



patientensicherheit schweiz
CIRRNET

CIRRNET - Jahresbericht



2017

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	1
1 RÜCKBLICK 2017	2
1.1 Massnahmenpaket	2
1.2 CIRRNET-Meldungen	2
1.3 Quick-Alerts	3
1.4 CIRRNET-Tagung	4
1.5 CIRRNET-Ausschuss	6
1.6 Stand CIRRNET-Teilnehmer	6
1.7 CIRRNET-Präsentationen	6
1.8 CIRRNET-Meldemonat	7
1.9 Identifizierte Hot-Spots 2017	11
2 AUSBLICK 2018	15
2.1 CIRRNET-Tagung	15
2.2 CIRRNET-Teilnehmer	15
2.3 CIRRNET-Meldemonat	15
2.4 Quick-Alerts	15
2.5 Bundesgerichtsentscheid	15
2.6 CIRRNET-Jahresbericht	15

VORWORT

Das Berichtsjahr war wiederum geprägt von verschiedenen Aktivitäten rund um CIRRNET. Ein Highlight war die jährlich stattfindende CIRRNET-Tagung, welche am 23. März 2017 in Olten durchgeführt wurde. An der CIRRNET-Tagung stand das Thema „Fehletikettierungen von Laborproben“ im Fokus. Erstmals wurde ein Workshop angeboten, bei dem nach der „Design Thinking“ Methode mit den Teilnehmenden zusammen Prototypen für eine sicherere Etikettierung realisiert wurden.

Eine Aktivität, welche das CIRRNET-Management während des ganzen Jahres beschäftigt, ist die Entwicklung von Quick-Alerts. 2017 konnten drei Quick-Alerts in drei Landessprachen veröffentlicht werden. Nicht alle Hot-Spots, welche vom CIRRNET-Management identifiziert werden, können als Quick-Alert fertig entwickelt und publiziert werden. Aus Gründen der schwer einzugrenzenden Komplexität mancher Hot-Spots oder aufgrund einer geringen Relevanz für die Praxis muss in einigen Fällen die begonnene Arbeit beendet werden. Zusammen mit dem CIRRNET-Ausschuss hat das CIRRNET-Management entschieden, dass dieses wertvolle Wissen um die unveröffentlichten Quick-Alerts nicht verloren gehen, sondern den CIRRNET-Teilnehmenden zur Verfügung gestellt werden soll. Daher wird in diesem Jahresbericht exklusiv für die CIRRNET-Teilnehmenden erstmals unter der Rubrik „Identifizierte Hot-Spots“ alles Wissenswerte zu den Themen präsentiert, welche nicht als Quick-Alerts publiziert wurden.

Ein weiteres wichtiges Ereignis war der CIRRNET-Meldemonat, welcher im Oktober 2017 durchgeführt worden ist. Die Ergebnisse können aufgrund der geringen Anzahl weitergeleiteter Meldungen nicht im gewohnten Format der CIRRNET-Tagung präsentiert werden. Sie werden deshalb im vorliegenden Jahresbericht aufgeführt. In diesem Jahr wird der Meldemonat erneut durchgeführt und zur Themenwahl die CIRRNET-Teilnehmenden gefragt.

Detaillierte Informationen zu allen Aktivitäten, welche 2017 im CIRRNET durchgeführt wurden und für 2018 geplant sind, können in den nachfolgenden Kapiteln des CIRRNET-Jahresberichts nachgelesen werden.



Carmen Kerker-Specker, MScN
Wissenschaftliche Mitarbeiterin CIRRNET
Patientensicherheit Schweiz



Dr. Olga Frank
CIRRNET-Leitung
Patientensicherheit Schweiz

CIRRNET ist das Critical Incident Reporting & Reacting NETwork, ein Netzwerk lokaler Fehlermeldesysteme aus verschiedenen Gesundheitsorganisationen. Es wurde aufgebaut in Kooperation mit der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR). Im Netzwerk leiten Leistungserbringer ihre Fehlermeldungen aus ihren lokalen Meldesystemen an die CIRRNET-Datenbank weiter. Die angeschlossenen Gesundheitsinstitutionen können im Gegenzug in alle Fehlermeldungen der Datenbank einsehen und diese für betriebsinterne Lernzwecke verwenden. CIRRNET ermöglicht so das Lernen von Anderen. Patientensicherheit Schweiz betreibt das Netzwerkmanagement, identifiziert überregional relevante Problemfelder in der Patientensicherheit, entwickelt in Zusammenarbeit mit Fachexperten praktische Handlungsempfehlungen in Form der Quick-Alerts und veröffentlicht diese.

1 RÜCKBLICK 2017

1.1 Massnahmenpaket

Aus dem im Jahre 2014 beschlossenen Massnahmenpaket wurden 2017 die letzten noch ausstehenden Einzelmassnahmen umgesetzt.

1.1.1 Handlungsempfehlungen zur Einrichtung und zum erfolgreichen Betrieb eines Berichts- und Lernsystems

Im Frühling 2017 konnte Patientensicherheit Schweiz die Handlungsempfehlungen zur Einrichtung und zum erfolgreichen Betrieb eines lokalen Berichts- und Lernsystems (CIRS) auch in französischer und italienischer Sprache veröffentlichen. Nun steht das Dokument in drei Landessprachen kostenlos allen Interessierten elektronisch zur Verfügung und kann auf der Homepage der Stiftung Patientensicherheit Schweiz heruntergeladen werden (<http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Infomaterial-Schriften-B-cher.html>).

1.1.2 Masterfolien zu den Handlungsempfehlungen

Exklusiv für die CIRRNET-Teilnehmenden wurden Masterfolien entwickelt, welche ebenfalls anfangs 2017 in zwei weiteren Landes-

