

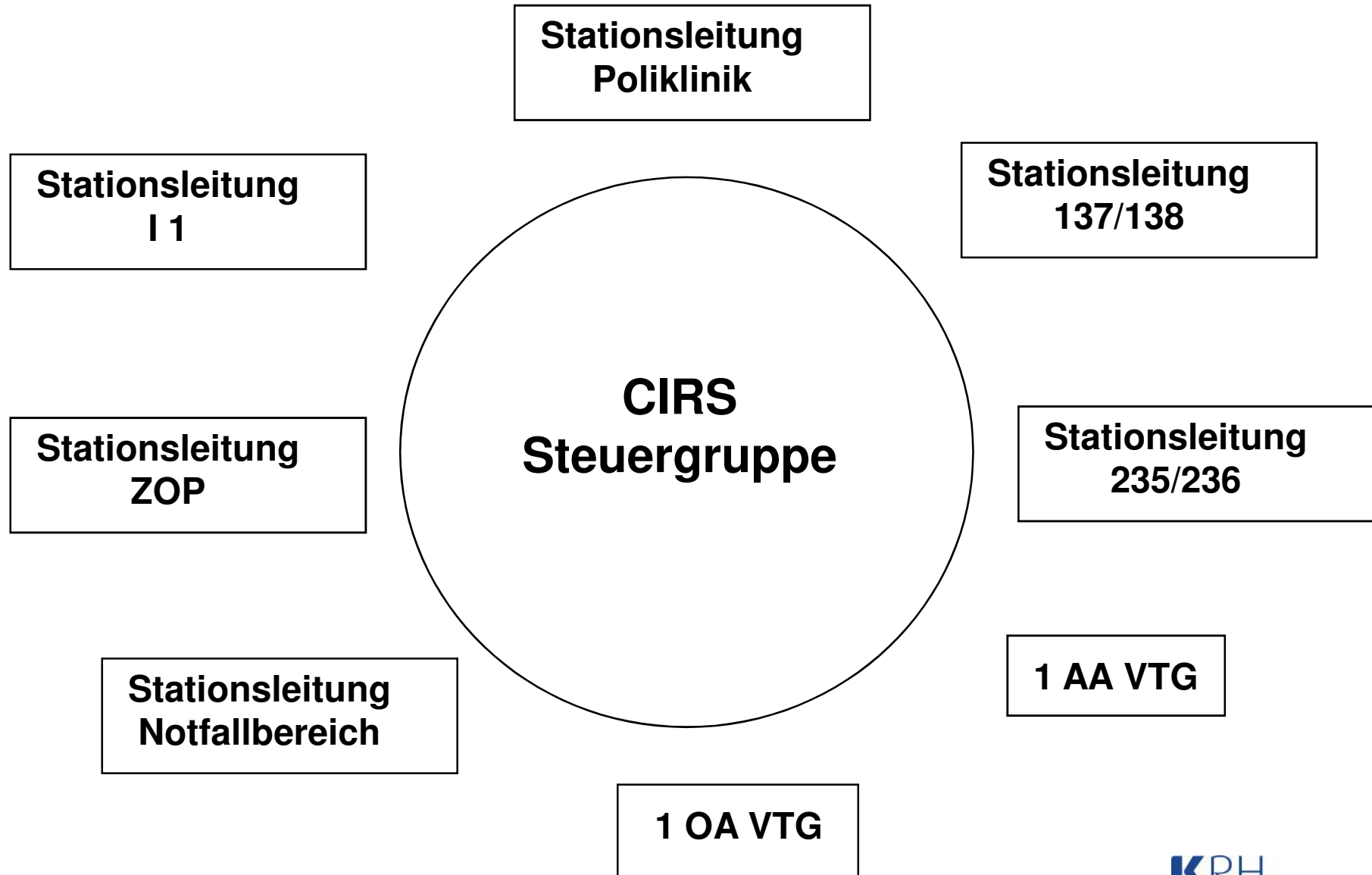
# CIRS in der Chirurgie



Prof. E. Domínguez  
W. Wissner

# Einführung von CIRS

- Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit
- [www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de)
- 7 Phasen



# Fragebogen

Briefkästen



Intranet



Internet

# www.med.uni-marburg.de/d-einrichtungen/allgemeinchir/standards

CIRS - Ereignisbericht - Mozilla Firefox

Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Hilfe

[http://www.intern.med.uni-marburg.de/form/cirs/cirs\\_form.php](http://www.intern.med.uni-marburg.de/form/cirs/cirs_form.php)

Aktuelle Nachrichten ... SPIEGEL ONLINE - N... Personensuche im O... Klinik für Visceral-, Th... TASC PAD homepage

**CIRS-Online-Bogen der Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie,**  
 Universitätsklinikum Gießen und Marburg,

**Ereignisbericht**

"Ein Zwischenfall ist jedes ungewollte Ereignis, welches den Patienten negativ beeinflusst oder beeinflussen könnte. Es spielt keine Rolle, ob der Zwischenfall hätte verhindert werden können oder nicht und ob das behandelnde TEAM einen Fehler gemacht hat oder nicht."

**Kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an (Einfachnennung nur möglich):**

<p><b>Berichterstatter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Arzt 0 - 2 Jahre Weiterbildung</li> <li><input type="radio"/> Arzt 3 - 5 Jahre Weiterbildung</li> <li><input type="radio"/> Facharzt</li> <li><input type="radio"/> Oberarzt/Chef</li> <li><input type="radio"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in</li> <li><input type="radio"/> Physiotherapeut/in</li> <li><input type="radio"/> Student/in</li> <li><input type="radio"/> Sonstige</li> </ul>	<p><b>Bezug des Berichterstatters zum Ereignis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Verantwortlich verursachend,</li> <li><input type="radio"/> helfend zum Ereignis hinzugerufen</li> <li><input type="radio"/> Beobachtend</li> <li><input type="radio"/> Selbst vom Ereignis betroffen</li> </ul>	<p><b>Passierte das Ereignis in Zusammenhang mit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Diagnosestellung an sich (inadäquat, falsch, verzögert usw.)</li> <li><input type="radio"/> Durchführung invasiver Therapie (z.B. Operation, ZVK-Anlage) oder Diagnostik (z.B. Punktion)</li> <li><input type="radio"/> Durchführung nicht invasiver Diagnostik/Therapie (z. B. medikamentös)</li> <li><input type="radio"/> Organisatorisch (z. B. Kommunikation, Dokumentation)</li> <li><input type="radio"/> Anderes</li> </ul>
<p><b>Zu welcher Uhrzeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 6 - 12 Uhr</li> <li><input type="radio"/> 12 - 18 Uhr</li> <li><input type="radio"/> 18 - 24 Uhr</li> <li><input type="radio"/> 0 - 6 Uhr</li> <li><input type="radio"/> weiß nicht</li> </ul>	<p><b>Wo ist das Ereignis passiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Notfallbereich/Schockraum</li> <li><input type="radio"/> OP</li> <li><input type="radio"/> Ambulanz/Poliklinik</li> <li><input type="radio"/> Normalstation</li> <li><input type="radio"/> Intensivstation</li> <li><input type="radio"/> Aufwachraum</li> <li><input type="radio"/> OP-Außenklinik</li> <li><input type="radio"/> CT/MRT/Angio</li> <li><input type="radio"/> Sonstige</li> </ul>	<p><b>Arbeitsbelastung des Verursachers (Arbeitsstunden bis zum Ereignis)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unter 4 Stunden</li> <li><input type="radio"/> 4 - 8 Stunden</li> <li><input type="radio"/> 8 - 12 Stunden</li> <li><input type="radio"/> 12 - 16 Stunden</li> <li><input type="radio"/> über 16 Stunden</li> <li><input type="radio"/> weiß nicht</li> </ul>
<p><b>Welcher Art war das Ereignis?</b></p>	<p><b>Verantwortlicher / Verursacher</b></p>	<p><b>Wie wurde das Ereignis entdeckt?</b></p>

