Nicht nur Insellösungen
CIRS in der Insel Gruppe AG, Schweiz

Insel Gruppe AG
Ärztliche Direktion

Helmut Paula
Ltr. Abtlg. klin. Qualitäts- & Sicherheitsmanagement

Inhalt

- Wie alles begann…
- Aktueller Stand
- CIRS in der Insel Gruppe AG
- Ausblick

Wie alles begann…

1995 Lokale CIRS-Initiativen

Universitätsspital Basel (Pioniere: D. Scheidegger, R. Helmreich, S. Staender, M. Kaufmann)

1998 CIRS-CH

Schweizer Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR)

2001 Stiftung für Patientensicherheit

2002 CIRSmedical

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

CIRSmedical FMH Demo - Microsoft Internet Explorer

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Adresse http://localhost/default1.asp

optimized for IE > 4.0

cirs medical

INCIDENT-FORMULAR | AKTUELLE FÄLLE | AUSWERTUNGEN

Strukturierte Erfassung des kritischen Ereignisses

<< << Beware: unmoderated & open demo system !!>> >>

CIRSmedical Deutsch
CIRSmedical Français
CIRSmedical Italiano
CIRSmedical English
CIRSmedical Options/Extras

Bitte benutzen Sie dieses Formular zur Eingabe eines **kritischen Ereignisses** *, das ohne Intervention zu einem unerwünschten Ausgang, d.h. einer physischen od. psychischen Beeinträchtigung eines Patienten hätte führen können oder trotz Intervention dazu geführt hat. (*Ereignis verursacht durch die Behandlung/Betreuung des Patienten und nicht durch das Grundleiden des Patienten alleine)

1. Reporter

Wer berichtet: Berufsgruppe?
Arzt, Apotheker, Forscher, ...

Bezug des Berichters zum Ereignis?
...

2. Patient (falls anwendbar)

Alter: Jahre

Versorgungsart resp. Spitaleintritt
○ geplant ○ notfallmässig

3. Ereignis

Ereignisart?
...

Arbeitsbelastung des Verantwortlichen / Verursachers
Anzahl Arbeitsstunden bis zum Ereignis

Zu welcher Uhrzeit ist das Ereignis passiert?
Zahl zwischen 0 - 24

Ausbildung des Verantwortlichen/Verursachers
...

Wo ist das Ereignis passiert

○ Beim Patient zuhause ○ In der Arztpraxis ○ Ambulatorium Poliklink ○ Notfallstation Rettungswesen ○ OP-Bereich inkl.Aufwachraum ○ Intensivstation Intermediate Care ○ Bettenstation Stationär ○ Diagnostikbereich invasiv/nichtinvasiv ○ Pflegebereich chronisch ○ Anderer Ort

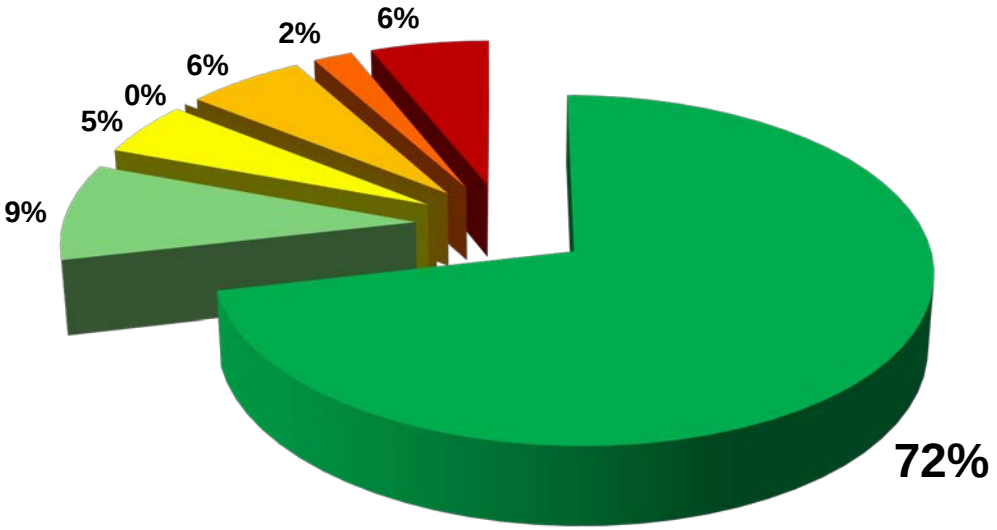
Berufsgruppe des Verantwortlichen/Verursachers
Arzt, Apotheker, Forscher, ...

Im **Verantwortungsbereich**/Pat.Liegebereich von:
...

Wählen sie im folgenden alle zutreffenden Punkte
(Mehrfachauswahl mit CTRL+Click möglich)
Bitte: Berufsgruppe, Bereich und Spez.Fragen

Fertig | Lokales Intranet

CIRS: Umsetzung in der Schweiz



n = 98

- Ja, im Gesamtspital umgesetzt
- Ja, in einzelnen Kliniken umgesetzt
- Nein, ist aber in Einführung für das Gesamtspital
- Nein, ist aber in Einführung für einzelne Kliniken
- Nein, ist aber geplant für das Gesamtspital in den nächsten 12 Mt
- Nein, ist aber geplant für einzelne Kliniken in den nächsten 12 Mt
- Nein

Klinisches Risikomanagement in Schweizer Spitälern, 2. Monitoring 2010
ETH Zürich, ZOA & Hochschule Luzern

CIRS als Werkzeug

„Es ist einfach, CIRS flächendeckend einzuführen und es ist auch einfach, zu kontrollieren, ob alle ein CIRSystem haben.