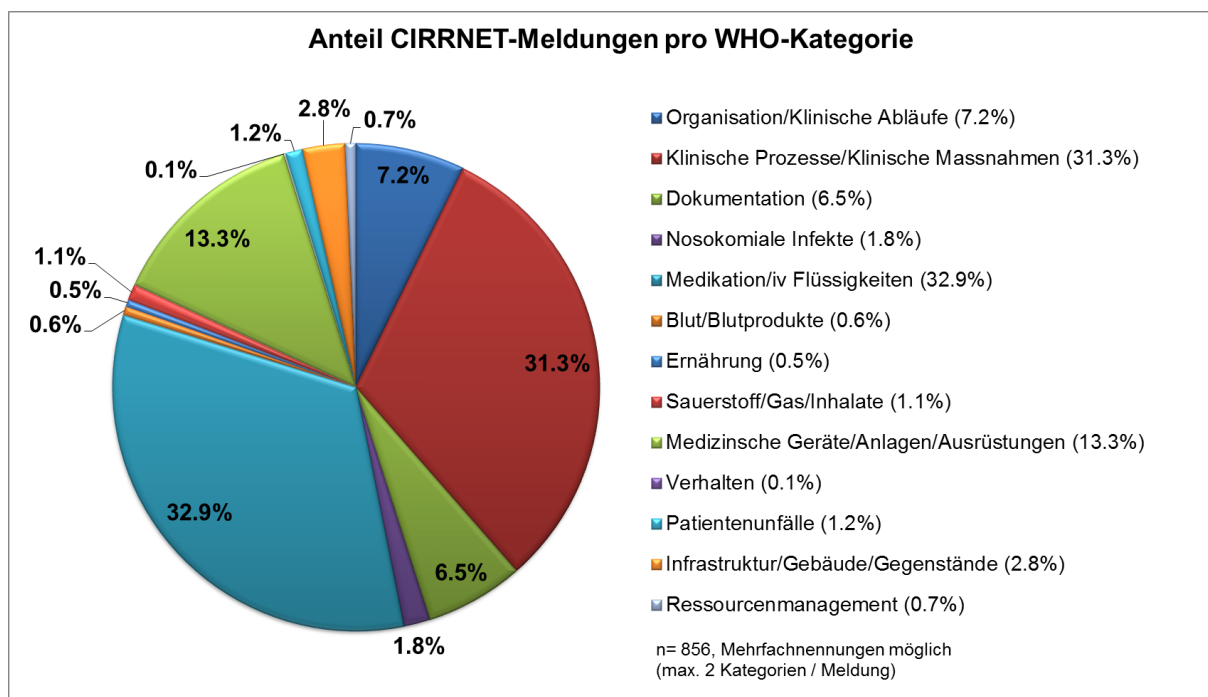
sprachen veröffentlicht werden konnten. Die Masterfolien können auf der CIRRNET-Homepage (www.cirynet.ch) im Closed User Bereich heruntergeladen werden.

1.2 CIRRNET-Meldungen

Von den am CIRRNET teilnehmenden Gesundheitsinstitutionen sind im vergangenen Jahr insgesamt 694 lokale CIRS-Meldungen an die CIRRNET-Datenbank weitergeleitet worden. Bevor diese Meldungen im Closed User Bereich der CIRRNET-Homepage freigeschaltet werden, prüft das CIRRNET-Management diese und kategorisiert sie nach der WHO-Klassifikation ⁽¹⁾. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der im 2017 eingegangenen CIRRNET-Meldungen nach WHO-Kategorien.

In der Kategorie Meldungen für Lernzwecke im Closed User Bereich finden sich aktuell acht Meldungen. Die zuständigen CIRS-Verantwortlichen in den Institutionen sind erneut aufgefordert, qualitativ hochwertige Meldungen an CIRRNET weiterzuleiten, die für interne Lernzwecke verwendet werden können.

Abbildung 1: Verteilung der im 2017 eingegangenen CIRRNET-Meldungen nach WHO-Kategorien



1.3 Quick-Alerts

Aus allen im CIRRNET eingegangenen Meldungen konnten 2017 diverse Problemfelder in der Patientensicherheit identifiziert werden. Bei der Aufbereitung der Literatur oder auch während des Entwicklungsprozesses der Quick-Alerts musste das CIRRNET-Management in mehreren Fällen von einer Fertigstellung der Empfehlungen absehen. Dies aus verschiedenen Gründen (siehe 1.9. Identifizierte Hot-Spots 2017). Dennoch konnten insgesamt drei Quick-Alerts in den drei Landessprachen deutsch, französisch und italienisch veröffentlicht werden. Dies dank der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit insgesamt 32 Fachexperten aus diversen Gesundheitsinstitutionen. Mit ihrem Fachwissen haben sie einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung dieser drei Quick-Alerts beigetragen. Bevor die Quick-Alerts veröffentlicht werden konnten wurden diese von zehn unterschiedlichen Fachgesellschaften / Gremien verabschiedet.



Quick-Alert Nr. 40: Die richtige Trägerlösung: Aqua ad iniectionabilia, Glucose 5%, Ringer-Acetat, Ringer-Lactat oder doch sicherheits-halber NaCl 0.9%?

Gemäss gemeldeter CIRRNET-Fälle kommt es immer wieder vor, dass beim Zubereiten von Medikamenten für die parenterale Applikation Trägerlösungen wie NaCl 0.9%, Glucose 5%, Ringer-Lactat-, Ringer-Acetat-Lösung oder Aqua ad iniectionabilia falsch zur Anwendung kommen. In der Fachliteratur lassen sich nur wenige Studien zur Fehlerhäufigkeit bei der Zubereitung von Injektions- und Infusionslösungen mit falschen Trägerlösungen finden. Eine fehlerhafte Anwendung von Trägerlösungen gefährdet aber die Medikationssicherheit. Konkrete Empfehlungen sind nötig, um Verbesserungsmaßnahmen in der Praxis zu realisieren.

Der Quick-Alert kann auf der Homepage der Stiftung Patientensicherheit Schweiz heruntergeladen werden

(<http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Quick-Alerts.html>).



Quick-Alert Nr. 41: Direkte orale Antikoagulantien – Vermeidung ungewollter Duplikationen

Mit der Einführung der direkten oralen Antikoagulantien hat sich auch das Management der perioperativen Antikoagulation deutlich verändert. Das wesentliche Risiko einer medikamentösen Antikoagulation ist die Blutungsgefahr. Aufgrund zahlreicher CIRRNET-Meldungen soll dieser Quick-Alert ergänzend zu existierenden Guidelines mit Fachinformationen zur korrekten Anwendung verschiedener Antikoagulantien auf die Grundproblematik der doppelten Verabreichung von Antikoagulantien aufmerksam machen.

Der Quick-Alert kann auf der Homepage der Stiftung Patientensicherheit Schweiz heruntergeladen werden

(<http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Quick-Alerts.html>).



Quick-Alert Nr. 42: Risiken und Nebenwirkungen des Point of Care Testing (POCT) im Spital

Point of Care Testing Geräte sind aus dem klinischen Alltag von Gesundheitseinrichtungen nicht mehr wegzudenken. Die patienten-nah durchgeführten Laboranalysen werden häufig direkt am Patientenbett auf Notfall- und Intensivstationen, auf peripheren Bettenstationen, in Arztpraxen oder bei Patientinnen und Patienten zu Hause durchgeführt. Die damit verbundenen Vorteile müssen jedoch aufgrund verschiedener Risiken kritisch hinterfragt und einer Risikoabwägung unterzogen werden.

Der Quick-Alert kann auf der Homepage der Stiftung Patientensicherheit Schweiz heruntergeladen werden

(<http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Quick-Alerts.html>).