# Patientensicherheit

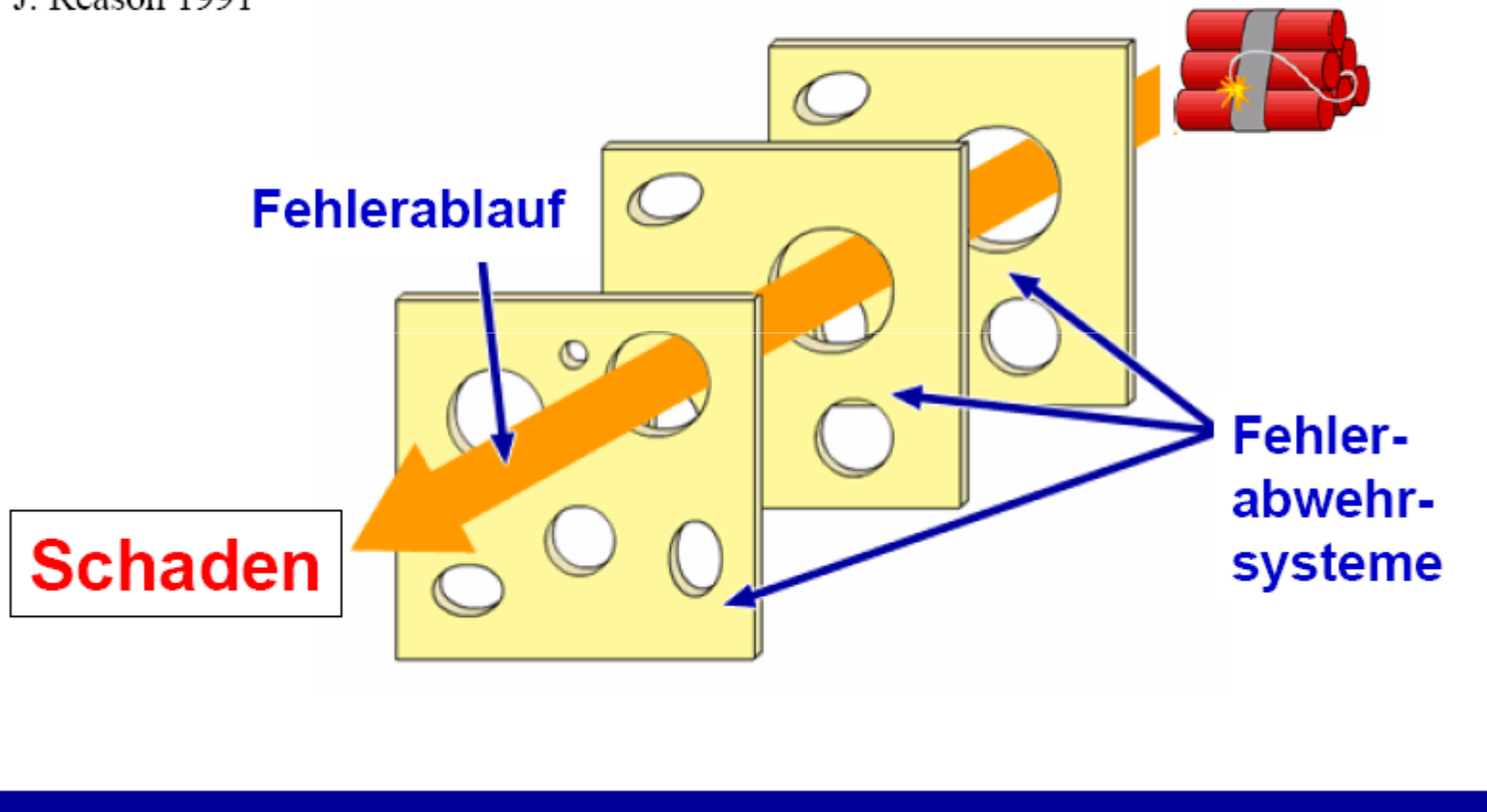
## Fehlerverständnis

- Fehler ist Ausnahme, Tabu
- Bei ausreichender Motivation vermeidbar!
- Schuld des Einzelnen
- Keine Wahrnehmung von Fehlerketten



# Schweizer Käsemodell der Systemfehler

J. Reason 1991



# Vorwurf Denuntiation



- Stasi-System
- Spitzel
- Verleumdung
- ??

# Auswertung

- Gemeinsame Analyse durch CIRS- Steuergruppe alle 6 Wochen
- Außerordentliche Treffen bei Meldungen besonderer Art



