

Anästhesiologie und Reanimation: «Ups! Das hätte auch schiefgehen können»

CIRRNET: ein Netzwerk zum Lernen aus Zwischenfällen in der Anästhesie

Sven Staender^a, Olga Frank^b, Marc-Anton Hochreutener^b, Peter Wiederkehr^c, Beat Meister^d

^aAnästhesie und Intensivmedizin, Spital Männedorf, ^bCIRRNET, Stiftung Patientensicherheit, ^cAnästhesie, Spital Bern-Ziegler,

^dStiftung Patientensicherheit in der Anästhesie der SGAR

«Ein vierjähriges Kind ist nach einer Vollnarkose wach im Aufwachraum bereit, wieder auf die Abteilung verlegt zu werden. Die Pflegefachpersonen der Station sind gerufen, das Kind abzuholen, sind aber noch nicht da. Zur Überbrückung der Wartezeit gibt die Pflegefachperson des Aufwachraums dem Kind eine saubere und leere 20-ml-Spritze zum Spielen ab. Das wache Kind beobachtet aufmerksam die Pflegefachperson, wie sie bei anderen Patienten im Aufwachraum immer wieder mit genauso einer Spritze irgendwas an dem Infusionsarm in den Patienten spritzt. Das Kind zieht 20 ml Luft auf und ist gerade dabei, sich über den Zuspritz-Port der peripheren Venenverweilkanüle diese Luft selbst zu spritzen. In letzter Minute sieht die Pflegefachperson das und kann die potentielle Katastrophe verhindern.»¹

Derartige Zwischenfälle passieren, weil wir trotz aller Standardisierung und Qualitätssicherung immer wieder die Komplexität unseres Arbeitsumfelds unterschätzen. Die Liste dieser Zwischenfälle ist lang: kontaminiertes Ultraschallgel, Materialfehler bei Periduralkathetern, Medikamentenverwechslungen usw. Über 500 Fälle sind in der aktuellen CIRRNET-Liste verzeichnet.

523 Fälle in der CIRRNET-Datenbank. Die nationale Stiftung für Patientensicherheit der Schweiz und die Schweizer Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) haben in einem gemeinsamen Projekt ein Netzwerk aufgebaut, in dem die Erkenntnisse aus Fehlern in der Anästhesie zusammen fließen. CIRRNET steht für «Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK».

Ein zentrales Element einer soliden Sicherheitskultur sind Fehlermeldesysteme zur systematischen Erfassung von kritischen Ereignissen (z.B. das Critical Incident Reporting Systems CIRS[®]) [1, 2]. CIRS[®] ist ein Instrument zur Zwischenfallsmeldung in der Medizin [3]. Es kann das Lernen aus Fehlern nachhaltig unterstützen, indem es sicherheitsrelevante Probleme in komplexen Situationen und kritische Schwachstellen im System aufzeigt. Das Erkennen von kritischen Ereignissen muss dabei als Chance genutzt werden, um das Wissen über die ursächlichen Fak-

toren zu erweitern und Massnahmen zur Fehlerprävention abzuleiten. Grundlage für ein innovatives Lösen von Sicherheitsproblemen ist eine offene und von Vertrauen geprägte Lernkultur. Dabei stehen nicht Personen im Mittelpunkt, denen Fehler passieren, sondern die Begleitumstände, welche zur Entstehung von Fehlern beitragen.

Die Anästhesiologie gilt dabei als Vorreiterdisziplin im Bemühen um eine systematische Erhöhung der Patientensicherheit [4, 5]. Die SGAR hat mit ihrer Stiftung für Patientensicherheit schon 1998 mit CIRS[®] ein nationales «Incident-Reporting» für Schweizer Anästhesistinnen und Anästhesisten ins Leben gerufen. Darüber hinaus haben in den vergangenen Jahren schätzungsweise 20% der Spitäler in der Schweiz «Incident-Reporting»-Systeme auf Betriebsebene eingeführt und lokale Meldungen generiert. Die Wirkung dieser lokalen Fehlermeldesysteme bleibt allerdings meist begrenzt im Spital. Für ein überregionales Lernen ist aber eine systematische Vernetzung von lokalen Fehlermeldesystemen über die Spitalgrenzen hinaus essentiell.

Im Projekt CIRRNET sind auf nationaler Ebene die Incident-Reporting-Systeme der einzelnen angeschlossenen Spitäler bzw. Anästhesieabteilungen miteinander vernetzt. Dieses Projekt dient also der Verbreitung von Zwischenfallsmeldungen unter den angeschlossenen Abteilungen. Dabei ist das Kriterium zur Publikation eines Falles auf CIRRNET die potentielle Bedeutung eines Zwischenfalls über die Spitalgrenzen hinaus. Es ermöglicht so die Identifikation und Analyse von überregional relevanten Problemereichen und erlaubt es, Empfehlungen zur Fehlervermeidung abzuleiten und zu verbreiten.