1.4 CIRRNET-Tagung

Im Zentrum der letzten CIRRNET-Tagung vom 23. März 2017 stand das Fokusthema „Fehletikettierungen von Laborproben“. Die Idee der vergangenen CIRRNET-Tagung war, dass auf das Thema des vorangegangenen Meldemonats 2016 aufgebaut werden konnte. Dieses Vorhaben konnte erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden.

Am Vormittag fanden in bewährter Art und Weise Fachreferate und Fallvorstellungen statt. Sieben Referenten präsentierten Wissenswertes rund um das Thema Fehletikettierung von Laborproben. Neben grundlegenden Informationen aus der Literatur zum Thema wurden die Analyseergebnisse präsentiert, welche aus dem Meldemonat resultierten. Ausserdem wurde die Methode des „Design Thinking“ vorgestellt und auch das Thema Human Factor wurde erläutert. Zwei aus der Praxis kommende Fallpräsentationen zeigten auf eindrückliche Art und Weise, zu welchen Herausforderungen es im klinischen Arbeitsalltag kommen kann und welche Massnahmen in den Institutionen ergriffen wurden, um eine Fehletikettierung zu vermeiden. Die rund 60 Teilnehmenden verfolgten die Präsentationen mit grossem Interesse und stellten viele Fragen, so dass es zu einem regen Austausch zwischen den Referenten und den Zuhörenden kam.



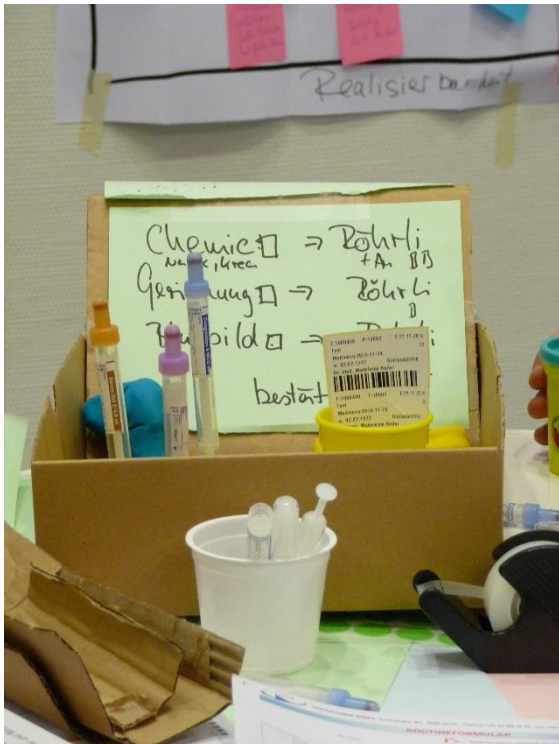
Die Präsentationen sind auf der Homepage der Stiftung Patientensicherheit Schweiz aufgeschaltet

(<http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Aus-Fehlern-lernen---Meldesysteme/CIRRNET.html>).

Alle Referate und Diskussionen wurden während der gesamten CIRRNET-Tagung von zwei professionellen Dolmetscherinnen simultan übersetzt (Deutsch ↔ Französisch).

Der gesamte Nachmittag war für einen interaktiven Workshop reserviert, an dem mit „Design Thinking“ in Kleingruppen am Problem der Fehletikettierung von Laborproben innoviert wurde. In einem iterativen Prozess konnten die Teilnehmenden ihre kreativen Ideen untereinander austauschen und vor Ort als Prototyp realisieren.

Nachfolgend ein paar Eindrücke vom „Design Thinking“ Workshop.



Die Teilnehmenden waren mit diesem Tagungskonzept sehr zufrieden. Der interaktive Workshop war gut besucht und aus den einzelnen Gruppenarbeiten sind spannende Prototypen hervorgegangen.

Die Teilnahme an der CIRRNET-Tagung war wiederum für alle Personen aus CIRRNET-Spitälern kostenlos.

Patientensicherheit Schweiz prüft im Nachgang zur CIRRNET-Tagung 2017 zusammen mit der Hochschule der Künste Bern verschiedene Möglichkeiten, ein weiterführendes Projekt zu realisieren, um Fehler bei der Etikettierung von Laborproben künftig zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

1.5 CIRRNET-Ausschuss

Der CIRRNET-Ausschuss hat sich 2017 einmal zu einem Arbeitstreffen zusammengefunden. Das CIRRNET-Management bedankt sich bei allen CIRRNET-Ausschuss Mitgliedern für ihr Engagement und die sehr gute Zusammenarbeit.

Der CIRRNET-Ausschuss ist aktuell mit folgenden Personen besetzt:

- **Degiorgi Adriana**
Leiterin Abteilung Support der Geschäftsleitung und Leiterin Qualitäts- und Patientensicherheit, Ente Ospedaliero Cantonale
- **Frank Olga Dr.**
CIRRNET-Leitung, Patientensicherheit Schweiz
- **Haefliger Tobias**
Beauftragter Qualität, Kantonsspital Uri
- **Kerker-Specker Carmen MScN**
Wissenschaftliche Mitarbeiterin CIRRNET, Patientensicherheit Schweiz
- **Paula Helmut**
Leiter Klinisches Qualitäts- & Sicherheitsmanagement, Insel Gruppe AG, Bern
- **Schumacher Philippe Dr.**
CA Anästhesie und Intensivmedizin, Bürgerspital Solothurn, Präsident Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie
- **Schwappach David Prof. Dr.**
Leiter Forschung und Entwicklung, Patientensicherheit Schweiz
- **Sollmann Ulrike**
Leiterin Qualitätsmanagement, Hirslanden AG
- **Staender Sven PD Dr.**
CA Anästhesie und Intensivmedizin, Spital Männedorf
- **Wasserfallen Jean-Blaise Prof. Dr.**
Vice-Directeur médical, CHUV

1.6 Stand CIRRNET-Teilnehmer

Im Jahr 2017 haben sich neue Teilnehmende an CIRRNET angeschlossen. Dabei handelt es sich um sieben neue Gesundheitsinstitutionen mit insgesamt 30 Standorten. Erstmals ist eine private Klinikgruppe mit all ihren Standorten dem CIRRNET beigetreten. Dabei handelt es sich um die Privatklinikgruppe Hirslanden AG mit insgesamt 17 Standorten.

Drei Institutionen haben per Ende 2017 den Vertrag mit CIRRNET gekündigt.

Somit sind per 01.01.2018 insgesamt 28 Institutionen mit total 65 Standorten am CIRRNET beteiligt.

1.7 CIRRNET-Präsentationen

Im vergangenen Jahr hatte das CIRRNET-Management in verschiedenen Settings national und international die Möglichkeit, CIRRNET zu präsentieren. So beispielsweise beim Spital- und Heimverband des Kantons Graubünden, am Spitex Städtetreffen in Zürich, an der 6. Tagung Qualitätsmedizin Schweiz sowie am 2. Berliner CIRS-Symposium.