Nur sagt der Besitz eines CIRSystems noch nichts darüber aus, ob es auch richtig benützt wird.“

Scheidegger, D. (2011) *Clinical Incident Reporting System (CIRS): Eines der Werkzeuge zur Erhöhung der Patientensicherheit* Der Urologe 9 1201-1202

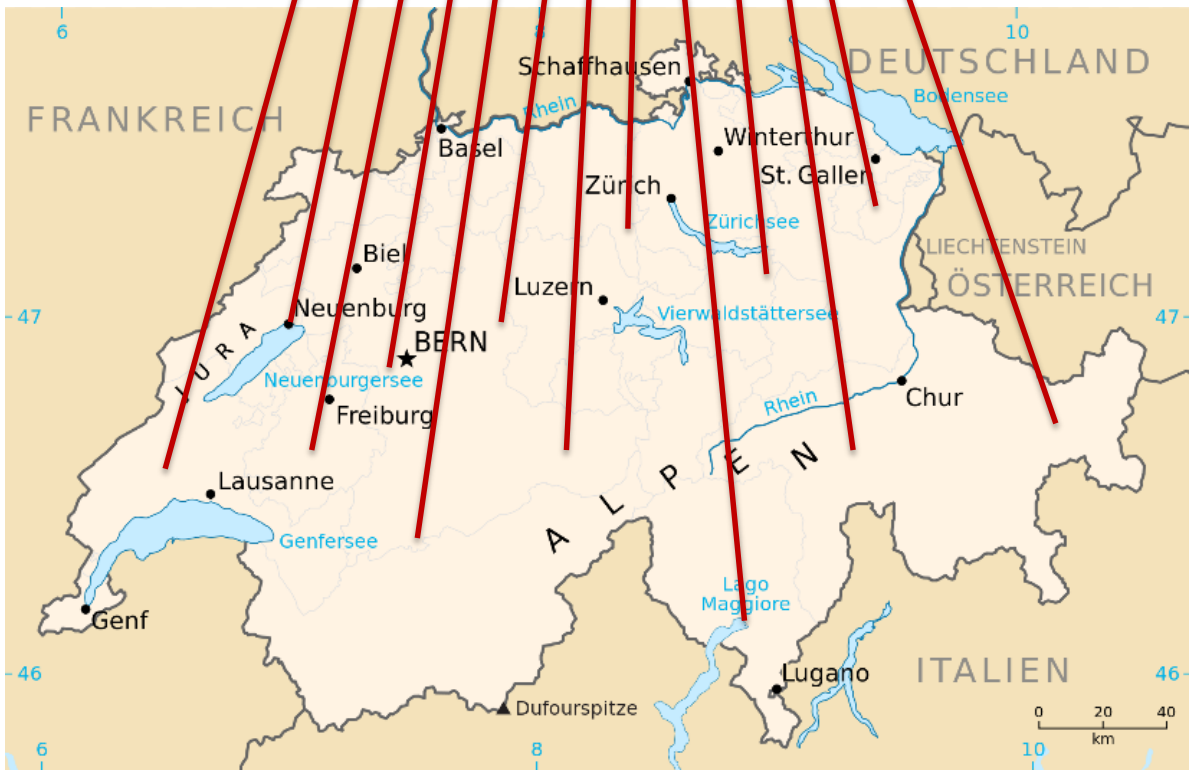
Die Existenz eines Werkzeuges...

...sagt noch nicht viel aus!

- Überregionales Netzwerk lokaler Systeme
- Gegründet durch SGAR
- Träger s. 2006: Patientensicherheit Schweiz
  (= Stiftung für Patientensicherheit)
- Öffnung für alle Disziplinen seit 2012
- Veröffentlichung von Quick-Alerts

