

CIRNET-Meldemonat 2024

Bekanntgabe Hot-Spot

**«Jede CIRS-Meldung zählt» –
besonders vom 1. - 31. März 2024!**

Liebe Kolleginnen
Liebe Kollegen

Gemeinsam mit der Stiftung Patientensicherheit Schweiz bitten wir Sie, vom **1. - 31. März 2024** konsequent alle Ereignisse zum Thema

«Failure to rescue»

im CIRS zu melden.

Gemeint sind damit Ereignisse, bei denen es zu Versäumnissen, Verzögerungen oder fehlende Kompetenzen beim Erkennen und Reagieren auf Komplikationen eines Krankheitsprozesses oder aufgrund eines medizinischen Eingriffs kam. Im Rahmen des diesjährigen CIRNET-Meldemonats wird die häufig verwendete Definition¹ des Begriffs «Failure to rescue» deutlich weiter gefasst und insbesondere auf alle Versorgungssektoren erweitert.

Beispiele möglicher Situationen:

Beispiel 1: *«Relevante Verschlechterungen des Gesundheitszustands werden nicht, bzw. zu spät als Gefährdung wahrgenommen, obwohl Anzeichen hierfür erkennbar gewesen wären.»*

Beispiel 2: *«Informationen über die Verschlechterung des Gesundheitszustands können nicht, bzw. nur verzögert an die zuständigen Personen weitergeleitet werden.»*

Beispiel 3: *«Informationen über die Verschlechterung des Gesundheitszustands werden nicht ausreichend beachtet oder ignoriert.»*

Beispiel 4: *«Die Behandlung einer Komplikation/Zustandsverschlechterung kann nicht zeitgerecht erfolgen, da die hierfür zuständigen Personen anderweitig eingebunden sind.»*

Beispiel 5: *«Der Einsatz von Notfallteams verzögert sich.»*

Beispiel 6: *«Für die Behandlung von Komplikationen nach einer spezialisierten Intervention stehen die erforderlichen Spezialist:innen nicht, bzw. nicht zeitgerecht zur Verfügung.»*

Beispiel 7: *«Dringend benötigte Notfallmaterialien stehen nicht zur Verfügung oder sind nicht funktionsbereit.»*

¹ "Failure to rescue (FTR) is failure or delay in recognizing and responding to a hospitalized patient experiencing complications from a disease process or medical intervention." (z. B. [National Institute for Health](#))

Beobachten Sie ein entsprechendes kritisches Ereignis, dann melden Sie dieses in unserem CIRS-System! Alle eingehenden CIRS-Meldungen werden durch Patientensicherheit Schweiz und in Zusammenarbeit mit Fachpersonen verschiedener Institutionen systematisch analysiert und bearbeitet. Die Ergebnisse der Analyse und die entwickelten Arbeitsergebnisse werden unserer Institution zur Verfügung gestellt.

Damit bei der Bearbeitung dieses Hot-Spots auch alle praxisrelevanten Aspekte unserer Institution berücksichtigt werden können, ist jede CIRS-Meldung wichtig! Achten Sie beim Berichten eines Vorfalls deshalb besonders darauf, dass Sie in Ihrer CIRS-Meldung möglichst konkrete und umfassende Angaben darüber machen:

- um welche Art von Komplikation es sich gehandelt hat,
- ob/welche Anzeichen für die Zustandsverschlechterung nicht/zu spät berücksichtigt wurden,
- weshalb es zu Verzögerungen bei der Reaktion auf die Zustandsverschlechterung kam,
- ob (und welche) Kompetenzen für die Bewältigung des Ereignisses fehlten,
- welche Folgen sich daraus für die Patient:innen entwickelt haben,
- ob es sich dabei um ein einmaliges oder ein häufiger auftretendes Ereignis handelt,
- inwiefern die Patient:innensicherheit dadurch gefährdet wird,
- welche Massnahmen ergriffen wurden (direkt nach dem Vorfall oder auch zu einem späteren Zeitpunkt), um ein solches Ereignis in Zukunft zu verhindern,
- welche Faktoren und Co-Faktoren Ihrer Meinung nach für die Probleme ursächlich waren.
- wie im Nachgang mit dem Ereignis umgegangen wurde (sofortige oder verzögerte interne Meldung, Debriefing, Kommunikation mit Patient:innen oder Angehörigen etc.)

Scheuen Sie sich nicht, auch vermeintliche «Banalitäten» zu melden. Helfen Sie mit, die Relevanz und das Ausmass dieses Hot-Spots auch für unsere Einrichtung zu erfassen! Wir liefern damit die Arbeitsgrundlage für die Analyse und Bearbeitung eines Patientensicherheitsproblems auf nationaler Ebene.

Unser CIRS-System und das CIRNET (Netzwerk lokaler CIRS-Systeme von Patientensicherheit Schweiz) leben vom Engagement aller Mitarbeitenden und bieten die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen. Das, was Sie beobachten und im CIRS-System melden, ist deshalb so wertvoll, weil es sehr wahrscheinlich nirgendwo anders dokumentiert ist und Wissen dadurch potenziell verloren gehen würde.