# Verbesserungsmaßnahmen

Nach Analyse durch CIRS- Steuergruppe

- CIRS- Meldungen

Organisation → Weitergabe an Klinikumsleitung

Medizin bzw. Pflege → Interne Analyse und Lösung

- Ggf. Dienstanweisungen, Projekte, Standards

# Evaluation und Weiterentwicklung

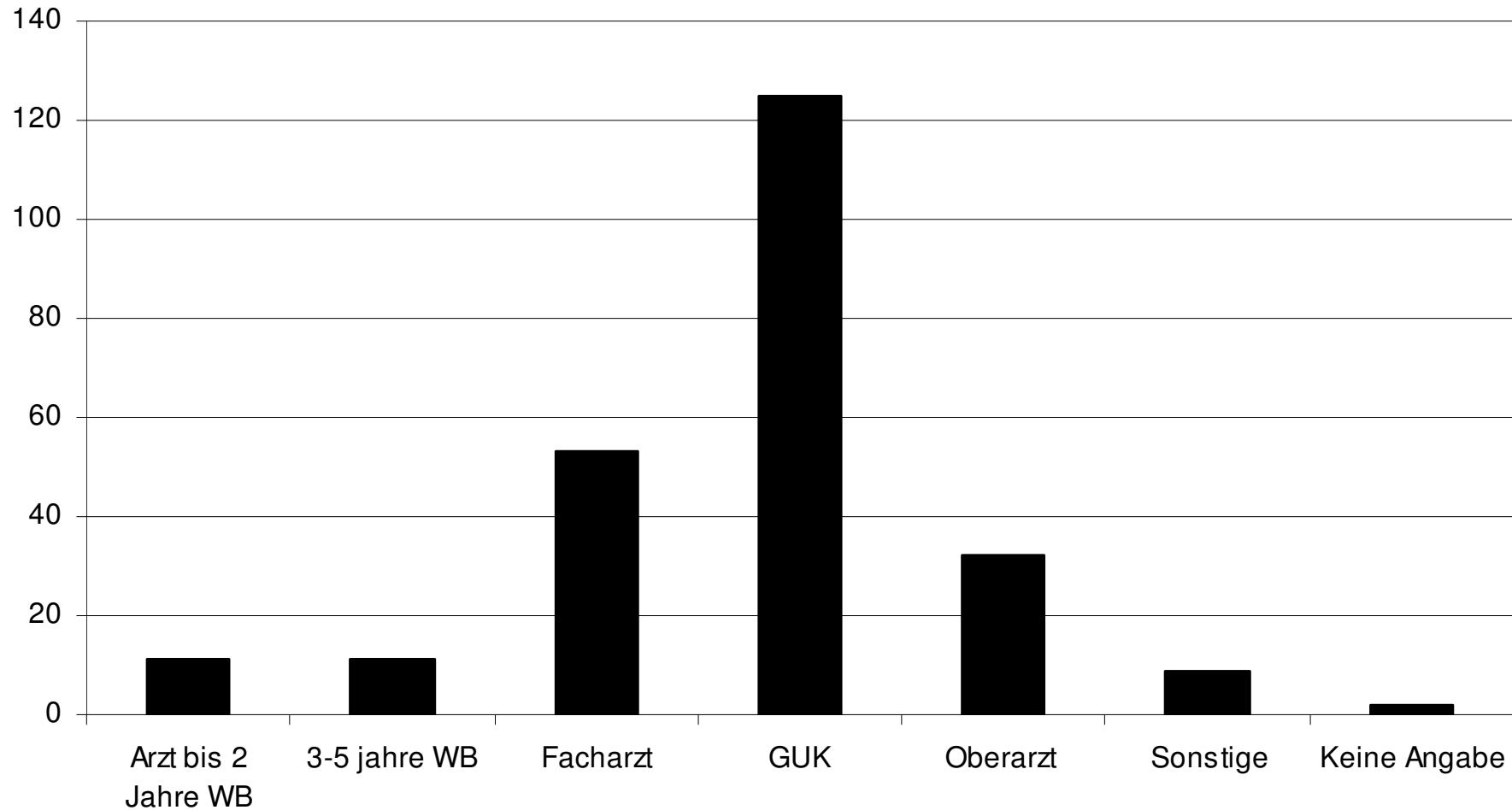
- Klinikumsleitung wurde über Erfahrungen informiert
- Meldung an CIRS der DGCH
- Regelmäßige Überprüfung auf Nachhaltigkeit
- Ausdehnung von CIRS auf weitere operative Fächer
  - Seit April 2008 Unfallchirurgie

# CIRS

## Ergebnisse

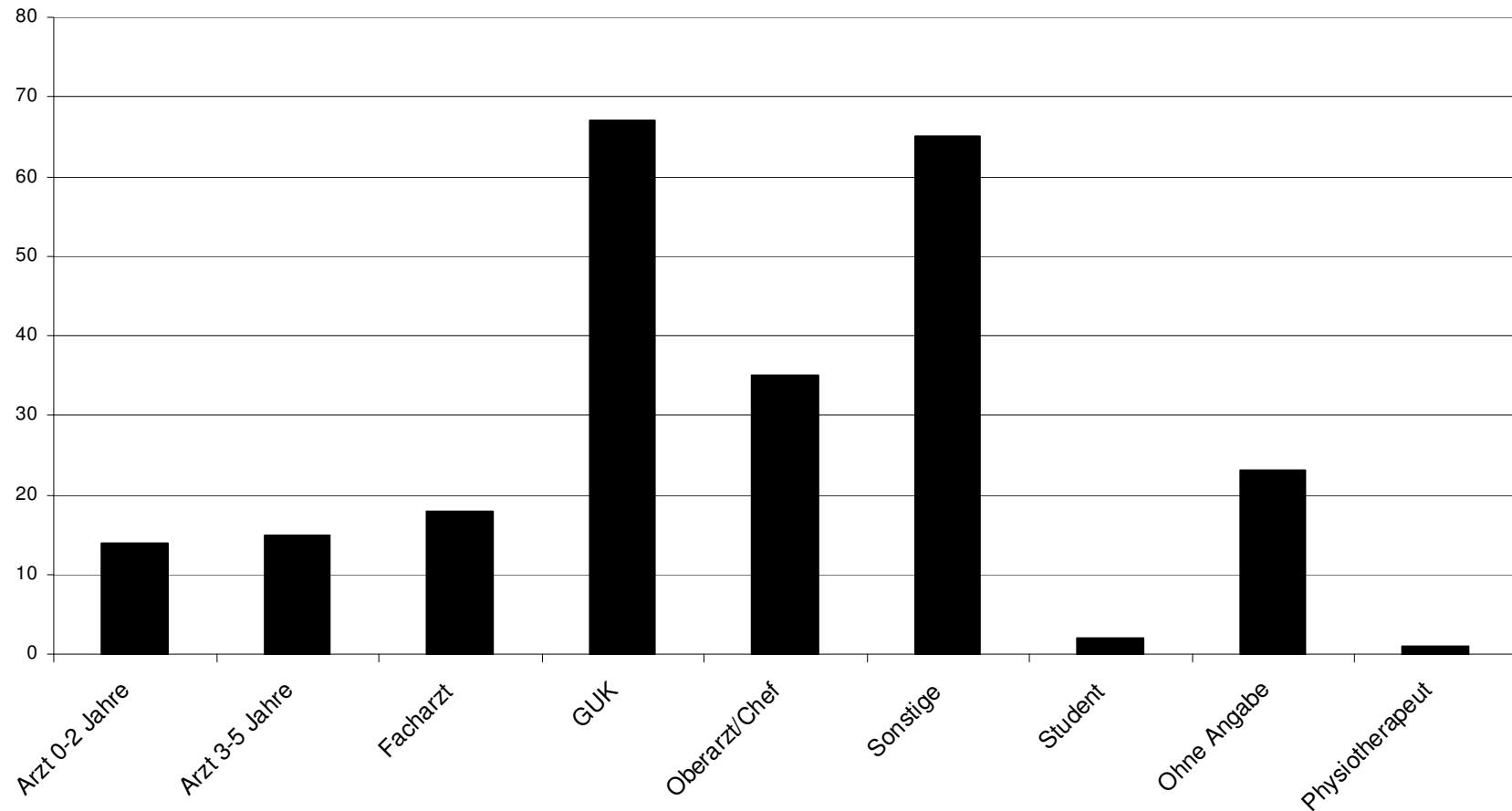
- Beginn 1.06.2006
- In 31 Monaten 242 Meldungen
- 7,8 Meldungen / Monat
  - 8,2 (20 Monaten)