https://www.cirrnet.ch/

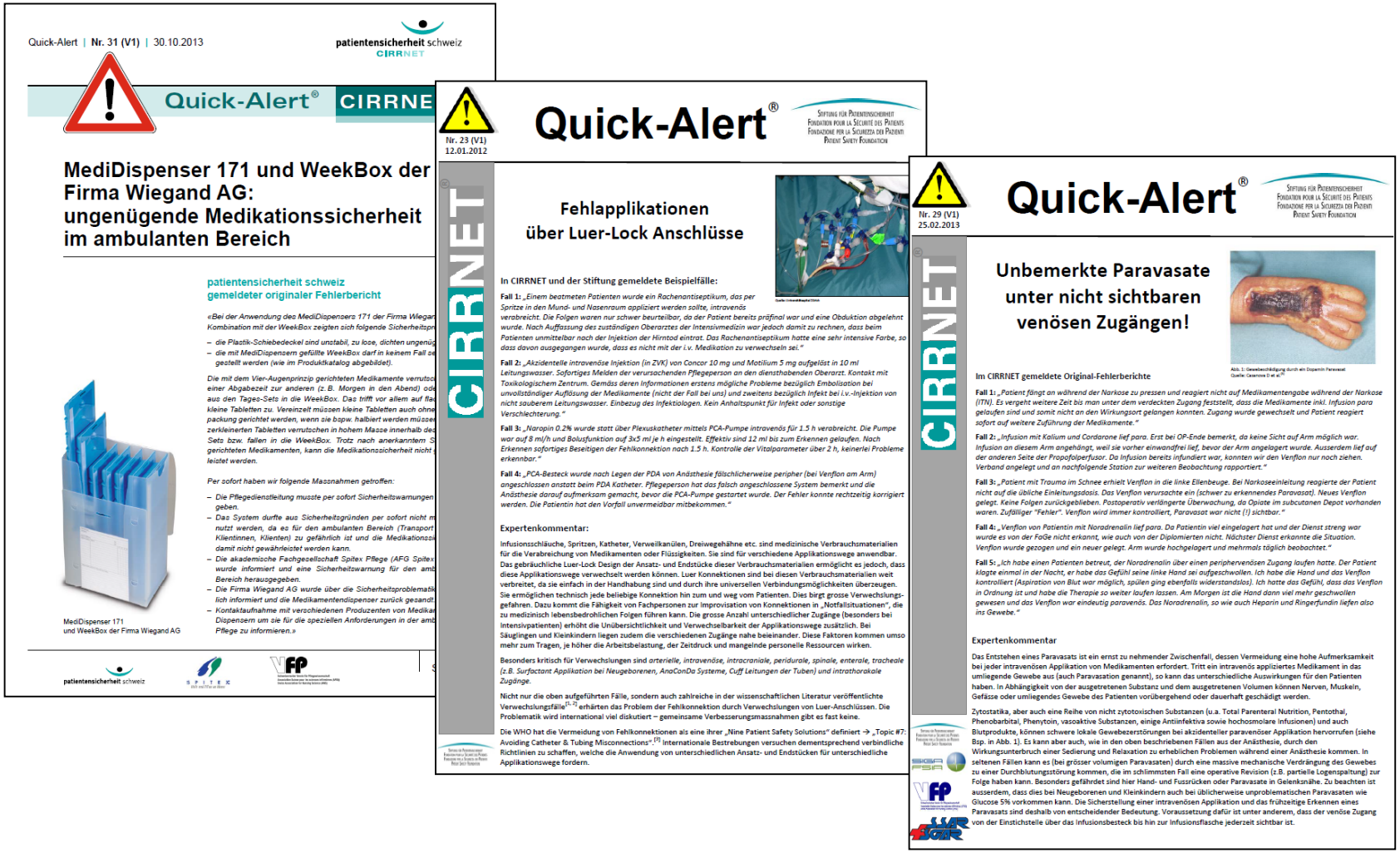
CIRRNET



Minimaler Datensatz

- Fachbereich
- Ereignis
- Reaktion
- Massnahmen

Quick-Alerts



Quick-Alert | Nr. 31 (V1) | 30.10.2013

patientensicherheit schweiz
CIRRNET

Quick-Alert® CIRRNET

MediDispenser 171 und WeekBox der Firma Wiegand AG: ungenügende Medikationssicherheit im ambulanten Bereich

patientensicherheit schweiz
gemeldeter originaler Fehlerbericht

«Bei der Anwendung des MediDispensers 171 der Firma Wiegan
Kombination mit der WeekBox zeigten sich folgende Sicherheitspr
– die Plastik-Schiebedeckel sind unstabil, zu lose, dichten ungenü
– die mit MediDispensern gefüllte WeekBox darf in keinem Fall a
gestellt werden (wie im Produktkatalog abgebildet).

Die mit dem Vier-Augenprinzip gerichteten Medikamente verrutsc
einer Abgabezeit zur anderen (z. B. Morgen in den Abend) od
aus den Tages-Sets in die WeekBox. Das trifft vor allem auf fla
kleine Tabletten zu. Vereinzelt müssen kleine Tabletten auch ohne
packung gerichtet werden, wenn sie bspw. halbiert werden müsse
zerkleinerten Tabletten verrutschen in hohem Masse innerhalb de
Sets bzw. fallen in die WeekBox. Trotz nach anerkanntem S
gerichteten Medikamenten, kann die Medikationssicherheit nicht
leistet werden.

Per sofort haben wir folgende Massnahmen getroffen:
– Die Pflegedienstleitung musste per sofort Sicherheitswarnungen
geben
– Das System durfte aus Sicherheitsgründen per sofort nicht m
nutzt werden, da es für den ambulanten Bereich (Transport
Klientinnen, Klienten) zu gefährlich ist und die Medikationssi
damit nicht gewährleistet werden kann.
– Die akademische Fachgesellschaft Spitex Pflege (AFG Spitex
wurde informiert und eine Sicherheitswarnung für den amb
Bereich herausgegeben.
– Die Firma Wiegand AG wurde über die Sicherheitsproblematik
lich informiert und die Medikamentendispenser zurück gesandt
– Kontaktaufnahme mit verschiedenen Produzenten von Medika
Dispensern um sie für die speziellen Anforderungen in der amb
Pflege zu informieren.»

MediDispenser 171
und WeekBox der Firma Wiegand AG

patientensicherheit schweiz

Nr. 23 (V1)
12.01.2012

Quick-Alert®

Stiftung für Patientensicherheit
Fondation pour la Sécurité des Patients
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Patient Safety Foundation

CIRRNET

Fehlapplikationen über Luer-Lock Anschlüsse

In CIRRNET und der Stiftung gemeldete Beispielfälle:

Fall 1: *„Einem beatmeten Patienten wurde ein Rachenantiseptikum, das per Spritze in den Mund- und Nasenraum appliziert werden sollte, intravenös verabreicht. Die Folgen waren nur schwer beurteilbar, da der Patient bereits präfinal war und eine Obduktion abgelehnt wurde. Nach Auffassung des zuständigen Oberarztes der Intensivmedizin war jedoch damit zu rechnen, dass beim Patienten unmittelbar nach der Injektion der Hirntod eintrat. Das Rachenantiseptikum hatte eine sehr intensive Farbe, so dass davon ausgegangen wurde, dass es nicht mit der i.v. Medikation zu verwechseln sei."*

Fall 2: *„Akzidentelle intravenöse Injektion (in ZVK) von Concor 10 mg und Motilium 5 mg aufgelöst in 10 ml Leitungswasser. Sofortiges Melden der verursachenden Pflegeperson an den diensthabenden Oberarzt. Kontakt mit Toxikologischem Zentrum. Gemäss deren Informationen erstens mögliche Probleme bezüglich Embolisation bei unvollständiger Auflösung der Medikamente (nicht der Fall bei uns) und zweitens bezüglich Infekt bei i.v.-Injektion von nicht sauberem Leitungswasser. Einbezug des Infektiologen. Kein Anhaltspunkt für Infekt oder sonstige Verschlechterung."*

Fall 3: *„Naropin 0.2% wurde statt über Plexuskatheter mittels PCA-Pumpe intravenös für 1.5 h verabreicht. Die Pumpe war auf 8 ml/h und Bolusfunktion auf 3x5 ml je h eingestellt. Effektiv sind 12 ml bis zum Erkennen gelaufen. Nach Erkennen sofortiges Beseitigen der Fehlkonnektion nach 1.5 h. Kontrolle der Vitalparameter über 2 h, keinerlei Probleme erkennbar."*

Fall 4: *„PCA-Besteck wurde nach Legen der PDA von Anästhesie fälschlicherweise peripher (bei Venflon am Arm) angeschlossen anstatt beim PDA Katheter. Pflegeperson hat das falsch angeschlossene System bemerkt und die Anästhesie darauf aufmerksam gemacht, bevor die PCA-Pumpe gestartet wurde. Der Fehler konnte rechtzeitig korrigiert werden. Die Patientin hat den Vorfall unvermeidbar mitbekommen."*

Expertenkommentar:

Infusionsschläuche, Spritzen, Katheter, Verweilkanülen, Dreiwegehähne etc. sind medizinische Verbrauchsmaterialien für die Verabreichung von Medikamenten oder Flüssigkeiten. Sie sind für verschiedene Applikationswege anwendbar. Das gebräuchliche Luer-Lock Design der Ansatz- und Endstücke dieser Verbrauchsmaterialien ermöglicht es jedoch, dass diese Applikationswege verwechselt werden können. Luer Konnektionen sind bei diesen Verbrauchsmaterialien weit verbreitet, da sie einfach in der Handhabung sind und durch ihre universellen Verbindungsmöglichkeiten überzeugen. Sie ermöglichen technisch jede beliebige Konnektion hin zum und weg vom Patienten. Dies birgt grosse Verwechslungsgefahren. Dazu kommt die Fähigkeit von Fachpersonen zur Improvisation von Konnektionen in „Notfallsituationen", die zu medizinisch lebensbedrohlichen Folgen führen kann. Die grosse Anzahl unterschiedlicher Zugänge (besonders bei Intensivpatienten) erhöht die Unübersichtlichkeit und Verwechselbarkeit der Applikationswege zusätzlich. Bei Säuglingen und Kleinkindern liegen zudem die verschiedenen Zugänge nahe beieinander. Diese Faktoren kommen umso mehr zum Tragen, je höher die Arbeitsbelastung, der Zeitdruck und mangelnde personelle Ressourcen wirken.

Besonders kritisch für Verwechslungen sind *arterielle, intravenöse, intracraniale, peridurale, spinale, enterale, tracheale (z.B. Surfactant Applikation bei Neugeborenen, AnaConDa Systeme, Cuff Leitungen der Tuben) und intrathorakale Zugänge.*

Nicht nur die oben aufgeführten Fälle, sondern auch zahlreiche in der wissenschaftlichen Literatur veröffentlichte Verwechslungsfälle[1, 2] erhärten das Problem der Fehlkonnektion durch Verwechslungen von Luer-Anschlüssen. Die Problematik wird international viel diskutiert – gemeinsame Verbesserungsmassnahmen gibt es fast keine.

Die WHO hat die Vermeidung von Fehlkonnektionen als eine ihrer „Nine Patient Safety Solutions" definiert → „Topic #7: Avoiding Catheter & Tubing Misconnections".[3] Internationale Bestrebungen versuchen dementsprechend verbindliche Richtlinien zu schaffen, welche die Anwendung von unterschiedlichen Ansatz- und Endstücken für unterschiedliche Applikationswege fordern.

Nr. 29 (V1)
25.02.2013

Quick-Alert®

Stiftung für Patientensicherheit
Fondation pour la Sécurité des Patients
Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Patient Safety Foundation

CIRRNET

Unbemerkte Paravasate unter nicht sichtbaren venösen Zugängen!

Abb. 1: Gewebeschädigung durch ein Dopamin Paravasat
Quelle: Cesarone D et al.[4]

Im CIRRNET gemeldete Original-Fehlerberichte

Fall 1: *„Patient fängt an während der Narkose zu pressen und reagiert nicht auf Medikamentengabe während der Narkose (ITN). Es vergeht weitere Zeit bis man unter dem verdeckten Zugang feststellt, dass die Medikamente inkl. Infusion para gelaufen sind und somit nicht an den Wirkungsort gelangen konnten. Zugang wurde gewechselt und Patient reagiert sofort auf weitere Zuführung der Medikamente."*

Fall 2: *„Infusion mit Kalium und Cordarone lief para. Erst bei OP-Ende bemerkt, da keine Sicht auf Arm möglich war. Infusion an diesem Arm angehängt, weil sie vorher einwandfrei lief, bevor der Arm angelagert wurde. Ausserdem lief auf der anderen Seite der Propofolperfusor. Da Infusion bereits infundiert war, konnten wir den Venflon nur noch ziehen. Verband angelegt und an nachfolgende Station zur weiteren Beobachtung rapportiert."*

Fall 3: *„Patient mit Trauma im Schnee erhielt Venflon in die linke Ellenbeuge. Bei Narkoseeinleitung reagierte der Patient nicht auf die übliche Einleitungsdosis. Das Venflon verursachte ein (schwer zu erkennendes Paravasat). Neues Venflon gelegt. Keine Folgen zurückgeblieben. Postoperativ verlängerte Überwachung, da Opiate im subcutanen Depot vorhanden waren. Zufälliger "Fehler". Venflon wird immer kontrolliert, Paravasat war nicht (!) sichtbar."*

Fall 4: *„Venflon von Patientin mit Noradrenalin lief para. Da Patientin viel eingelagert hat und der Dienst streng war wurde es von der FaGe nicht erkannt, wie auch von der Diplomierten nicht. Nächster Dienst erkannte die Situation. Venflon wurde gezogen und ein neuer gelegt. Arm wurde hochgelagert und mehrmals täglich beobachtet."*

Fall 5: *„Ich habe einen Patienten betreut, der Noradrenalin über einen periphervenösen Zugang laufen hatte. Der Patient klagte einmal in der Nacht, er habe das Gefühl seine linke Hand sei aufgeschwollen. Ich habe die Hand und das Venflon kontrolliert (Aspiration von Blut war möglich, spülen ging ebenfalls widerstandslos). Ich hatte das Gefühl, dass das Venflon in Ordnung ist und habe die Therapie so weiter laufen lassen. Am Morgen ist die Hand dann viel mehr geschwollen gewesen und das Venflon war eindeutig paravenös. Das Noradrenalin, so wie auch Heparin und Ringerfundin liefen also ins Gewebe."*

