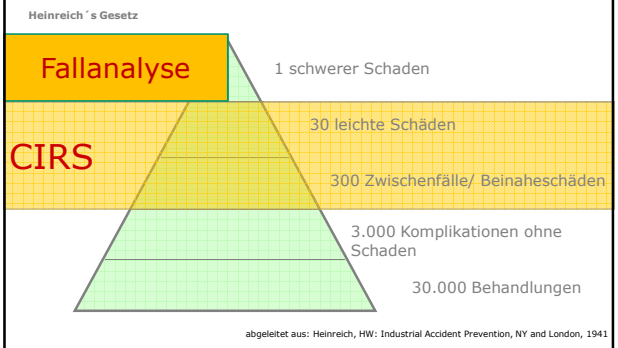
„Fallanalyse im CIRS“

Arbeitssession „Fallanalyse“
Berlin, 2. Nationales CIRS-Forum



abgeleitet aus: Heinreich, HW: Industrial Accident Prevention, NY and London, 1941

Organisatorische Rahmenbedingungen I

- Entkopplung von disziplinarischen und sanktionierenden Maßnahmen
- Reflex der Schuldzuweisung aufschieben/unterbinden
  - Angst vor Schuldzuweisungen schafft unnötige Barrieren
- Bereitschaft auf allen Ebenen Änderungen zur Risikominderung vorzunehmen

Organisatorische Rahmenbedingungen II

- Lernwilligkeit auf allen Hierarchieebenen
- Ausstattung des Analyseteams mit Ressourcen
- Das Analyseteam muss vor der Analyse sicher sein, dass die Ergebnisse gehört werden
- Die für Veränderungen Zuständigen (z.B. CA, PDL, Geschäftsführung) müssen sich verpflichten (schriftlich), auf Berichte der CIRS-Gruppe innerhalb einer Frist (z.B. 10 Tage) zu antworten

Prozessschritte der Fallanalyse

1. Identifikation
2. Entscheidung für eine Fallanalyse
3. Analyseteam zusammenstellen
4. Organisation und Datensammlung
5. Zeitlichen Ablauf ermitteln
6. Fehlerhafte Vorgänge identifizieren
7. Fehlerbegünstigende Faktoren identifizieren
8. Empfehlungen

Vorbereitung
- Experten mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund
- Ressourcen verfügbar machen
  Personal, Material, Legitimationen

Ereignis beschreiben

Analyse

Umsetzung
- Bericht verfassen
- Rückmeldung an Organisation

ANALYSE: 2 stufiges Vorgehen

2. Beitragende Einflussfaktoren
- latente Faktoren
- „common causes“

1. Direkte Einflussfaktoren
- aktive Fehler
- unsichere Handlungen
- erfolglose Abwehrmechanismen

ANALYSE

Auswertungssystematiken, Fallanalysen komplexer Fälle

- **Problemlösetechniken**
  - Brainstorming, -writing
  - Ishikawa Fishbone - Strukturanalyse
  - 5 „Warum?“
  - Fragen, „5-P’s“
  - Barrieren – Analyse (physisch, menschlich, natürlich, administrativ)
  - Timeline
  - Zeit-Personen-Raster

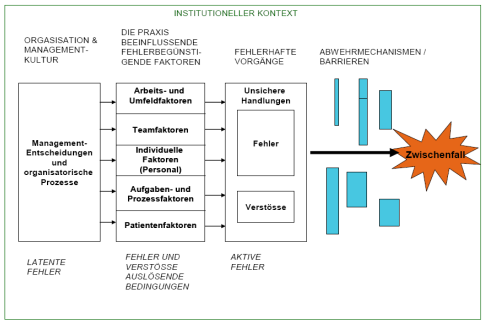
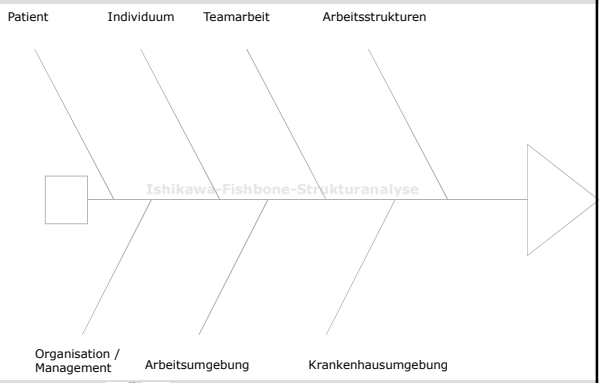