Beispiele originaler CIRNET-Meldungen:

Beispiel 1: "REA-Alarm mit Bezeichnung auf dem REA-Sucher " REA NF 08/Endoskopie". Wir rannten daraufhin auf die Notfallstation Koje 8. Dort wurde uns gesagt, es müsse sich um einen Fehlalarm handeln, der Patientin gehe es gut. Daraufhin ging das gesamte REA-Team wieder zurück auf die Station, ich kontrollierte noch kurz den Gastroskopie- und den ERCP-Raum. Erst später kam heraus, dass die Bezeichnung "REA NF 08/Endoskopie" für den Schockraum steht, wo tatsächlich eine REA am Laufen war ..."

Beispiel 2: "...Der Pat. war plötzlich nicht mehr ansprechbar. ... Daraufhin habe ich den Knopf am Medienkanal bei der Glocke anstelle des Rea-Knopfes mit vorgelagerter Klappe gedrückt. Das Versehen verzögerte das Alarmieren des Rea-Teams um ca. 2-3 Minuten. Wir wunderten uns, dass das Rea-Team nicht eintraf. Da der Rea-Alarmknopf blinkte (obwohl ich ihn nicht gedrückt hatte) waren meine KollegInnen der Meinung, der Alarm sei korrekt ausgelöst worden. Schliesslich bemerkte ich mein Versehen und drückte den blinkenden Reaknopf."

Beispiel 3: "REA Knopf wurde gedrückt. Die Beteiligten Personen konnten aber auf ihren Pager den Ort nicht lokalisieren."

Beispiel 4: "Während des Duschens kommt es bei einer Pat. zu einem Kreislaufkollaps mit kompletter Erschlaffung, der Notruf im Bad konnte auf herkömmliche Weise also drücken des Alarmknopfes nicht ausgelöst werden. Musste die erschlaffte und beinahe zu Boden gleitende Pat. alleine lassen und am Patienten Bett Alarm auslösen. Meldung an Technischen Dienst, und Pflegedienstleitung..... das Problem ist bekannt und pendent."

Beispiel 5: "Pat. verschlechterte sich zunehmend, Inhalation verabreicht, Ca. nach 20 Min. erneute Info, da Pat. beginnt mit Atempausen. ... PP. entscheidet sich REA Alarm auszulösen. REA Team rasch vor Ort: Fehlende EKG Elektroden im REA Wagen, fehlende O2 Maske mit Reservoir auf Abteilung, neue Spitalbetten passen nicht gemeinsam mit REA Wagen in Lift."

Beispiel 6: "Pat. hatte Symptome, für welche ein Herzinfarkt, Vorhofflimmern o. ä. nicht ausgeschlossen werden konnte. Stationszuständiger Arzt ist im Urlaub, stellvertretend zuständiger Arzt konnte telefonisch nach mehreren Versuchen nicht erreicht werden. War auch im Büro nicht auffindbar. Vordergrunddienst wurde informiert. Hintergrunddienst war eben dieser nicht auffindbare Arzt. Anderer Arzt, der bei Pat. involviert war, konnte tel. auch nicht erreicht werden. Erst 3h später wurde zuständiger Arzt über Umleitung durch den Portier telefonisch erreicht."

Beispiel 7: "Bei einem Hustenanfall hat Kind eine Apnoe und wird zyanotisch. Die Mutter klingelt, es kommt jedoch keine Pflegende, daraufhin geht sie in den Gang und ruft nach Hilfe. es erscheint eine Pflegende der Nachbarabteilung und löst sofort den Alarm aus. Daraufhin erscheint der Arztdienst als erstes im Zimmer, Pflegende kommen erst nach Glockenalarm ins Zimmer. Die Pflegenden seien im Zimmer unterwegs gewesen und hätten den Alarm vom Sättigungsmonitor nicht gehört. Nachdem der Alarm ausgelöst worden sei, seien sie ebenfalls schnellstmöglichst gekommen."

Beispiel 8: Patient ist kardial und pulmonal stark vorbelastet. Bei der Übergabe vom Tagdienst stelle ich fest, dass bereits der dritte Tag mit einer Plusbilanz von über 3000 ml vorliegt. Diese Bilanz wird - obschon durch die Pflege erwähnt und der Pat. immer mehr Mühe beim Atmen hat - von den Ärzten ignoriert. Im Verlaufe des Nachmittags wird ein medizinisches Konsil angemeldet, welches später ausgeführt wird. ... An die Pflege erfolgt keine Rückmeldung, der Ass. Arzt legt die Verordnung auf den Tisch. Also: keine aktuelle Sofortmassnahme z.B. Lasixgabe, obwohl der Pat. über starke Atemnot klagt. Gegen 19.00 Uhr läutet der Pat. wieder mit der Aussage eine starke Einengung im Hals zu haben u. grosse Mühe mit dem Atmen zu haben. Ich erhöhe die O2-Gabe und lasse den Pat. inhalieren. ... Nach Eintreffen des D.A. kann dieser es nicht fassen, dass bis jetzt bezüglich der Ausscheidung und der respiratorischen Erleichterung keine Massnahmen getroffen worden sind."