Expertenkommentar

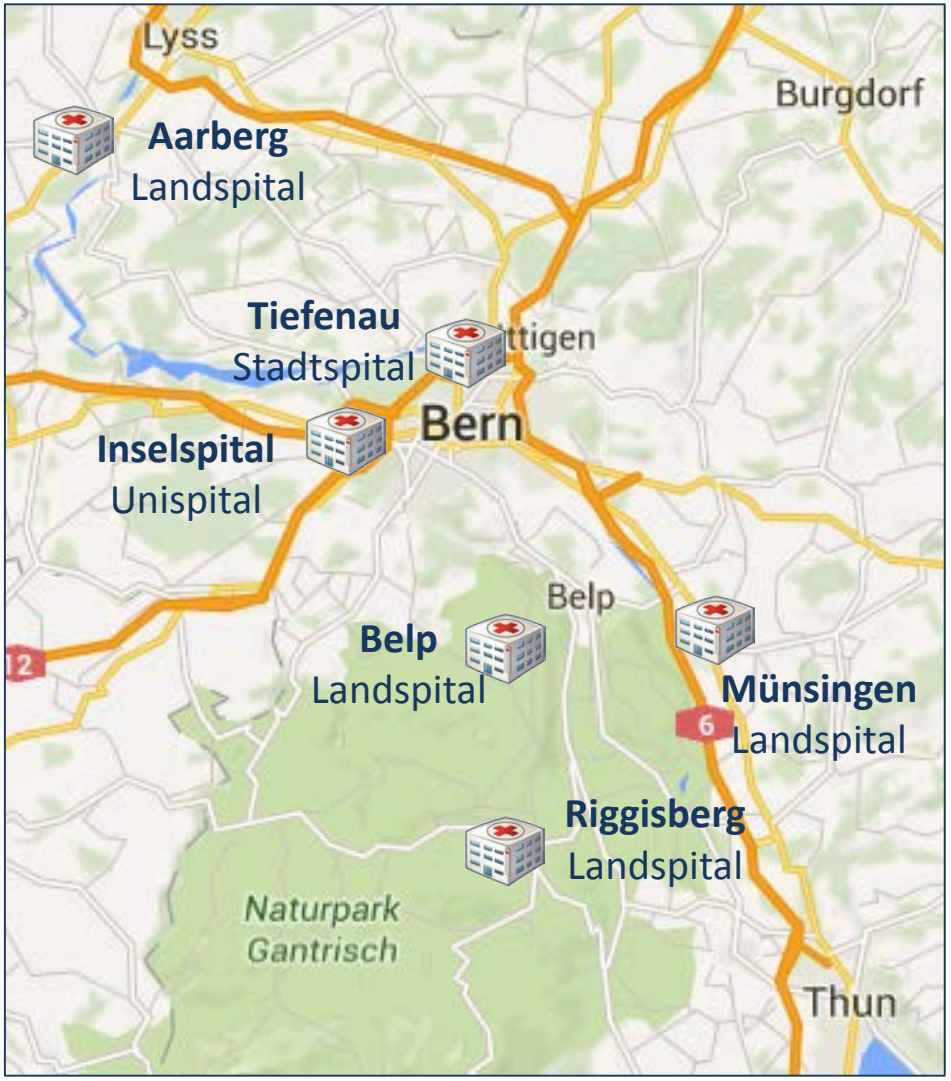
Das Entstehen eines Paravasats ist ein ernst zu nehmender Zwischenfall, dessen Vermeidung eine hohe Aufmerksamkeit bei jeder intravenösen Applikation von Medikamenten erfordert. Tritt ein intravenös appliziertes Medikament in das umliegende Gewebe aus (auch Paravasation genannt), so kann das unterschiedliche Auswirkungen für den Patienten haben. In Abhängigkeit von der ausgetretenen Substanz und dem ausgetretenen Volumen können Nerven, Muskeln, Gefässe oder umliegendes Gewebe des Patienten vorübergehend oder dauerhaft geschädigt werden.

Zytostatika, aber auch eine Reihe von nicht zytotoxischen Substanzen (u.a. Total Parenteral Nutrition, Pentothal, Phenobarbital, Phenytoin, vasoaktive Substanzen, einige Antiinfektiva sowie hochosmolare Infusionen) und auch Blutprodukte, können schwere lokale Gewebezerstörungen bei akzidenteller paravenöser Applikation hervorrufen (siehe Bsp. in Abb. 1). Es kann aber auch, wie in den oben beschriebenen Fällen aus der Anästhesie, durch den Wirkungsunterbruch einer Sedierung und Relaxation zu erheblichen Problemen während einer Anästhesie kommen. In seltenen Fällen kann es (bei grösser volumigen Paravasaten) durch eine massive mechanische Verdrängung des Gewebes zu einer Durchblutungsstörung kommen, die im schlimmsten Fall eine operative Revision (z.B. partielle Logenspaltung) zur Folge haben kann. Besonders gefährdet sind hier Hand- und Fussrücken oder Paravasate in Gelenksnähe. Zu beachten ist ausserdem, dass dies bei Neugeborenen und Kleinkindern auch bei üblicherweise unproblematischen Paravasaten wie Glucose 5% vorkommen kann. Die Sicherstellung einer intravenösen Applikation und das frühzeitige Erkennen eines Paravasats sind deshalb von entscheidender Bedeutung. Voraussetzung dafür ist unter anderem, dass der venöse Zugang von der Einstichstelle über das Infusionsbesteck bis hin zur Infusionsflasche jederzeit sichtbar ist.

