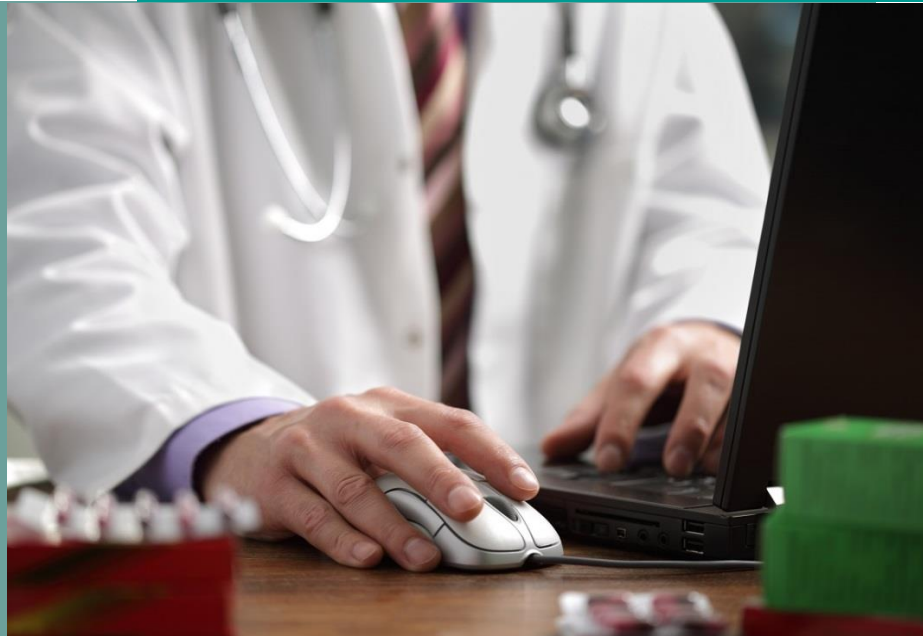


Bern, 18.09.2018

CIRRNET Tagung

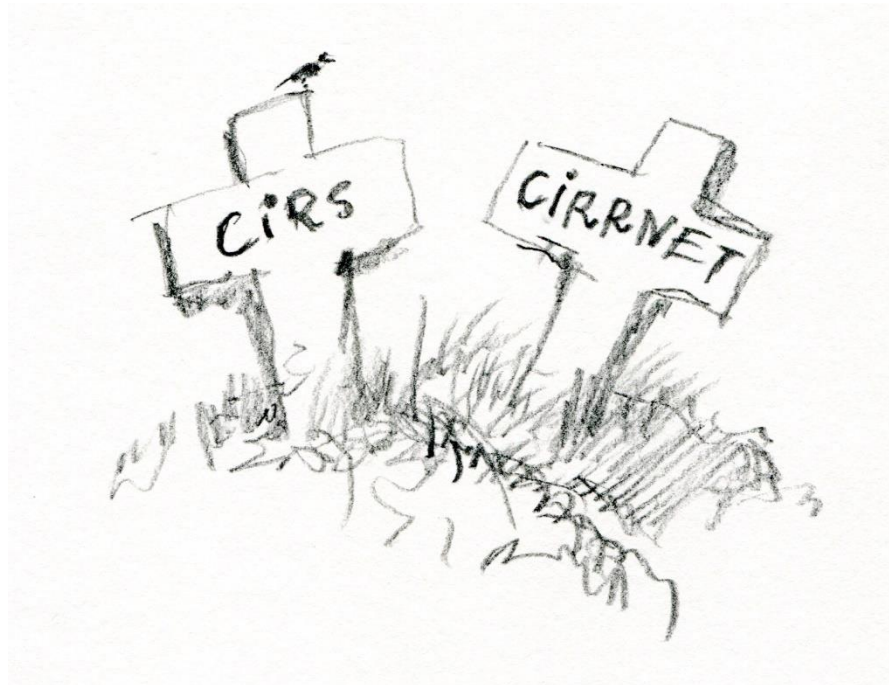


## Die Bedeutung von Meldesystemen für die Patientensicherheit

**Prof. Dr. David Schwappach, MPH**  
**Wissenschaftlicher Leiter, Stiftung für Patientensicherheit Schweiz**

***Dann ist CIRS tot ...***

***CIRS darf nicht sterben !!!***



***Warum eigentlich nicht?***

# Todesangst um CIRS

- CIRS ist traditionell das zentrale Instrument des klinischen Risikomanagements in den Spitälern
  - Alle wissen, wie's geht und haben sich daran gewöhnt
  - Verbindungsglied von RM in klinische Bereiche
  - CIRS symbolisiert «no blame» Kultur im Betrieb
- CIRS ist die einzige etablierte «Informations»-Quelle zur Patientensicherheit, aber als solche völlig überwertet
  - Keine mandatorischen Berichtssysteme
  - Kein error- oder adverse event tracking in Spitälern (Ausnahme Stürze, Dekubitus, nosokomiale Infektionen)
  - Kein systematisches Register schwerer Zwischenfälle
  - Keine unabhängige Aufarbeitung
- Bei CIRS lässt sich die Intransparenz des Systems gut begründen («ohne Schutz keine Meldung»)