Beispiel 9: "Eine Patientin ist beim Arzt in der Sprechstunde kollabiert. Da zunächst nicht mehr ersichtlich war, ob sie noch atmete, holte der Arzt sofortige Hilfe von den Pflegefachfrauen. Eine Person von der Pflege, welche im Korridor war und ein Telefon bei sich trug, rief sofort die angegebene REA Nummer an. Es nahm aber niemand das Telefon ab."

Beispiel 10: "Die NW vom 6. auf den 7. April löste nachts einen Alarm aus, da jemand fast zum Bett rausfiel und sie Hilfe brauchte. Es kam niemand auf diesen Alarm von der anderen Station zur Hilfe (kommen hätte müssen Abteilung A oder ev. Abteilung B). Es kann nicht sein, dass auf einen Alarmruf nachts niemand kommt!!!????"



Platzhalter für Ihr Logo

Beispiel 11: "Eine Patientin wurde am 05.07 von IMC mit Telemetrie verlegt. Stunden später die Patientin entwickelt auf die Station eine schwerer Bradykardie/Asystolie. Pflege von Intensivstation haben mehrmals auf die entsprechen Station angerufen zu erwähnen den Ereignis in Telemetrie Monitor. Trotz mehrere Anrufen Versuche, niemand hat geantwortet."

Beispiel 12: "Im Frühdienst wurde ein Alarm im Zentralgebäude ausgelöst, als ich dort eintraf, sah ich das es sich um eine MEDIZINISCHE Notfallsituation handelt, welche div. Equipment (BD-Messgerät/ Pulsoximeter und im Verlauf auch Ambubeutel und Defibrillator) erforderte. Da im Zentralgebäude keines dieser wichtigen Hilfsmittel deponiert ist, mussten div. Pfleger dies auf verschiedenen Stationen zusammentragen. Da die Stationen etwas weiter voneinander entfernt sind und auch der Zugang durch die verschlossenen Türen erschwert ist, dauert dies alles sehr lange."

Beispiel 13: "Ein Dialysepatient hat sich am Sandwich verschluckt, woraufhin es zu einer Atempause und Kreislaufstillstand kam. Mehrmals wurde frustriert das Heimlichmanöver angewendet, bis schliesslich nach zwei Thoraxkompressionen der Bolus mobilisiert werden konnte und der Patient wieder zu Bewusstsein kam. Während der Episode wurde nach einem Absauger verlangt. Dieser konnte nicht in einer angemessenen Frist zusammengebaut werden; zudem sind die Wandanschlüsse aufgrund der engen Platzverhältnisse nicht erreichbar."

Beispiel 14: "Um 6.45 Uhr wird ein Pat. mit starker Dyspnoe - im Bett liegend - vorgefunden. Der DA wird telefonisch über die AZ-Verschlechterung informiert und er wird gebeten, auf die Abteilung zu kommen. Der AZ des Pat. verschlechtert sich von Minute zu Minute, bis er nicht mehr ansprechbar ist. Der DA wird nochmals telefonisch kontaktiert, mit der Aufforderung umgehend auf die Abteilung zu kommen. Der DA kommt auf die Abteilung, er gibt unklare Anweisungen und reagiert auf Nachfragen der PP unwirsch. Um 7.15 wird der Pat. auf Anweisung des DA auf die IPS gebracht."

Beispiel 15: "Eine Patientin klagte am Sonntagmorgen über Herzbeschwerden (Übelkeit, thorakales Druckgefühl). Die Dienstärztin (Notfall) hat mich an die für das Wochenende zuständige Abteilungsärztin verwiesen. Diese konnte 10min lang nicht erreicht werden (besetzt, Tel nicht abgenommen). Trotzdem hat sich die Notfallärztin geweigert, die Pat. anzuschauen. Zuständiger Oberarzt war ebenfalls nicht erreichbar (Tel. wurde nicht abgenommen), an der Zentrale konnte man mir keine Auskunft geben, wer noch zuständig ist resp. Dienst hat). 15min nach Ereignis habe ich einen Arzt erreicht, der sich um die Pat. gekümmert hat."

Wir freuen uns auf Ihr Mitwirken!

Kontakt für Fragen:

... aus unserer Institution:

... Patientensicherheit Schweiz

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Helmut Paula, EMBA HSM
Leiter CIRNET
Tel. 043 244 14 84
E-Mail: paula@patientensicherheit.ch

Carmen Kerker, MScN
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel. 043 244 14 93
E-Mail: kerker@patientensicherheit.ch