http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Quick-Alerts.html

CIRS in der Insel Gruppe AG

Insel Gruppe AG



Spital Aarberg
~ 120 Betten

Tiefenauspital
~ 250 Betten

Inselspital
~ 1'000 Betten

Spital Belp
~ 80 + 30 Betten

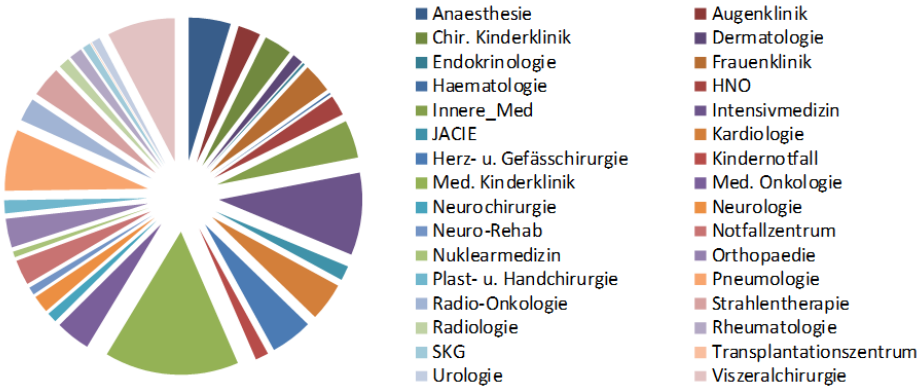
Spital Münsingen
~ 80 Betten

Spital Riggisberg
~ 50 Betten

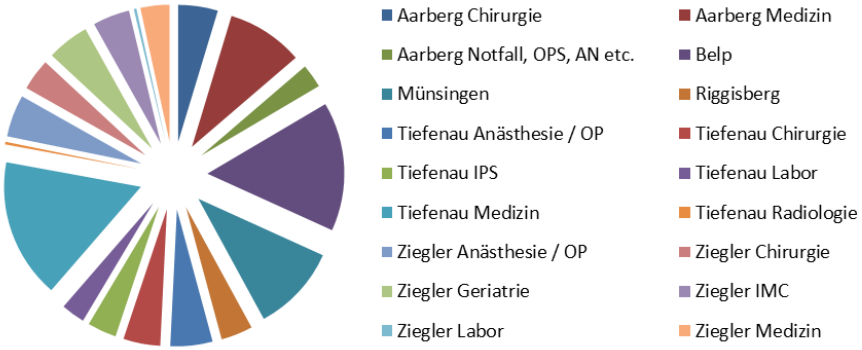
CIRS-Meldezahlen Insel Gruppe

54 (36 + 18) Meldekreise

Inselspital Bern
1‘685

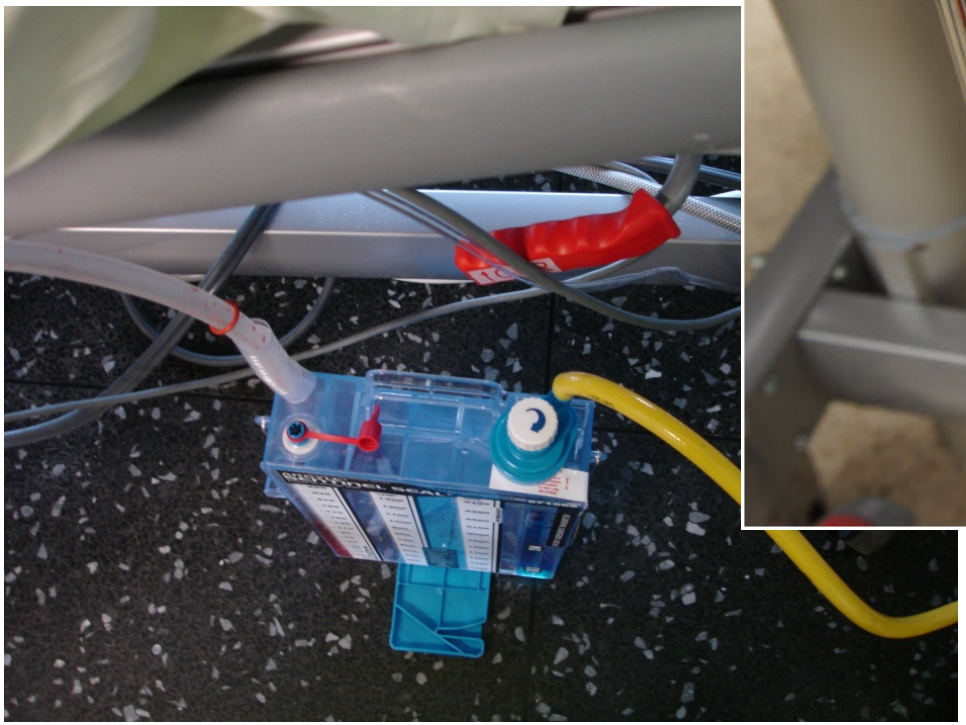


and. Standorte
321



Quelle kRM-Bericht 2015 (Sept. 2014 – August 2015)

Massnahmen aus Einzelmeldungen



Interne Alerts

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

CIRS-EBKE-Alert

Gefahren bei der Verwendung von Segufix-Gurten

Hintergrund

Beschreibung Segufixsystem
Das Segufixsystem ist ein Gurtsystem, welches zur Fixierung von Patienten im Bett oder einer stabilen Sitzgelegenheit benutzt werden kann. Die Gurte werden mittels Magnetknopf verschlossen. Mit dem Gurtsystem können Patienten an Kopf, Schulter, Taille, Hand und an Oberschenkel und Fuss fixiert werden. Das Material des Segufixsystems ist schwer entflammbar,