# Wer meldet ?



**Ärzte n= 107**  
**GUK n= 125**

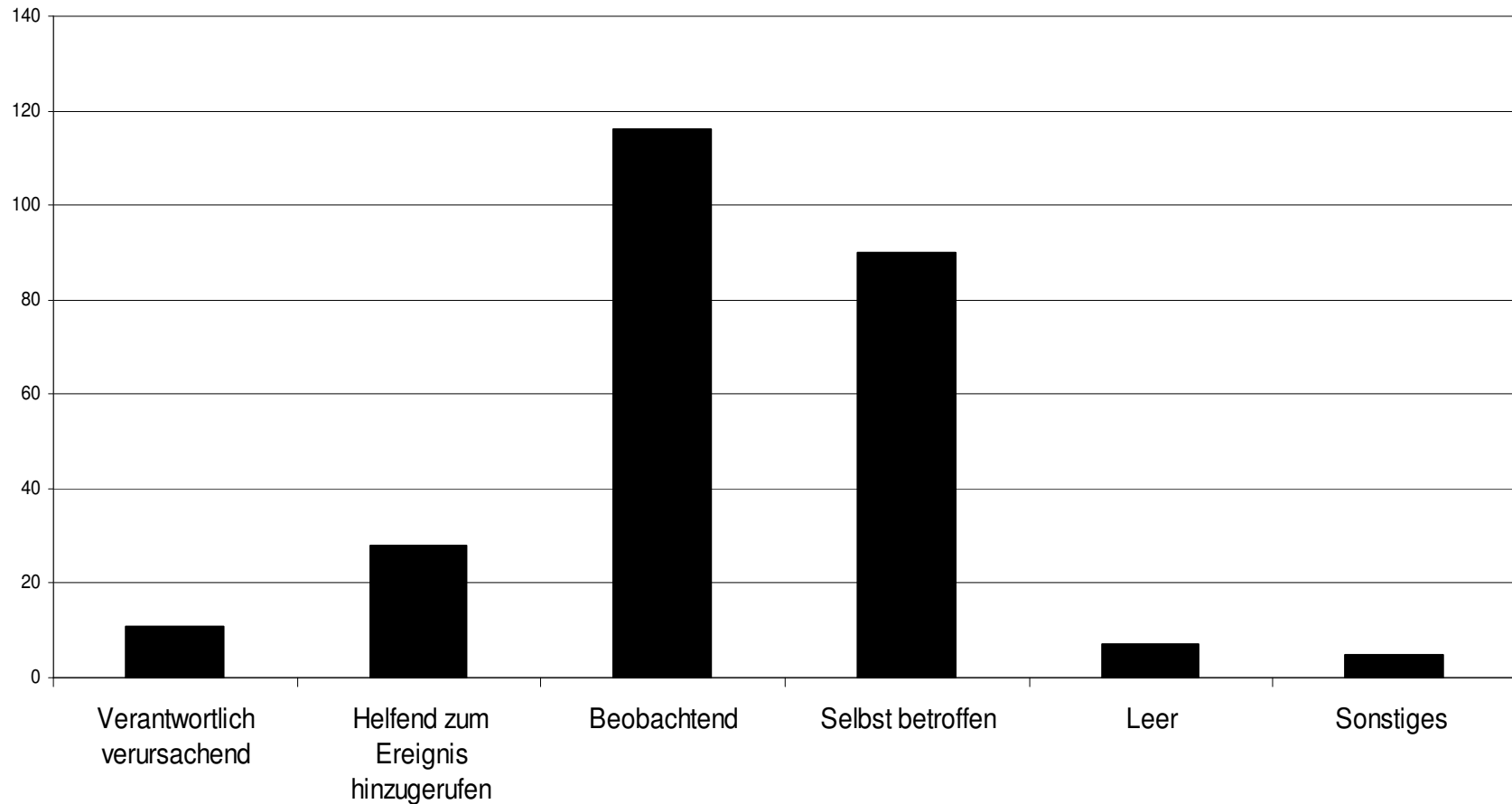
# Wer wird gemeldet ?