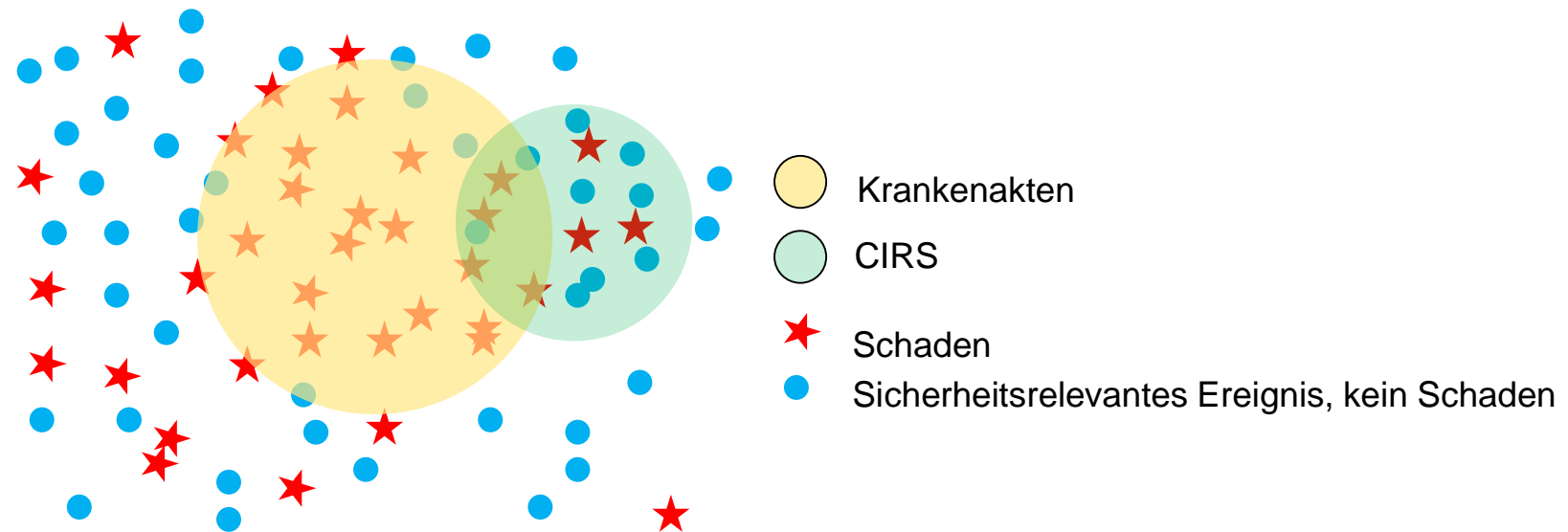
## Wofür brauchen wir CIRIS?

- Qualitative Exploration von Unbekanntem
- Kontextualisierung von Ereignissen
- Detektion der "Vorboten" katastrophaler Ereignisse
- Verankerung der Auseinandersetzung mit Sicherheitsfragen

**Hinweisgeber und Kulturinstrument**

# Qualitative Exploration von Unbekanntem

- Ereignisse und Konstellationen «generierend»
  - ... über die nur einzelne Mitarbeitende Wissen haben
  - ... die wir sonst nicht suchen und nicht finden können
  - ... bei denen die Kontextualisierung zentral ist



# Qualitative Exploration von Unbekanntem



Nr. 1  
21.12.2007

## Quick-Alert

**CIRRN**ET

### *Luftemboliegefahr durch Spritze als Spielzeug*

#### *Ereignis:*

Im Aufwachraum wurde einem 5-jährigen Kind eine leere saubere Spritze (ohne Kanüle) zum Spielen abgegeben. Da das Kind die Injektion von Medikamenten bei anderen Patienten im Aufwachraum beobachten konnte, füllte es die Spritze mit Luft und steckte sie auf den eigenen Venflon-Ansatz. Dies wurde zufällig vom Personal beobachtet.

# CIRS – Warnsystem für seltene Ereignisse

- Detektion der "Vorboten" katastrophaler Ereignisse
- Grosse Datenmenge erforderlich (national, nicht lokal)
- Gefahr muss bekannt und erkennbar sein
- Generiert Muster von «Verletzlichkeiten» des Systems

# Akzidentelle Überdosierungen von low-dose Methotrexat

**CIRS-Meldung:**  
«Vom Hausarzt verordnete Medikation Methotrexat 2,5 mg Tbl. 2-0-0 1x/Woche verordnet. Im Spital dann Verordnung von Methotrexat 2,5 mg Tbl. 2-0-0 täglich. ...»