1.8 CIRRNET-Meldemonat

2017 sollte an den Erfolg des Meldemonats aus dem Vorjahr angeknüpft werden. Alle CIRRNET-Teilnehmenden wurden aufgefordert, im Oktober alle lokalen CIRS-Meldungen zum Thema „Medikationsfehler mit Insulin“ an die CIRRNET-Datenbank weiterzuleiten. Wie schon 2016 erhielten die Institutionen auch im vergangenen Jahr im Vorfeld des Meldemonats diverse Informationsmaterialien zur betriebsinternen Verwendung, so beispielsweise Vorlagen für Poster und Flyer. Der Meldemonat wurde mehrfach über den Newsletter der Stiftung als auch per Mail an die CIRRNET-Teilnehmenden kommuniziert.

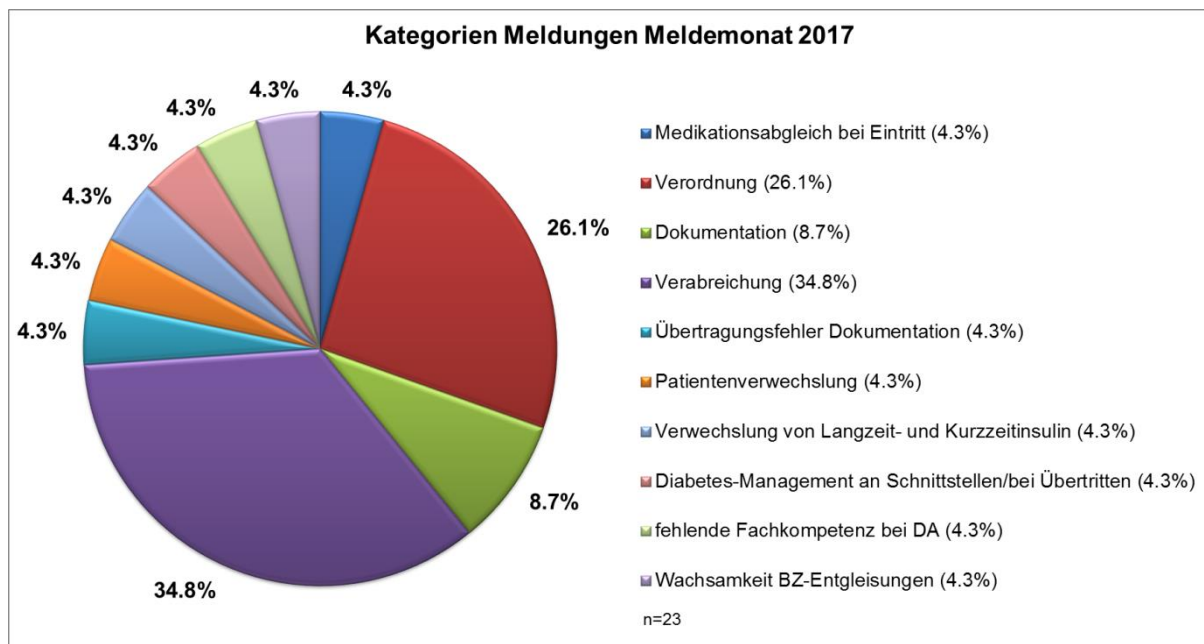
Nach Abschluss des Meldemonats sind insgesamt 22 Meldungen in der CIRRNET-Datenbank eingegangen, dies obwohl die Frist zur Übermittlung der lokalen CIRS-Meldungen an CIRRNET noch verlängert wurde. Das CIRRNET-Management hat alle eingegangenen Meldungen gesichtet und kategorisiert.

1.8.1 Auswertungen CIRRNET-Meldemonat

Die 22 in der CIRRNET-Datenbank eingegangenen Meldungen zum Thema Insulin wurden vom CIRRNET-Management kategorisiert, wobei eine Meldung zu zwei Kategorien zugeordnet worden ist (daher n=23 in der Grafik).

Die meisten CIRRNET-Meldungen (n=16, 69.6%) konnten den drei Kategorien Verordnung (n=6, 26.1%), Dokumentation (n=2, 8.7%) und Verabreichung (n=8, 34.8%) zugeordnet werden. Alle anderen Kategorien beinhalten jeweils nur eine Meldung (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Kategorien der im Meldemonat 2017 eingegangenen CIRRNET-Meldungen



Nachfolgend wird beispielhaft für jede Kategorie eine originale CIRRNET-Meldung aufgeführt.

Medikationsabgleich bei Eintritt & Übertragungsfehler Dokumentation:

(diese Meldung wurde in zwei Kategorien eingeteilt):

„Der Patient ist mit der Diagnose Diabetes Mellitus Typ 2 am 27.09.17 bei uns eingetreten. Er war bis zum Eintritt in die Klinik bezüglich der Blutzuckerspiegelmessung und dem Nachspritzschema mit Insulin selbständig. Nach einigen Tagen wechselte die Verordnung von Tresiba um 20.00 Uhr abends von 8 IE auf 10 IE. So wechselte ich auf dem Blatt mit Handschrift die Werte und schrieb 18 IE auf. Dadurch hat sich der Patient ab dem 29.09.-04.10. abends um 20.00 Uhr immer 18 IE statt die verordneten 10IE gespritzt. Am 04.05. fiel dieser Fehler dem Spätdienst auf, worauf diese Person mit dem Patienten ein Gespräch führte und der Fehler schliesslich auffiel. Sofort wurde die Stationsleitung, der Abteilungsarzt sowie Chefarzt involviert. Zudem wurde bekannt, dass der Patient sich, je nachdem was er isst, mehr oder weniger Insulin injiziert. Die Blutzuckerwerte blieben während diesen Tagen stets höher als normal. Nach dem Gespräch mit dem Patienten wird klar, dass der Patient vor dem Eintritt 22 IE erhielt und so ist es für ihn klar, dass er nun 18 IE erhalten soll.“

Verordnung

„Insulinverordnung wurde mit (ml) statt (Einheiten) im KISIM verordnet.“

Dokumentation

„Nachtwache hat Bz gemessen (5,2mmol/l) und gemäss Dokumentation via Insulin-Nachspritzschema korrekt in der Kurve eingetragen. 2E Insulin sollten nun verabreicht werden laut NSS. Die NW hat nicht rapportiert, ob sie dies schon gespritzt hat oder der Frühdienst dies machen soll. Visiert (also von "?" zu schwarzem "2") ist es ja bereits: dies macht das System beim BZ eintragen. Pat. konnte keine Auskunft geben, die NW war schon gegangen. Sicherheitshalber nicht gespritzt, um eine Doppelverabreichung zu vermeiden. Der BZ am Mittag war dann leicht erhöht.“