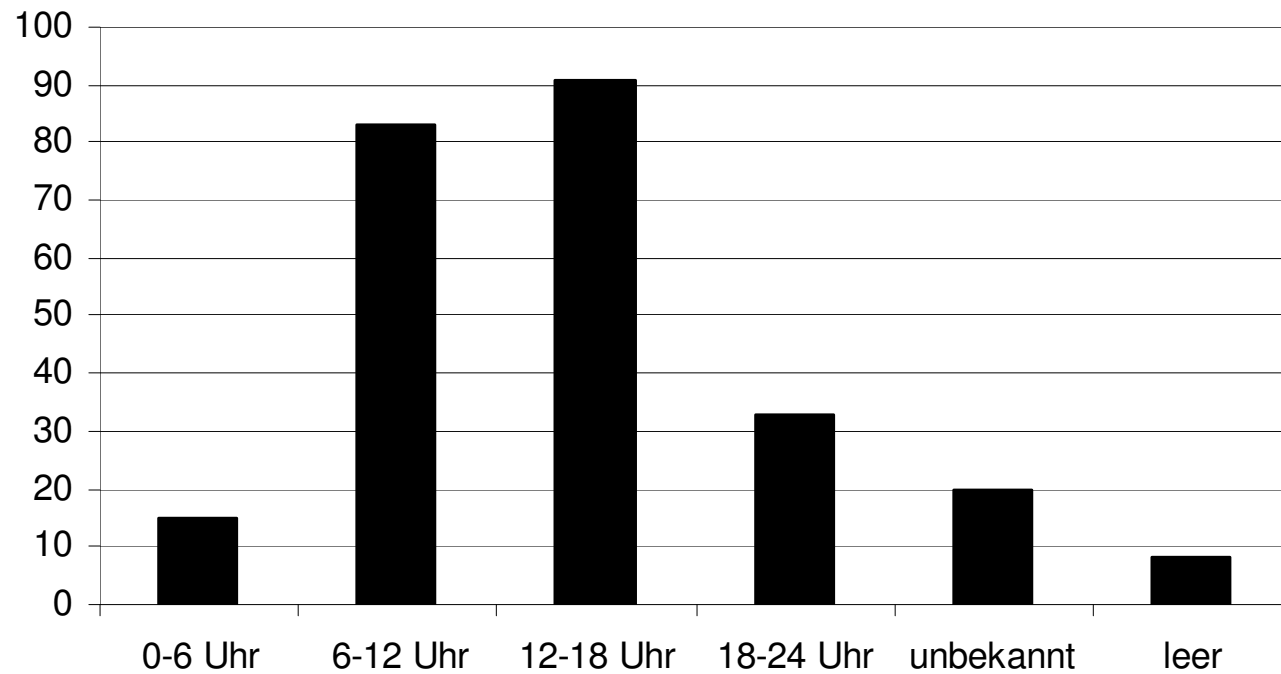
Ärzte n= 82

GUK n= 67

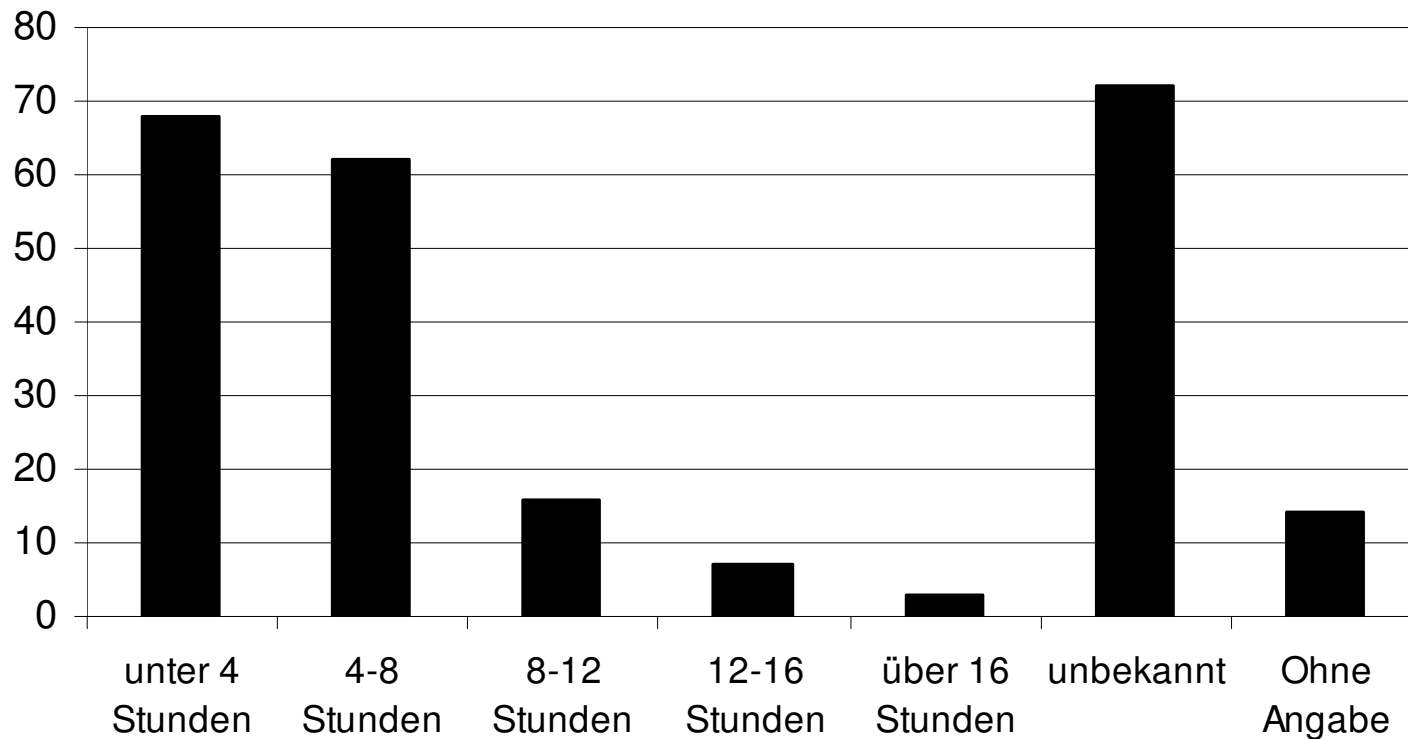