Sicherheitsregeln bei der Fixierung von Patienten mit Segufixsystem

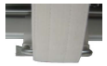
- Gebrauchsanweisung über Segufix (http://iww.insel.ch/de/direktionen/dpmtt-home/dpmtt-gupk/dpmtt-material/materialinformationen/). Fehlerhafte Anwendung des Segufixsystem kann ernsthafte Folgen haben, auch mit tödlichem Ausgang.
- Vor Benutzung muss das Segufixsystem auf schadhafte Nähte, abgerissene Teile und beschädigte Ösen untersucht werden. Patent- und Klettverschlüsse auf Funktion und sicheren Halt prüfen. Beschädigte oder verschlissene Produkte nicht mehr benutzen, da ansonsten Verletzungsgefahr besteht.
- Sicherstellen, dass Segufixsystem nur mit Betten, bzw. standfesten Sitzgelegenheiten verwenden, welche eine Anbringung gemäss Gebrauchsanweisung erlaubt.
- Sitz der Fixierung überprüfen: Gurte müssen straff am Bettrahmen, Kopf- oder Fussteil angebracht werden. Sie dürfen nicht verrutschen. Bewegungsmechanismen der Betten, bzw. der Sitzgelegenheiten dürfen nicht beeinträchtigt werden.
- Grösse des Gurtes muss entsprechend der Körper und Taillengrösse gewählt werden.
- Gurte müssen eng anliegen, dürfen aber nicht die Atmung beeinträchtigen. Es muss möglich sein, flache Hand zwischen Patient und Gurt zu schieben. Eine Selbstgefährdung durch Verrutschen der Gurte kann auftreten, wenn diese zu locker angelegt sind (Cave: Strangulation).
- Bei Patienten mit Herzschrittmacher muss ein Sicherheitsabstand von 10 cm zwischen Magnetknopf und Herzschrittmacher eingehalten werden, da sonst Tachykardien ausgelöst werden können.
- Gefährliche Gegenstände, welche zu einer Selbstverletzung oder zur Beschädigung der Gurte führen könnten, müssen vom Patienten entfernt werden.
- Bett ganz runter lassen
- Hochstellen der Bettgitter beidseits, bei geteilten Bettgitter ist das Zwischenbrett unbedingt einzusetzen, um ein Hindurchrutschen des Patienten zu verhindern. Gefahr der Strangulation!
- Segufixsystem nie ohne Seitenbefestigungen benutzen! Die Seitenbefestigungen verhindern, dass der Patient sich quer zur Körperachse im Bett dreht. Ohne Seitenbefestigungen kann der Patient sich über den Bettrand hinaus drehen und strangulieren, oder verursacht durch das Körpergewicht auf die Bettgitter, kann es zu einer Thorax- oder Abdomenkompression kommen. Tod kann innert weniger Minuten auftreten.
- Patient muss engmaschig überwacht werden (allg. Befinden, Unruhe, Lage im Bett, Sitz der Gurte, Atmung).
- Bei aggressiven, aufgebrachten und unruhigen Patienten, d.h. mit Aufstehversuchen aus dem Bett bzw. wenn aufgrund der Agitation Aufstehversuche aus dem Bett/versuchtes Verlassen des Bettes nicht auszuschliessen sind, und auch bei Befreiungsversuchen aus den Segufixgurten, und bei solchen, bei denen die Gefahr der Aspiration besteht, ist eine ununterbrochene Überwachung erforderlich.

Datei	Autoren	Version vom	Ersetzt Version vom	
CIRS-EBKE-Alert_2012_07_27-1	I. Barbezat / A. Suter / H. Paula	27.07.2012		S. 1 von 3

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

ert werden
Massnahmen im Behandlungsteam
hen und Verlauf

ngen
he/dpmtt-
spitalbett-voelker/



stellationen

keit. Es soll vielmehr auf typische
sfällen geführt haben. (Fotos wurden

urt-Seitenbefestigungen

nn sich ein Patient mit angelegtem Bauch-
gen und sich auch quer zur Körperachse
iteren Schutzmassnahmen (mit/ohne
tc.) ergeben sich dadurch unterschiedliche

Atmung durch eine direkte Einengung des
uck auf den Thorax/Bauch mit daraus
bdomenkompression behindert (bzw.

n
ettgittern

abhängig
e Gefahr
direkten
n Seiten-
bei

ittern
nicht

ient
er

hinauszuklettern, grossen
Schaden nimmt.

Bei der Verwendung von Bauchgurten sind deshalb die vorhandenen Gurt-Seitenbefestigungen grundsätzlich anzulegen.
Der Handschalter des Bettes ist zudem ausser Reichweite des Patienten aufzubewahren und die Verstellfunktion der Liegefläche zu sperren.

Datei	Autoren	Version vom	Ersetzt Version vom	
CIRS-EBKE-Alert_2012_07_27-1	I. Barbezat / A. Suter / H. Paula	27.07.2012		S. 2 von 3

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

CIRS-EBKE-Alert

Look-alike: Metamizol und Captopril aus dem ISPI

Kurzbeschreibung des Ereignisses:

Seit kurzem haben wir das Ersatzpräparat für Novalgin, die Metamizol-Lösung in unserer Stammapotheke. Dies stellt ein erhöhtes Risiko zur Medikamenten-Verwechslung mit Captopril-Lösung dar. Beide Flaschen sehen identisch aus, haben identische Etikettierung, nur Produktenamen ist verschieden (Beide Lösungen werden in der Inselapotheke hergestellt).

Heute morgen wurde entdeckt, dass die Captopril-Flasche bei den Metamizol-Flaschen stand, was zu einer falschen Medikamentenverabreichung führen könnte.

Welche Massnahmen haben Sie ergriffen?:

- Meldung an LAe, welche die Chefapothekerin kontaktiert
- Alle Flaschen Captopril auf unseren Stationen mit Leuchtstift gemarkert

Vorschläge zur Vermeidung eines ähnlichen Ereignisses:

Bei der Herstellung von Eigenprodukten die Risiken von look-alike Medikamenten vermeiden mit klar unterschiedlichen Etiketten (Z.B Farbe der Etikette)

Kommentar CIRS-EBKE-Gruppe der Klinik:

An das ISPI gemeldet; machen Vorschlag mit farbhinterlegten Etiketten

Massnahmen des Instituts für Spitalpharmazie

Um die Verwechslungsgefahr zu reduzieren, wurde als Sofortmassnahme bei der gesamten Lagerware von CAPTOPRIL Lös. oral 1 mg/ml Fl. Glas 50 ml mit der Charge 0411 der Produktename mit gelbem Leuchtstift markiert (s. Bild 1).

Ab der Produktion der neuen Charge (0112) wird für CAPTOPRIL Lös. oral 1 mg/ml Fl. Glas 50 ml eine neue, farblich hinterlegte Etikette verwendet (s. Bild 2). Dadurch sind die beiden Produkte besser voneinander unterscheidbar.

Bild 1 Markierung mit gelbem Leuchtstift

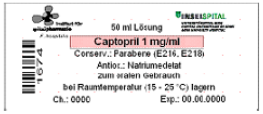


Bild 2: Farblich hinterlegte Etikette

Datei	Autor	Version vom	Ersetzt Version vom	
CIRS-EBKE-Alert_2012_02_02	H. Paula	02.02.2012		S. 1 von 1

Ausblick

- Zukunft von CIRS
  - Ergänzung durch andere Systeme
  - Ablösung durch andere Systeme (?)
  - Diskussion über Schweregrade
- CIRS z. T. Voraussetzung für Spitalliste
  - Kantone Zürich, Wallis
- Einbindung des "Safety II"-Ansatzes

Kantonale Anforderungen an CIRS

(Bsp. Kanton Zürich)

- Es ist ein CIRS-Konzept vorhanden.
- Die Vertraulichkeit ist geregelt.
- Die betriebsinterne Sanktionsfreiheit des Melders ist gewährleistet.
- Die CIRS-Verantwortung ist klar zugeteilt und geregelt.
- Die hauptverantwortlich mit der CIRS-Fallbearbeitung beauftragten Personen verfügen über entsprechende Ressourcen und sind in systemischer Fallanalyse geschult.
- Kriterien zur Fallbeurteilung sind festgelegt und werden angewendet.
- Der Zugang der CIRS-Verantwortlichen zu Entscheidungsgremien ist der Wichtigkeit und Dringlichkeit entsprechend gewährleistet.