Verabreichung

„Vor dem Essen habe ich den BZ gemessen, das Nachspritzinsulin (Humalog) aufgezogen, kontrollieren lassen und im Stationszimmer bereitgelegt. Der Esswagen ist gekommen, ich half beim Essen servieren und habe das Nachspritzinsulin vergessen. Dies habe ich dann erst ca. 25 Min. nach der Mahlzeit des Patienten verabreicht.“

Patientenverwechslung

„Novorapid s/c beim falschen Patienten verabreicht. Insulin beim Patienten nachgespritzt in der Annahme, dass es schon gegenkontrolliert wurde und im Stress nicht nachgefragt. (hatte es selber bereitgestellt) Am Mittag beim Kontrollieren bemerkt. Arzt wurde informiert. Für Patienten keine Konsequenzen, da BZ erhöht war und Novorapid gut tolerierte. Für den anderen Pat ebenso keine Folgen. BZ leicht erhöht. Am Mittag dann nach Schema nachgespritzt.“

Verwechslung von Langzeit- und Kurzzeitinsulin

„ *Insuline rapide et retard injectées au mauvais patient.* “

Diabetes-Management an Schnittstellen/bei Übertritten

„*Patient tritt über den Notfall ein. Hat insulinpflichtiger Diabetes mellitus in den Nebendiagnosen. Als Patient auf die Station verlegt wird, sieht die Pflegende, dass keine BZ Kontrolle gemacht wurde. Auch ist keine angeordnet. Insulinverordnung fehlt ebenso. Arzt wurde aufgefordert, dies nachzuholen. BZ Messung und Insulingabe erfolgten verspätet auf der Station. Dies ist nur ein Beispiel. Einige Tage später geschah die fast identische Situation erneut: Pat hatte keine BZ oder Insulinverordnung, obwohl der Diabetes als Nebendiagnose aufgenommen wurde.*“

fehlende Fachkompetenz bei DA

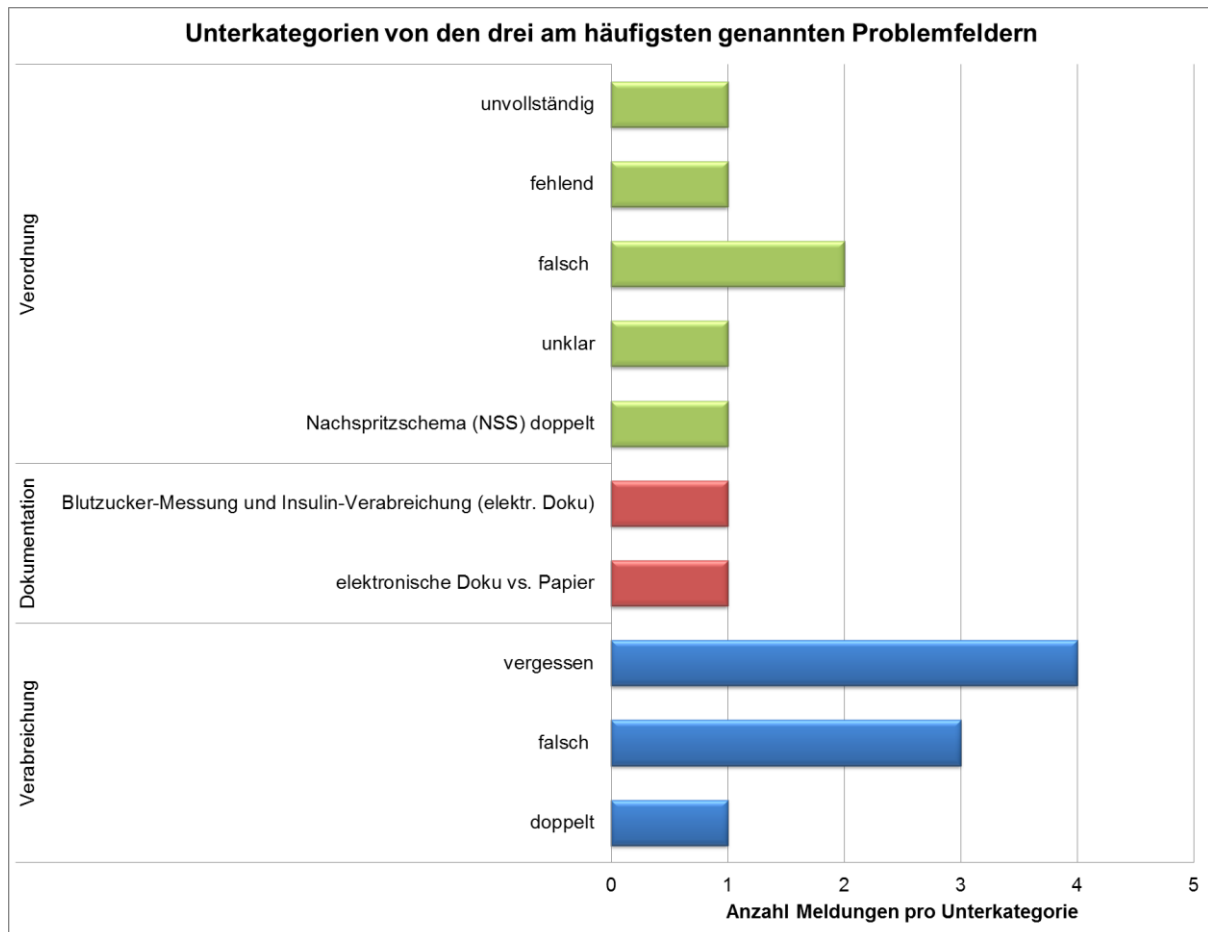
„*Kind ist für Chemo auf Abteilung und benötigt aufgrund dessen Insulin. Start ab BZ>15. Da Visite erst um 12 Uhr und Rücksprache mit Onko erst um 14 Uhr. BZ Anstieg bis auf 41.1. Dienstarzt hat bei onkolog. Patienten zu wenig wissen.*“

Wachsamkeit BZ-Entgleisungen

„*Eine bekannte Diabetikerin hatte in der Nacht ein Hypo, welches nach dem häuslichen Schema korrigiert wurde. Am Morgen war der Blutzucker wieder im Normbereich. Die Patientin erhielt wie verordnet die übliche Dosis an Langzeitinsulin. Erst nach der Injektion wurde bemerkt, dass whs. die zu hohe Dosierung am Vortag in der Nacht zu einem Hypo geführt hat.*“

Die drei Hauptkategorien Verordnung, Dokumentation und Verabreichung wurden noch etwas näher betrachtet und zu jeder Hauptkategorie wurden Unterkategorien formuliert (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Unterkategorien der häufigsten Problemfelder



Bereits im Jahr 2015 hat sich Patientensicherheit Schweiz intensiver mit den CIRRNET-Meldungen zum Thema Insulin auseinandergesetzt. Damals wurde eine systematische Analyse aller bis dahin im CIRRNET existierenden Fehlermeldungen mit Insulin durchgeführt. Zwei unabhängig voneinander arbeitende Reviewerinnen kategorisierten alle eingeschlossenen Fehlermeldungen nach den Schritten des Medikationsprozesses und identifizierten beschriebene Problemfelder. Die Ergebnisse der Analyse zeigten auf, dass 90% der CIRRNET-Meldungen in die drei Kategorien Verordnung, Dokumentation und Verabreichung eingeteilt werden konnten. Die aktuelle Auswertung der CIRRNET-Meldungen aus dem CIRRNET-Meldemonat bestätigt diese Resultate.