Ziele von CIRRNET

Aufbau einer überregionalen Datensammlung lokaler CIRS[®]-Meldungen in einer gemeinsamen

¹ Die Empfehlung der Stiftung lautete analog: Vorsicht mit der Abgabe von Spritzen an Kinder, die noch einen Gefässzugang haben und beim Spielen mit dieser Spritze sich selbst gefährden können.

CIRRNET-Datenbank. Damit entsteht die Grundlage für die Identifikation national relevanter Problemfelder.

Vom Reporting zum Reacting → lokale CIRS®-Meldungen werden nicht nur gesammelt, sondern Massnahmen für die Fehlerprävention von Experten entwickelt und verbreitet.

Erste Ergebnisse aus CIRRNET

Flyer und Schriftenreihe: Als erstes Problemfeld wurde die Thematik der Kommunikation nach einem Zwischenfall von der nationalen Stiftung für Patientensicherheit gemeinsam mit der Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie bearbeitet. Die wichtigsten Aspekte bei der Kommunikation nach einem Zwischenfall wurden in einem Flyer zusammengefasst und an alle akuten stationären Gesundheitseinrichtungen der Schweiz versandt. Zudem wurde von der nationalen Stiftung für Patientensicherheit eine erste Schriftenreihe «Wenn etwas schief geht – Kommunizieren

und Handeln nach einem Zwischenfall» lanciert und als ausführliches Hintergrunddokument zum Flyer publiziert (Abb. 1 [6]).

«Quick-Alert»: Die CIRRNET-Steuerungsgruppe hat themenspezifische Problemfelder, sogenannte «Hotspots», aus den Meldungen der Datenbank identifiziert. Fachexperten haben daraufhin Empfehlungen erarbeitet, welche in Form von «Quick-Alerts» Verbreitung in den Gesundheitseinrichtungen gefunden haben. «Quick-Alerts» sind Warnhinweise mit Verbesserungsempfehlungen zu relevanten, konkreten und gut eingrenzbaren Problemfeldern der Patientensicherheit.

Das Interesse am CIRRNET-Projekt geht mittlerweile über die Anästhesiologie hinaus. Es ist auch bei anderen Fachdisziplinen und weiteren Spitälern vorhanden. Deshalb ist das Projekt von vornherein so konzipiert worden, dass eine Öffnung für weitere Fachgesellschaften möglich ist.

Ungeklärt sind leider noch immer die juristischen Probleme rund um diese Zwischenfalls-Datenbanken (Stichworte wie «Editionspflicht», sprich Herausgabe dieser Datenbanken in Strafuntersuchungen oder «Organisationshaftung» usw.). Warnende Rufe von Juristen, die schon vor Jahren ausgesprochen worden sind, haben leider noch immer keine Reaktion bei den verantwortlichen Juristen, Politikern oder Gesundheitsbehörden ausgelöst [6].

Projekte wie CIRRNET, die auf lokaler Ebene sogar in Leistungsaufträgen an Spitäler von den jeweiligen Gesundheitsdirektionen gefordert werden, stehen diesbezüglich auf juristisch unsicherem Boden. Hier besteht ein eindeutiger Handlungsbedarf.

In der Zwischenzeit werden sich die motivierten Teilnehmer des Projekts CIRRNET jedoch weiterhin darum bemühen, dass sich das relevante Wissen um Sicherheitsprobleme in unseren Arbeitsbereichen nutzbringend verbreitet. Und für diesen Mut und diese Motivation möchten die Autoren allen Projektteilnehmern von ganzem Herzen danken.

Für weitere Informationen zum CIRRNET-Projekt, zu den teilnehmenden Spitälern, zu Ergebnissen aus CIRRNET und zur Kontaktaufnahme empfehlen wir die CIRRNET-Homepage bei der Stiftung für Patientensicherheit der Schweiz → www.cirynet.ch.



Abbildung 1

Erste Schriftenreihe von der nationalen Stiftung für Patientensicherheit «Wenn etwas schief geht – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall».

Korrespondenz:
Dr. Sven Staender
Chefarzt
Institut für Anästhesie
und Intensivmedizin
Spital Männedorf
CH-8708 Männedorf
s.staender@spitalmaennedorf.ch

Literatur

- Reason, J. Managing the risks of organizational accidents. 1997. Hampshire, England, Ashgate Publishing Company.
- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Eng J Med. 2003;348:1051–6.
- Staender S, Davies J, Helmreich B, Sexton B, Kaufmann M. The anaesthesia critical incident reporting system: an experience based database. Int J Med Inf. 1997;47:87–90.
- Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable Anesthesia Mishaps: A Study of Human Factors. Anesthesiology. 1978;49:399–406.
- Staender S. Incident reporting as a tool for error analysis in medicine. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich. 2001;95:479–84.
- Kuhn H, von Below G. CIRSmedical: une mise à jour. Bulletin des médecins suisses. 2003;84(42):2197–200.