# Bezug des Melders



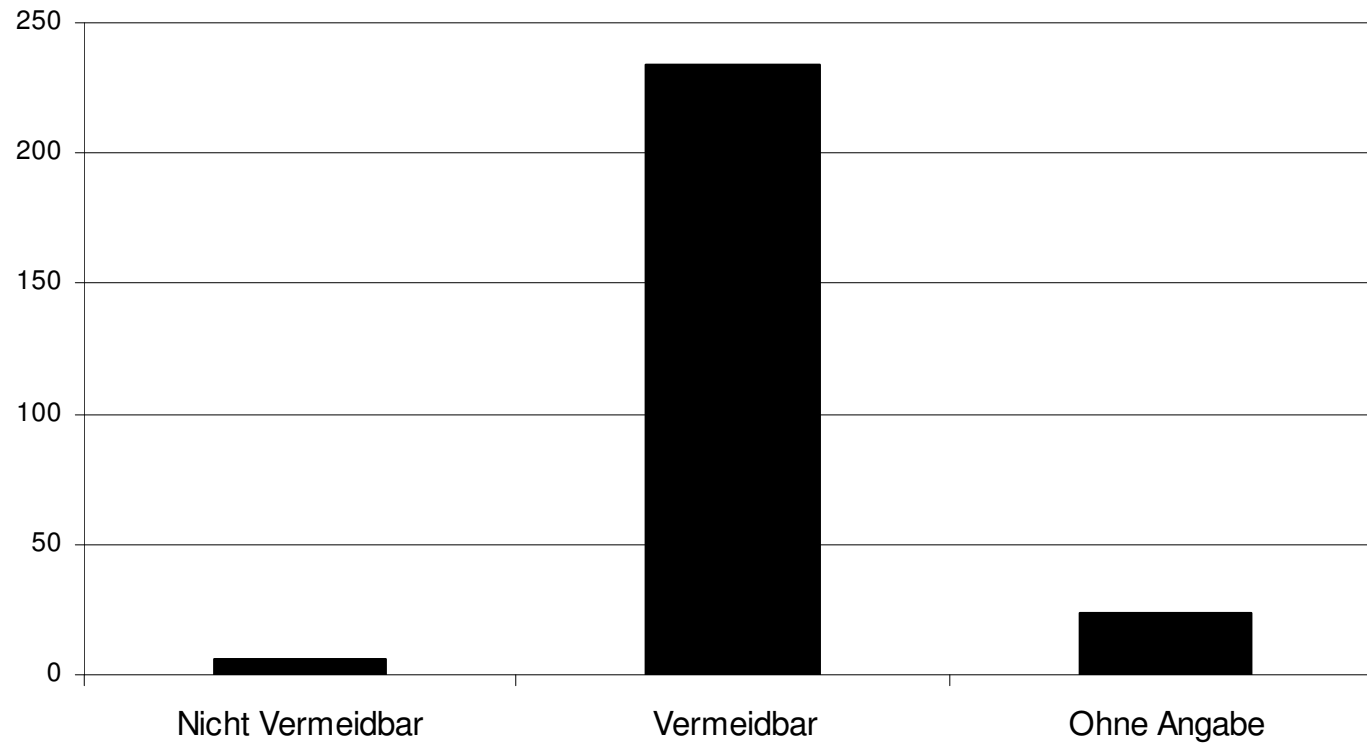
# Wann geschehen die Ereignisse ?