Detailliertere Informationen zu der Analyse aus dem Jahr 2015 finden Sie im publizierten Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung: „Systematische Analyse von Medikationsfehlern mit Insulin“⁽²⁾ (<http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Wissenschaftliche-Publikationen.html>).

1.9 Identifizierte Hot-Spots 2017

Nicht alle aus der CIRRNET-Datenbank identifizierten Hot-Spots eignen sich für das bewährte Format eines Quick-Alerts. Verschiedentlich kommt es vor, dass sich während der ersten Recherchen und in Rücksprache mit Fachexperten ein Hot-Spot nicht für die Entwicklung von praktischen Handlungsempfehlungen eignet. Das bis dahin zusammengetragene Wissen und die zahlreichen Informationen sind bisher nicht zur Verfügung gestellt worden, obwohl sie durchaus von praktischer Relevanz für die Spitäler sein können.

Auf Empfehlung des CIRRNET-Ausschusses werden künftig alle identifizierten Hot-Spots und das Wissen aus begonnenen Recherchen im CIRRNET-Jahresbericht veröffentlicht.

Beim Lesen der nachstehenden Inhalte zu den jeweiligen Hot-Spots ist zu berücksichtigen, dass es sich „lediglich“ um fragmentartige Überlegungen, erste Einschätzungen und Diskussionen handelt, die weder dem Anspruch auf Vollständigkeit gerecht werden sollen/können, noch als eine von Fachexperten gemeinsam verabschiedete Vernehmlassung verstanden werden dürfen. Die Texte sind quasi ein erstes Zwischenergebnis aus dem Entwicklungsprozess eines begonnen Quick-Alerts.

Hot-Spot 1: „Säuglinge mit Diabetes mellitus und Gabe von Steroiden“

Fallbeispiel: *„Säugling mit Diabetes mellitus Typ I ist wegen anhaltendem/rez. Infekt viral und starken BZ Schwankungen und Übermüdung der Mutter hospitalisiert. Insulin nach 2 Spr. Schema mit Actrapid/Insulatard. Bei zunächst V.a. viraler Infekt und gerötetem Ohr wird mit Amoxycillin therapiert. Nachts längerer Hustenanfall des Kindes, worauf vom Nachtarzt Bethnesol verordnet wird. Tags darauf massiv erhöhte BZ Werte um 20-30 mmol/l. → deutliche Steigerung (1.5-2x übliche Dosis) der Insulinmengen nötig für einige Tage, rechtzeitiger Rückgang auf „Normalpflege“ bei sehr jungem Kind schwierig. → Bei Vorliegen eines Diabetes mellitus Typ I muss Indikation/Einsatz von systematischen Corticosteroiden sehr gut abgewogen werden und Eltern resp. Pflegepersonal auf die zu erwartende massive BZ Steigerung hingewiesen werden. (ideal Steroide vermeiden ...) Nachtarzt war sich der Konsequenzen nicht bewusst, Folgen unterschätzt!“*

Diese Meldung weist auf ein allgemeines Problem in der Medizin hin. Bei Patienten mit manifestem Diabetes mellitus erhöhen Steroide immer den Blutzucker und deshalb muss bei jedem Medikament und jeder Intervention die Beurteilung von Steroiden in Bezug auf die potenzielle Schädigung/auf potenzielle Nebenwirkungen erfolgen. In diesem Fall handelt es sich um eine bestens bekannte Nebenwirkung von Steroiden. Auch in der Pädiatrie sind diese Nebenwirkungen bekannt und qualifizieren diese Meldung deshalb nicht für die Entwicklung eines Quick-Alerts.

Hot-Spot 2: „Magenpouch“

Fallbeispiel: *„Beim Eröffnen eines Magenpouches für die Gastroenterostomie bei lap. Magenbypass wird eine im Magen liegende Temperatursonde gesehen, die fälschlicherweise eingelegt wurde. Es bestand die Gefahr einer Integration in die Staplernaht bei der Bildung des Pouches. KEINE oesophagealen Temperatur- oder sonstigen Sonden bei bariatrischen Operationen, da sich diese bei der Manipulation mit dem Magenschlauch verschieben können und die Gefahr eines Einstapelns besteht. Abfrage beim Team Time-Out?“*

Dieser Fall ist aus bariatrischer Sicht sehr interessant, jedoch von geringer Relevanz für die Allgemeinheit der akutsomatischen Spitäler. Der CIRRNET-Ausschuss entschied gemeinsam mit angefragten Fachexperten, aufgrund der sehr hohen Spezifität, von einer Entwicklung eines Quick-Alert abzu-sehen.

Hot-Spot 3: „Etikettendesign Tetraspan und Ringerfundin der Firma BBraun“

Fallbeispiel: „Fa. Braun hat das " Design" ihrer Glucose Infusionen vereinheitlicht. Die eindeutige Kennzeichnung des Glucosegehalts (20 und 40%) wurde zugunsten einer kleinen roten Banderole mit Prozentangabe bei allen Glucoselösungen reduziert. Die Glucoseinfusionen wurden deshalb falsch ins Infusionsregal eingeräumt (40%ige bei 5%iger Glucoselsg.) und statt 5%iger Lösung auch eingesetzt. Soweit feststellbar wurde die höhere Konzentration nicht bei peripheren Zugängen eingesetzt.“

„... über das neue Labelling der Fa Braun bei HAES-Lösungen gestolpert: früher war es in der Farbe Rosa, jetzt ist es wie Ringerfundin Schwarz.“

In Anbetracht der zu erwartenden kurzfristigen Änderungen des Etikettendesigns sah die Stiftung Patientensicherheit Schweiz davon ab, einen Quick-Alert zu dieser Problematik zu veröffentlichen. Patientensicherheit Schweiz und der CIRRNET-Ausschuss sahen es jedoch als wichtig an, die CIRRNET-Spitäler über die in Erfahrung gebrachten Aktivitäten und den Stand der Dinge zu informieren.