Kantonale Anforderungen an CIRS

(Bsp. Kanton Zürich)

- Bei der CIRS-Fallbearbeitung sind die Bearbeitungsfristen für die „Eingangsphase“ (von Meldungseingang bis Triage und Information über das weitere Vorgehen) definiert.
- Der Entscheid zu jeder CIRS-Meldung muss dokumentiert werden.
- Es erfolgen systematische Rückmeldungen zu den CIRS-Fällen.
- Es ist ein Prozess beschrieben, wie Mitarbeitende ins CIRS eingeführt werden.
- Es besteht die Möglichkeit, anonyme Meldungen einzugeben.
- Im Rahmen der CIRS-Meldung besteht die Möglichkeit, Verbesserungen einzureichen und Innovationen anzuregen.
- Ein niederschwelliger, Melder-gerechter Zugang auf das CIRS-Meldesystem ist jederzeit gewährleistet.

Safety II Änderung der Perspektive

Safety I
"Was läuft schief?"

Safety II
"Was läuft richtig?"

mod. n. Hollnagel, 2013

CIRS zeigt nicht nur Probleme…
…sondern auch Lösungen

Kontrolle der gerichteten per os-Medikation i. O.

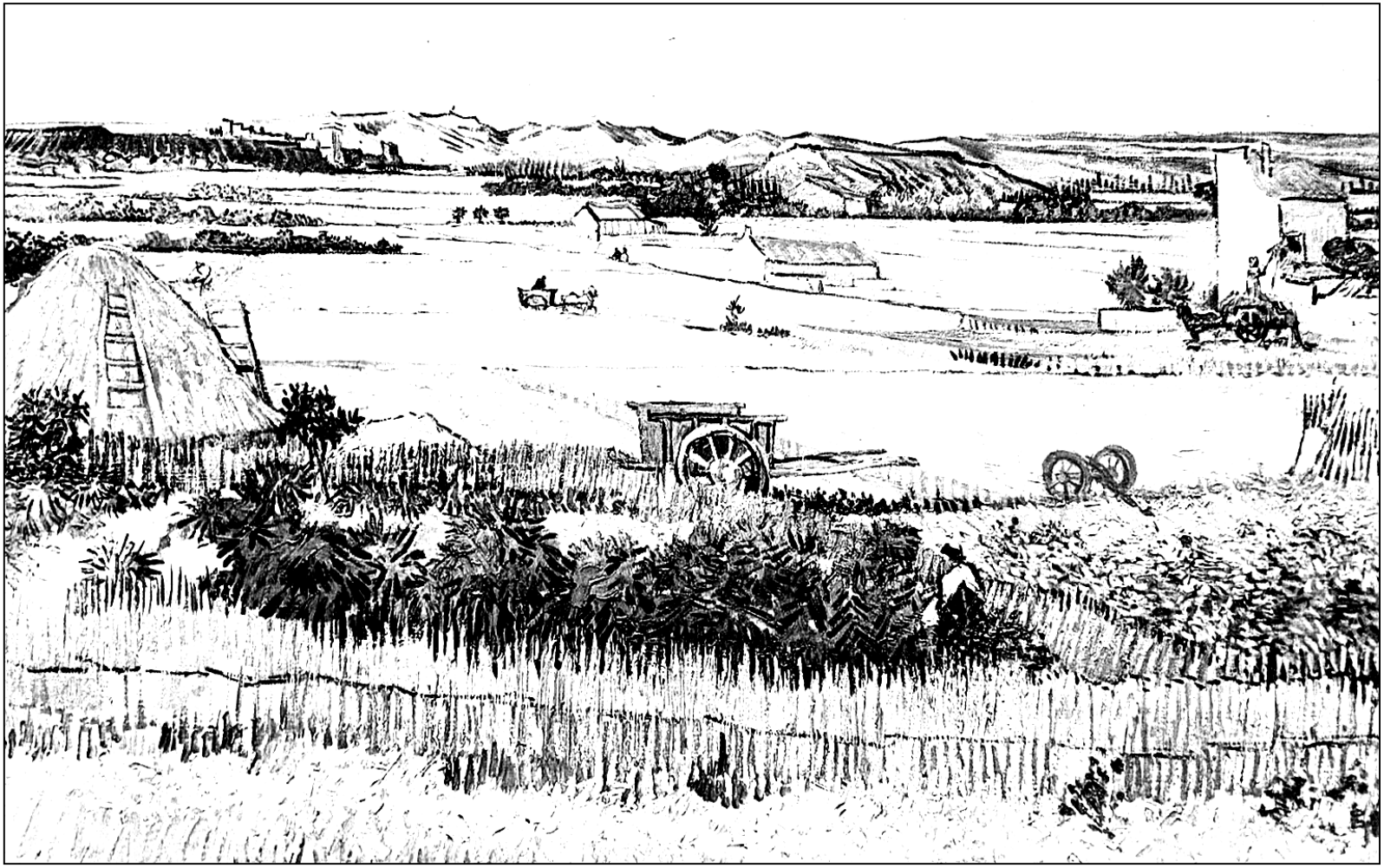
Welcher Prozess ist fehleranfällig?

Übersehen wurde, dass Patient eine OP hat und dass die Anästhesie 2 Medikamente gestoppt hat.

Was lief schief?

Betreuende Fachperson sieht dies und nimmt Rücksprache mit Kontrollperson. Die zwei Medikamente konnten noch entfernt werden.

Was läuft richtig?



Vincent Van Gogh (1888) La Moisson