WEITERE ORGANISATIONEN UND INSTITUTIONEN Swissmedic / Patientensicherheit Schweiz

1845

Gemeinsame Mitteilung der Swissmedic und der Stiftung für Patientensicherheit (SPS)

## Akzidentelle Überdosierungen von Low Dose Methotrexat

Beat Damke<sup>a</sup>, Ruedi Stoller<sup>b</sup>, Margrit Leuthold<sup>c</sup>, David Schwappach<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Dr. med, Clinical Reviewer Swissmedic; <sup>b</sup> Senior Expert Swissmedic; <sup>c</sup> Dr., Geschäftsführerin Stiftung Patientensicherheit Schweiz; <sup>d</sup> Prof. Dr., MPH, Wissenschaftlicher Leiter Stiftung Patientensicherheit Schweiz

Aufgrund neuer Berichte über schwerwiegende Komplikationen durch tägliche statt wöchentliche Verabreichung von Low Dose Methotrexat bei Patienten mit rheumatoider Arthritis oder Psoriasis erinnern wir an die zwingend erforderlichen Vorsichtsmassnahmen. Fehler entstehen häufig an Schnittstellen, z.B. nach Wechsel der Institution, des Präparats, oder bei Ferienvertretungen. Daher müssen systematische Checks und Kontrollen von der Verschreibung über die Abgabe bis zur Instruktion von Patienten und Angehörigen sicherstellen, dass Low Dose Methotrexat nur 1 x wöchentlich gegeben wird.

– Bei 14 Meldungen erfolgte die tägliche Einnahme während mehr als 10 Tagen, bei 4 Meldungen während 6, 8, 8 und 9 Tagen

Die Fehler entstanden auf allen Ebenen an den Schnittstellen des Medikationsprozesses: Bei der ärztlichen Verordnung, der Verabreichung durch Pflegende oder Angehörige, der Abgabe in der Apotheke oder der Anwendung durch Patienten, durch fehlende oder mangelhafte Kommunikation. Sie beschränken sich nicht auf den Beginn



# Fehlapplikation von Vinca Alkaloiden

- UK: Zeitraum 2003 – 2013, 9 Millionen Meldungen
- Darunter 38 Berichte zum Umgang mit Vinca Alkaloiden
- Kein Schadensfall
- Analyse der verletzten Sicherheitsbarrieren

# Fehlapplikation von Vinca Alkaloiden

In 22 Fällen hat die vorgeschriebene zeitliche und räumliche Trennung nicht funktioniert

**Table 1** Incidents presented according to the main defence (as in figure 1) breached

Defence	Number of reports
Administration only in designated centres	0
Only those on local register can prescribe, dispense, issue, check or administer intrathecal (IT) chemotherapy	0
IT chemotherapy on separate prescription with accompanying checklist and audit trail	1
Intravenous (IV) and IT chemotherapy separated in time	15
1. Administered at separate times—IV then IT	6
2. Signature to confirm all IV chemotherapy for that day given, before IT released to the doctor who will administer it	9
IV and IT chemotherapy separated in location	7

# CIRS und Sicherheitskultur

- Risiko wird zur relevanten Kategorie
- Fokus weg von der Schuldfrage
- Mitarbeitende und Organisation «im Dialog»

*«Erst im OPs gemerkt, dass der falsche Patient vor mir liegt.  
Schlimm.  
Gerade nochmal gutgegangen.»*

*«Hätte nicht gedacht, dass das in meiner Praxis vorkommt.  
Handlungsbedarf.»*

*«Ja, diese Dinge passieren hier bei uns.»*

# CIRS und Sicherheitskultur

UK National Reporting and Learning System (NRLS),  
nach 10 Jahren und knapp 6 Millionen reports

**Table 6. Correlations between NHS Staff survey questions on error reporting and reporting rate.**

Question (summarized)	Total reporting rate/100 admissions	
	Spearman's coefficient	P value
Have you seen any incidents in the last month?	0.09	0.29
Have you reported an incident in the last month?	0.18	0.03
Hospital trust treats staff involved in incidents fairly	0.07	0.37
Hospital trust encourages reporting	0.26	<0.01
Hospital trust treats reports confidentially	0.17	0.04
Hospital trust punishes people involved in incidents	-0.18	0.03
Hospital trusts takes action to prevent further incidents	0.13	0.11
Hospital trust informs staff about incidents occurring in the hospital trust	0.23	0.01
Staff get feedback about changes made as a result of reported incidents	0.20	0.02

## Wofür (sollten) wir CIRS nicht brauchen?

- Indikator für «Sicherheit»
  - ... eines Ortes
  - ... im Vergleich zwischen Zeiten und Organisationen
- Hauptquelle um Risiken und / oder Schaden zu identifizieren («Dominant over-reliance»)
- Um fehlende Transparenz und Verantwortlichkeit an anderen Stellen zu rechtfertigen

# Fazit

- CIRS repräsentiert das Versprechen, aus Fehlern zu lernen
- Berichte der Mitarbeitenden sind unverzichtbar
- Wichtige Funktion als Warnsystem für extrem seltene Ereignisse
- CIRS bringt Organisation und Mitarbeitende in „Sicherheits-Dialog“
- CIRS muss „attraktiv“ und relevant für Mitarbeitende bleiben
  
- Gefährliche Dominanz von CIRS als „einziges Fenster“ ins System
- Ausdifferenzierung von Schutzräumen und «zu Schützendem»
- Balance mit Transparenz und Accountability des Systems herstellen