] Patient Safety Office, University Hospital Basel, Switzerland

CONCLUSION: This study revealed that the efferent loop (feedback, preventive actions taken) was the weakest part of the CIRS in our institution, indicating that no learning may have resulted from a large number of reports. In

Wie Incident Reporting in der Aviatik eingesetzt wird

- Die Aviatik hat eine lange Tradition in Sicherheits-Untersuchungen.
  (da das Gesundheitswesen diese Tradition nicht hat, wurde der Fokus auf grosse Quantitäten von Meldungen gelegt.)
- In der Aviatik wird «*alles*» und «*das Spezifische*» gesucht.
  (wenn man nur «alles» sucht, werden seltene Themen verwässert)
- IR deckt Probleme auf. Die Detail-Untersuchung erfolgt separat.
- IR geht nicht an den direkten Vorgesetzten.
- Bei Untersuchungen werden die Berichtenden einbezogen: Sicherheits-Kultur
  (damit wird vermieden, dass Andere für Sicherheit zuständig sind: «Reporting und fertig»)
-

Vermeiden Sie…:

- … keine Ressourcen zur Verfügung zu stellen
- … IR als alleiniges Instrument im RM einzusetzen
- … kein System für vertiefte Analysen zu haben und keine vertieften Untersuchungen vorzunehmen
- … die Beteiligten nicht in die Analyse einzubeziehen
- … an den direkten Vorgesetzten zu berichten
- … zu viel «Noise» zuzulassen («*weniger ist mehr*»)
- … IR zur «Messung» zu missbrauchen

Was kann ein IR erreichen?

- IR kann als Frühwarnsystem seltene und unerwartete Probleme aufdecken.
- IR hat Lernpotential in Bezug auf Bewältigungs-Strategien.
- IR-Systeme können die Sicherheits-Kultur fördern.

VIELEN DANK

PD Dr. med. Sven Staender

FMH Anaesthesiologie
FMH Intensivmedizin

www.simply-safe.ch
www.cirs.ch

sven.staender@simply-safe.ch

simply safe | Sicherheit im Gesundheitswesen