Rückmeldungen angefragter Spitäler: Einige betroffenen Spitäler haben im letzten Jahr Meldungen an Swissmedic und an den Hersteller gesandt. BBraun hat daraufhin zusätzliche Aufkleber zur Kenntlichmachung der Tetraspan-Infusionslösungen zur Verfügung gestellt. Die Spitalapotheken haben diesen Aufkleber vor Lieferung auf die Stationen auf die Umverpackung der Tetraspan-Infusionslösungen geklebt.

Rückmeldung BBraun: Der Hersteller hat wegen der Teilrevision der neuen Arzneimittelverordnung einige Etiketten verändert. Aufgrund der eingegangenen Hinweise auf die „look alike“ Problematik hat BBraun die Anwender schriftlich informiert und rote Aufkleber zur Verfügung gestellt. Die Etikettierung wird jetzt umgestellt, so dass es Ende März 2017 wieder die alte Etikettierung (violette Beschriftung für Tetraspan Lösungen) geben wird.

Rückmeldung Swissmedic: hat letztes Jahr ebenfalls entsprechende Hinweise erhalten und BBraun daraufhin kontaktiert. Die neuen Chargen der Präparate Tetraspan werden nur noch mit violettem Aufdruck produziert. Es befinden sich noch alte Produkte im Umlauf. Einen Chargenrückruf gab es jedoch nicht. Die Mitarbeiter der Zulassungsabteilung sind aufgrund der genehmigungspflichtigen Änderungen sensibilisiert. Swissmedic ist sehr an „look-alike“ Meldungen interessiert und gibt nachstehende Adresse für Meldungen dieser Art an: market.surveillance@swissmedic.ch.

Da die Tetraspan Beutel neu mit der gleichen schwarzen Beschriftung wie Ringerfundin bedruckt sind und dies zu Verwechslungen führen kann (Look-alike), klebt die Spitalpharmazie zur deutlichen Unterscheidbarkeit eine rote Etikette „Tetraspan (HES)“ auf die Beutel (siehe unten).





Hot-Spot 4: „Ärztliche Aufklärung“

Fallbeispiel: „Habe den Anruf erhalten ob wir mit Patient schon unterwegs sind für in OP es seien alle schon bereit. Habe mit Anästhesie Rücksprache genommen, dass Patient in OPS könne, ob er mit Narkosegespräch fertig sei? Er sagte ja, somit gab ich als Schichtleitung der Bezugsperson den Auftrag sie könne Ihn bringen. Paar Minuten später kam Oberärztin vorbei und fragte wo Patient sei, sie müsse noch zu Ihm? Wir sagten wir haben Ihn schon Ihn den OPS gebracht. Sie sagte, er habe noch keine OPS Aufklärung gehabt. Wir haben dann erfahren dass er schon in Narkose sei und man dies jetzt nicht mehr machen konnte.“

„Die Patientin hat das Aufklärungsformular kurz vor der Operation trotz bereits stattgehabter Verabreichung von Dormicum unterzeichnet. Ausserdem wurde in der Akte ausführlich dokumentiert, dass die Patientin im Vorfeld der Operation in zurechnungsfähigem Zustand mehrfach in Gegenwart von verschiedenen Ärzten das Einverständnis mit der Operation bekundet hat.“

Die Gerichte sind skeptisch gegenüber einer späten Aufklärung. Dort, wo der Patient eine Wahl hat, müsste er über den Eingriff aufgeklärt worden sein, solange er tatsächlich noch NEIN sagen kann, und sich nicht völlig unfrei fühlt. Eine erste Abklärung der medizinischen Literatur zu diesem Thema ergab Folgendes:

Auszug aus dem Leitfaden der SAMW FMH zu rechtlichen Grundlagen 2013, S. 42
https://www.fmh.ch/files/pdf12/Rechtliche_Grundlagen_2013_D.pdf

Zeitpunkt der Aufklärung → Zum Zeitpunkt der Aufklärung gibt es noch keine klare Rechtsprechung des Bundesgerichts. Jedenfalls muss den Patienten bei schweren Operationen ohne zeitliche Dringlichkeit eine vernünftige Bedenkzeit eingeräumt werden. Gemäss der Guideline Aufklärung der FMCH richtet sich der Aufklärungszeitpunkt nach der Dringlichkeit des Eingriffs und der Grösse der zu erwartenden Risiken. Je dringlicher der Eingriff ist, desto kurzfristiger kann die Aufklärung erfolgen. Je grösser die Risiken sind, desto früher muss aufgeklärt werden. Bei der Umsetzung dieses Grundsatzes haben sich folgende Faustregeln etabliert: Bei stationären risikoarmen Operationen (Routineeingriffen) ist bei der Planung des Eingriffes aufzuklären, spätestens am Nachmittag des Vortages. Bei risikoreichen Eingriffen hat die Aufklärung mindestens drei Tage vor der Operation zu erfolgen.

Auszüge von Rückmeldungen/Überlegungen von verschiedenen Juristen:

Medizin versus Recht betreffend Aufklärungszeitpunkt → medizinische Vorstellungen an einen angemessenen Zeitpunkt für die Aufklärung versus Bundesgerichtspraxis zum Zeitpunkt.

Medizin versus Recht betreffend Aufklärungsform → Aus medizinischer Sicht ist das Aufklärungsgespräch von zentraler Bedeutung, um Vertrauen zu bilden und den Behandlungserfolg zu unterstützen (erwünschter Placeboeffekt des Operateurs). Aus rechtlicher Sicht wird oft die Stufenaufklärung propagiert (zuerst schriftliche Information, dann Aufklärungsgespräch). Doch wenn es darauf ankommt, hat das Bundesgericht auch schon entschieden, entscheidend sei allein dass der Patient genügend Informationen gehabt hatte bevor er eingewilligt hatte, egal wo und wann er zu den Informationen gekommen ist.