# Arbeitsbelastung



# Waren die Fehler vermeidbar?

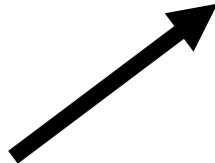


Kleine Ursache - große Wirkung

23:58 Reanimation auf  
Intensivstation



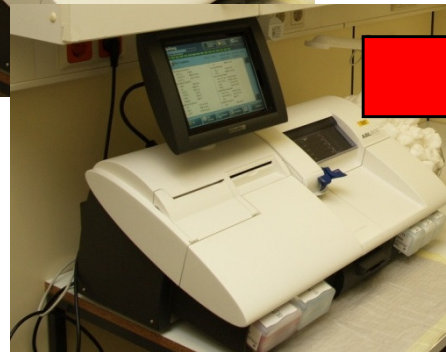
BGA



Kalibriert



Kalibriert

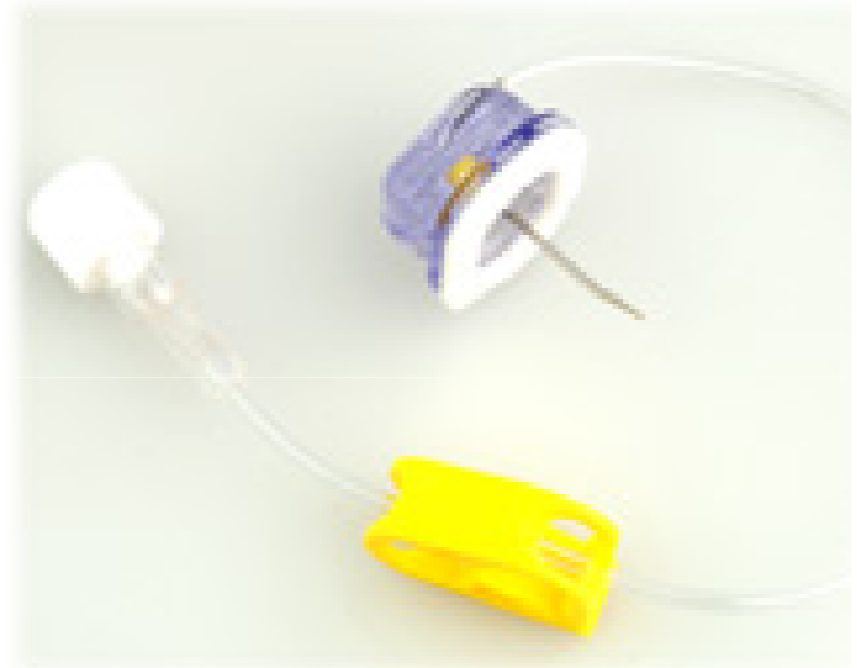


Kalibriert

## Kleine Ursache - große Wirkung

### Falscher Anschluss

- Verwechslung von Jejunofix und Portnadelsystem,
- Pat telefonierte.
- Anschlussbereiche schlecht einsehbar.
- Sonde an Port angeschlossen.
- Sondenpumpe gab Alarm, Fehler bemerkt!



## Organisationsverschulden ?

- Springer im OP ist Pflege-Schüler aus anderem OP-Bereich
- Entsorgt Gallenblasenpräparat bei symptomatischer Cholezystolithiasis in den Müll
- Präparat nicht auffindbar
- Problem Malignität!



# Vielen Dank für's Zuhören !

