

Organisatorische Einbettung von CIRS

Gesine Hofinger

1. Grundlagen

1.1 Begriffsklärungen

1.2. Wozu dienen Zwischenfall-Berichtssysteme?

Die Erfassung von Ereignissen dient ausschließlich der **Verhütung künftiger Zwischenfälle und Unfälle**, nicht der Klärung von Schuld- oder Haftungsfragen
CIRS für sich allein ist nutzlos. Es muss Teil eines **Systems** des Risiko- und Qualitätsmanagements sein
Ziel ist, das **Wissen** der Mitarbeitenden über **Fehlerquellen** und **Verbesserungsmöglichkeiten** in den Prozessen des Krankenhauses der **Organisation** zur Verfügung stellen

1.3. Grundsätze für CIRS

- **Freiwilligkeit**
- **Anonymität möglich**: anonyme Meldungen möglich
- **Vertraulichkeit**: Alle Informationen werden in der weiteren Bearbeitung vertraulich behandelt
- **Straffreiheit**: keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen aus Meldungen
- **Keine juristisch relevanten Fälle**

1.4. Vom Report zum Lernen

- Auch die Erfassung von **potentiellen Fehlern** (trouble report) ermutigen
- **Recovery** einbeziehen: explizit Bewältigung der Situation (**Mensch als Sicherheitsressource**)
- Ideen zur **Vermeidung** ähnlicher Zwischenfälle und **Verbesserungsvorschläge** erfragen
- Möglichkeit der weiteren **Diskussion** bzw. **Kommentierung** lassen
- Möglichkeit eines **Feedbacks an den/die Berichtenden**

2. Voraussetzungen für CIRS

- **CIRS** als Teil des **RM/ QM**:
- **Managementunterstützung**
- Beschäftigung mit Fehlern (z.B. Bericht, Nachdenken über Prozessänderungen) erfordert eine gewisse **Anstrengung**.
- Diese wird nur geleistet, wenn der **Nutzen** ersichtlich ist → klare Kommunikation der **Wichtigkeit** in der Organisation
- Wenn **Ressourcen** (Zeit, einfache Systeme) fehlen, wird die Beschäftigung mit minimalen Ereignissen „bestraft“

3. Organisatorische Einbettung

3.1 Vorbedingungen

- Engagement der **Geschäftsführung / des Trägers**
- **Beteiligung aller Beteiligten**
- Bereits etabliertes **Qualitätsmanagement**
- **Expertise für CIRS** in-house oder extern

3.2 Verankerung in der Organisation:

1. **Werbung und Motivation**
2. **Strukturen**
3. **Prozesse**
4. **Kultur**

3.3. Organisatorische Einbettung – kurz gefasst

- CIRS ist Teil einer **Strategie für Patientensicherheit**
- Die **Unternehmenskultur** erlaubt CIRS
- Es stehen die für CIRS benötigten **Ressourcen** und **Kompetenzen** zur Verfügung
- CIRS ist in **Prozesse und Strukturen integriert**, wird nicht als Fremdkörper und zusätzliche Belastung empfunden

4. Zusammenfassung und Fazit

4.1 Was könnte CIRS leisten?

- **Informationsquelle** für das Qualitäts- und Risikomanagement
- CIRS spiegelt vor allem **Struktur- und Prozessprobleme** der Organisation
- CIRS schafft organisationsweit **Veränderungsbedarf** und-bereitschaft
- CIRS kann **Enttabuisierung von Fehlern**, Bewusstsein über Risiken und patientensicherheitsbezogenes Verhalten fördern
- CIRS ermöglicht **Partizipation** an der Arbeitssystemgestaltung

4.2 Langfristige Erfolgsfaktoren für CIRS

- **Engagement** von Einzelpersonen
- Schaffung geeigneter organisationaler **Rahmenbedingungen**
- **Systemorientiert**, nicht auf individuelle Leistung gerichtet
- **Unabhängigkeit** von Leitung
- **Lokales Lernen** wo möglich, **zentrale Koordination** wo nötig
- **Professionalisierung** der Analyse und der Weiterbearbeitung
- **Zeitnahe** Auswertung und Fehleranalyse
- **Feedback** an Mitarbeitenden über Meldungen und ihre Wirkungen
- Veränderungen werden **umgesetzt**

5. Verwendete Literatur

- Aktionsbündnis Patientensicherheit (2006). Empfehlung zur Einführung von CIRS im Krankenhaus;
- <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/apsside/07-07-25-CIRSHandlungsempfehlung.pdf> (gelesen Juli 2009)
- Hofinger, G., Waleczek, H. & Horstmann, R. (2007). Erwartete und unerwartete Probleme bei der Einführung eines Fehlerberichtssystems im Krankenhaus. Gruppensdynamik und Organisationsentwicklung, 38 (3), 295-308.
- Horstmann, R., Hofinger, G., Mäder, M., Gaidzik, P. W. & Waleczek, H. (2006). Risikomanagement im Operationsbereich. Ergebnisse eines Pilotprojektes zum interdisziplinären „Incident- Reporting“. Zentralblatt für Chirurgie, 131, 332-340.
- Johnson, C.W. (2007). Human Factors of Health Care Reporting Systems. In P. Carayon (Ed.), Handbook of
- Human Factors and Ergonomics In Health Care And Patient Safety (Pp. 525-560). Hillsdale, NY:
- Lawrence Erlbaum Associates.Johnson, C.W. (2003). Failure in Safety-Critical Systems: A Handbook of Accident and Incident Reporting. Glasgow: University of Glasgow Press.
- Kletz T. (2001). Learning from accidents. Oxford: Gulf Professional Publications.
- Leape, L. (2002). Reporting of Adverse Events. New England Journal of Medicine, 347 (20), 1633-1638.
- Morath J. & Turnbull J. (2005) To do no harm. Ensuring patient safety in health care organizations. San Francisco: Jossey-Bass. Darin Kapitel 6.
- Olsen, S., Neale, G., Schwab, K., Psaila, B., Patel, T., Chapman, E. J., Et Al. (2007). Hospital Staff Should
- Use More Than A Method To Detect Adverse Events And Potential Adverse Events: Incident
- Reporting, Pharmasist Surveillance And Local Real-Time Record Review May All Have A Place.
- Qual Saf Health Care(16), 40-44.Strauch, B. (2002). Investigating Human Error: Incidents, Accidents, and Complex Systems. Aldershot: Ashgate.
- Van Vegten (2008): Incident-Reporting-Systeme als Möglichkeit zum Lernen (nicht nur) aus Fehlern und kritischen Ereignissen. Chancen, Barrieren und Gestaltungsansätze für Berichts- und Lernsysteme im Krankenhaus. Dissertation Universität Kassel.
- Vincent, Ch. (2006). Patient Safety. Edinburgh u.a.: Churchill Livingstone. Darin Kap 4.
- 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>