Zeitpunkt mündliche versus schriftliche Einwilligung → Wann hat der Patient die Einwilligung mündlich erteilt (auf Ebene des Bundesrechts ist dies angesichts der Formfreiheit der OP-Aufklärung und Einwilligung entscheidend) versus wann leistet er die Unterschrift (auf Ebene Bundesrecht reine Frage der Beweisführung, doch kann der Beweis auch anders geführt werden).“

*„In Doktrin und Rechtsprechung wird immer wieder festgehalten, dass es bezüglich Ausmass der Aufklärung und der daraus abgeleiteten Gültigkeit der Einwilligung in einen medizinischen Eingriff auf den Einzelfall ankomme. Dies gilt auch für den Zeitpunkt der Aufklärung. Die Rechtsprechung ist dazu nicht sehr umfangreich. Eine Zusammenfassung mit Hinweis auf die Lehrmeinungen dazu findet sich bei Hardy Landolt/Iris Herzog-Schwiter, *Arzthaftungsrecht*, Zürich/St. Gallen, 2015, S. 295 Ziff. 902 bis 906. Im Wesentlichen wird auf die Schwere des Eingriffs abgestellt. Je komplizierter der Eingriff, desto frühzeitiger muss aufgeklärt werden. Ist aber rechtzeitig aufgeklärt worden – in schwereren Fällen mindestens 3 Tage vor dem Eingriff - , kann die Einwilligung selbst am Vortag oder bei Spitaleintritt erfolgen. Entscheidend ist, dass frühzeitig aufgeklärt wurde und der (aufgeklärte) Patient im Zeitpunkt der Einwilligungserklärung noch urteilsfähig ist, d.h. nicht sich bereits unter dem Einfluss von Beruhigungsmitteln befindet (Landolt/Herzog-Schwiter, a.a.O., N 903). Das Abstellen auf den Einzelfall führt vielfach zu einer Relativierung zu Lasten des Patienten. Es sollte deshalb empfohlen werden, dass bei einer Prämedikation mit Einfluss auf die Urteilsfähigkeit grundsätzlich weder eine Aufklärung erfolgen soll noch eine Einwilligung zur Unterschrift vorgelegt werden darf, bzw. wenn der Patient eine solche unterschreibt, diese nicht als Einwilligung in den Eingriff gewertet werden darf, der Eingriff daher grundsätzlich rechtswidrig bzw. als Körperverletzung zu taxieren ist. Ausgenommen sind Notfälle bzw. Fälle, in denen der Nachweis einer sogenannten hypothetischen Einwilligung gelingt, d.h. wenn von ärztlicher Seite nachgewiesen werden kann, dass der Patient auch bei rechtzeitiger Aufklärung und Einholen der Einwilligungserklärung in den Eingriff eingewilligt hätte, was in der Regel bei Bagatelleingriffen wohl angenommen werden kann.“*

Aufgrund der Komplexität dieses Hot-Spots und der streng juristischen Sachlage wurde von der Stiftung Patientensicherheit und dem CIRRNET-Ausschuss festgestellt, dass sich dieser Hot-Spot nicht für das Format eines Quick-Alerts eignet. Für die Entwicklung von Empfehlungen würde überwiegend juristische Fachkompetenz benötigt werden, die jedoch nicht in der Kernkompetenz der Stiftung liegt.

2 AUSBLICK 2018

2.1 CIRRNET-Tagung

Am Dienstag, den 18. September 2018, findet die nächste CIRRNET-Tagung in Bern statt. Das Thema der diesjährigen Tagung lautet: „Bundesgerichtsentscheid und Bedeutung für CIRS-Systeme“.

Genauere Informationen zur CIRRNET-Tagung werden zu gegebener Zeit über den Newsletter der Stiftung Patientensicherheit Schweiz bekannt gegeben. Wie gewohnt werden die CIRRNET-Teilnehmenden kostenlos an der Tagung teilnehmen können.

2.2 CIRRNET-Teilnehmer

Der Kanton Graubünden verpflichtet alle seine öffentlichen Spitäler ab dem Jahr 2018 zur Teilnahme am CIRRNET. Neben den öffentlichen haben sich auch noch diverse private Gesundheitsinstitutionen bereit erklärt, sich im Rahmen eines Gesamtvertrages mit dem Kanton Graubünden dem CIRRNET anzuschliessen. Dies führt dazu, dass sich aus dem Kanton Graubünden neu 18 Institutionen mit 20 Standorten an CIRRNET anschliessen werden. Der Kanton Graubünden übernimmt in dieser Hinsicht eine Vorreiter-Rolle und es bleibt abzuwarten, ob und wann weitere Kantone sich dafür entscheiden, in globo CIRRNET beizutreten.

2.3 CIRRNET-Meldemonat

Im Jahr 2018 wird erneut ein Meldemonat zu einem Hot-Spot in der Patientensicherheit durchgeführt. Auf Nachfrage bei den CIRRNET-Teilnehmenden stellte sich heraus, dass der Zeitpunkt des Meldemonats aufgrund der nationalen Aktionswoche zur Patientensicherheit ungeeignet ist. Der diesjährige Meldemonat wird deshalb auf den November 2018 verschoben. Entsprechende Informationen und Erinnerungen werden vorgängig schriftlich versandt.

Auf der Suche nach einem geeigneten Thema für den diesjährigen Meldemonat hat das CIRRNET-Management alle CIRRNET-Teilnehmenden um ihre Mithilfe gebeten. Anfangs Februar 2018 wurden alle CIRRNET-Teilnehmenden vom CIRRNET-Management angeschrieben mit der Bitte, für die Praxis relevante Themen der Patientensicherheit zu melden. Der CIRRNET-Ausschuss wird aus den Vorschlägen ein Thema auswählen, zu welchem im November 2018 der CIRRNET-Meldemonat durchgeführt werden wird. Die CIRRNET-Teilnehmenden werden zeitnah über das Thema informiert und erhalten vorgängig alle notwendigen Informationsmaterialien.

2.4 Quick-Alerts

Zu Beginn des Jahres 2018 sind bereits fünf Quick-Alerts in Arbeit. Diese sind in verschiedenen Entwicklungsstadien und sollen nach Möglichkeit im Laufe des Jahres publiziert werden.

2.5 Bundesgerichtsentscheid

Das Bundesgericht hat entschieden, dass im Schadensfall eines Spitals im Kanton Tessin die Einsicht in die lokale CIRS-Meldung erlaubt ist. Dies steht der Philosophie von Bericht- und Lernsystemen völlig entgegen. Das Lernen aus Fehlern wird durch einen solchen Gerichtsbeschluss verunmöglicht, die Spitäler verunsichert und ein wertvolles Instrument des klinischen Risikomanagements praktisch „zu Nichte“ gemacht. Aus diesem aktuellen Anlass führt die Stiftung Patientensicherheit Schweiz dazu die diesjährige CIRRNET-Tagung durch.

2.6 CIRRNET-Jahresbericht

Nachdem der CIRRNET-Jahresbericht in den letzten drei Jahren ausschliesslich auf Deutsch und Französisch erschienen ist, hat sich Patientensicherheit Schweiz dieses Jahr dafür entschieden, den Jahresbericht zukünftig auch ins Italienische übersetzen zu lassen.

Literatur:

- (1) World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety; Version 1.1. 2009 January [cited 2017 Jan 23].:1-153. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf?ua=1
- (2) Frank O, Gehrig L, Schwappach D. Systematische Analyse von Medikationsfehlern mit Insulin. Schweizerische Ärztezeitung 2015;96(38):1348-50.