Diagramm: Stiftung Patientensicherheit, Zürich

ANALYSE: Fischbone Diagramm erstellen

1. Ereignis in Fischkopf schreiben

1. Fischgräten bezeichnen
   - Faktoren aufspalten
   - WARUM Fragen



Auswertungssystematiken, Fallanalysen komplexer Fälle

- Ein guter **Analysebericht** enthält :

Teil 1:
- Auflistung der einzelnen Handlungen, die zu Ereignis geführt haben
- Strukturierte, kategorienbezogene Auflistung der beitragenden Risikofaktoren
- Zuordnung zu einem übergeordneten CIRS-Thema (Medikamentenfehler, Kommunikationsversagen, technischer Mangel, Hygienemangel, Dokumentation, Standardabweichung, etc.)
- Risikobewertung nach Eintrittswahrscheinlichkeit, Wiederholungswahrscheinlichkeit, Schadenausmaß und Entdeckbarkeit

Auswertungssystematiken, Fallanalysen komplexer Fälle

- Ein guter **Analysebericht** enthält :

Teil 2:
- Benennung eines Prozessverantwortlichen, an den die Analyse weitergeleitet wird, einschl. dessen Unterschrift als Beleg für die Weiterleitung
- Auflistung aller aufgrund der Analyseergebnisse abgeleiteten Risiko-Präventionsmaßnahmen und Verbesserungsvorschläge
- ggf. Vorschlag für einen aus der Analyse resultierenden Projektauftrag
- Festlegung eines Bearbeitungszeitraumes zur Eliminierung / Senkung der Risikopotentiale
- Namen der an der Analyse teilhabenden Personen (CIRS-Team, externe Experten, Sachverständige, etc.)

AUSBLICK: Von der Ursachenanalyse zur Risikobewältigung / Veränderung

Wie gelingt ein guter Wissenstransfer?

- Mit guter Methodik erreichen Sie objektivierbare Analyseergebnisse
- Durch gutes Projektmanagement erreichen Sie die Erreichung Ihrer Projektziele
- Durch Einbindung von Menschen mit Fachwissen bringen Sie Expertise in die Fälle
- Menschen zusammenbringen, die das Risikothema angeht und interessiert
- Didaktisch gute Herleitung und Darstellung der Ergebnisse erleichtert die Überzeugungsarbeit bei den Entscheidungsträgern
- Übersichtliche Ergebnisdarstellung wird von den Mitarbeitern begrüßt und neues Wissen besser aufgenommen

Literaturtipps zu CIRS / Fallanalysen

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2006). Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit. Online verfügbar unter: http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de/apsside/07-07-25-CIRS-Handlungsempfehlung.pdf
- Fahlbruch, B. (1999). Vom Unfall zu den Ursachen. Berlin: Mensch & Buch.
- Hofinger, G. (2010). CIRS als Instrument des gemeinsamen Lernens im Krankenhaus - Voraussetzungen und Barrieren. *Wirtschaftspsychologie 12, 4* (Sonderheft „Aus Fehlern lernen“), 87 – 96
- Johnson, C.W. (2003). Failure in Safety-Critical Systems: A Handbook of Accident and Incident Reporting. Glasgow: University of Glasgow Press.
- WHO (2005). Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems.
- Strauch, B. (2002). Investigating Human Error: Incidents, Accidents, and Complex Systems. Aldershot: Ashgate.
- Vincent, Ch. (2006). Patient Safety. Edinburgh u.a.: Churchill Livingstone. Darin Kap 4.
- Herold, A. (2010). Safety-Clip, Verwechslung eines venösen mit einem arteriellen Zugang – ein CIRS-Fall. Der Chirurg. BDC 11.

- http://asrs.arc.nasa.gov/forms/PDF_Files/general.pdf
- http://asrs.arc.nasa.gov/immunity_nf.htm
- http://www.anaesthesie.ch/cirs/intreng.htm#Definition
- https://www.cirsmedical.ch/Deutschland/cirs/formular.php?urlsp=20060206104402
- https://www.cirsmedical.ch/dokument/CIRSmedINFO.htm
- http://www.eucare.de/wasist.htm
- http://www.medana.unibas.ch/cirs/intreng.htm

Herzlichen Dank!

Angela Herold
Dipl.-Psych., Risikoberaterin
Werner-Eckert-Str. 11
81829 München
aherold@grb.de
++49 171 2269823
www.grb.de

Dr. Gesine Hofinger
Hohenheimer Str. 104
D-71686 Remseck

gesine.hofinger@team-hf.de
Tel ++49 (0) 7146 287393
www.team-hf.de