

Eine Untersuchung in den Spitälern und Kliniken des Kantons Basel-Stadt

Bessere Qualität dank Critical Incident Reporting-Systemen? Eine Frage der Kultur?

Der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt führte in den Jahren 2009 und 2011 ein spitalübergreifendes Qualitätsmonitoring zu CIRS durch. Der Vergleich der Ergebnisse lässt Rückschlüsse auf Akzeptanz und Wirkung zu. Das Melden der kritischen Zwischenfälle wird meist als nutzbringend beurteilt, bei Analyse und Kommunikation gibt es Verbesserungsbedarf.

Philipp Schneider^a,
Annette Egger^b,
Rebekka Kurz^a

- a Berner Fachhochschule,
Kompetenzzentrum
Qualitätsmanagement
- b Gesundheitsdepartement
Kanton Basel-Stadt, Bereich
Gesundheitsversorgung

* Die Literaturangaben finden
sich unter www.saez.ch
→ Aktuelle Nummer oder
→ Archiv → 2013 → 37.

Hintergrund/Ausgangslage

Bereits im und nach dem Zweiten Weltkrieg versuchte die Luftwaffe der amerikanischen Armee mittels ausführlichen Rapportierens herauszufinden, welche Faktoren und Verhalten für erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Aufträge entscheidend waren. Das kontinuierliche Monitoring von *Critical Incidents* (kritischen Zwischenfällen) wurde seither in der Luftfahrt konsequent unter dem Begriff *Aviation Safety Reporting System* [1]* weiterentwickelt. Im CIRS werden dabei sowohl kritische Ereignisse, Beinahe-Fehler, Fehler und Qualitätsmängel erfasst, analysiert und bearbeitet. Ab den 80er Jahren begann auch in der Medizin eine vertiefte und konsequente Auseinandersetzung mit Fehlermeldungen und Meldungen zu kritischen Zwischenfällen. In der Schweiz führte das Kantonsspital Basel 1996 ein CIRS ein, um damit die Patientensicherheit und die Qualität der Leistungserbringung zu verbessern. Federführend waren dabei Vertreter der Anästhesie, welche die Systeme entwickelten oder adaptierten [2]. Ziel der Meldungen war – analog zur Luftfahrt – Verhalten und Faktoren, die zu Fehlern führen oder fehlerbegünstigend sind, zu erfassen und zu verstehen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden in den kontinuierlichen Verbesserungsprozessen integriert. Gemäss einer Studie der ETH Zürich 2012 [3] hat die Mehrheit der Schweizer Spitäler ein CIRS eingeführt, womit dieses Instrument einer grossen Anzahl der Mitarbeitenden zur Verfügung steht.

Es ist heute allgemein anerkannt, dass die Zahl vermeidbarer Behandlungszwischenfälle mit Todesfolge in Spitälern durch ein CIRS gesenkt werden kann. Dass weiterhin Verbesserungspotential vorhanden ist, zeigt Abbildung 1.

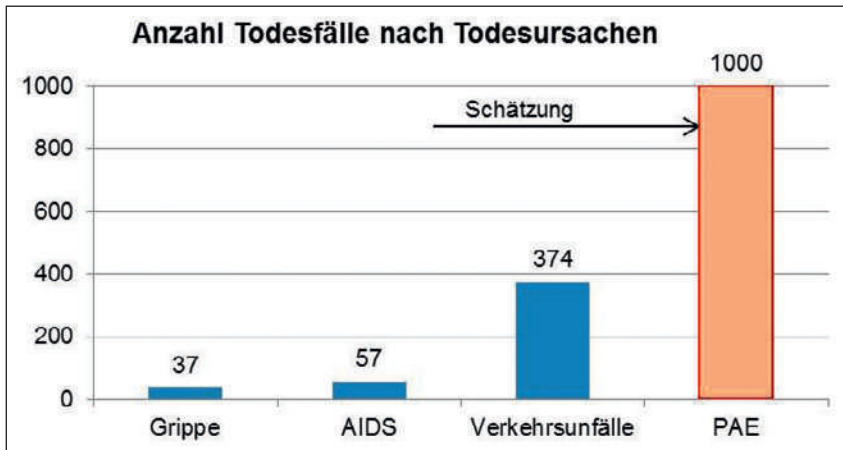
In den Spitälern der Schweiz sterben je nach Schätzung immer noch jährlich etwa 1000 Personen wegen vermeidbaren Behandlungszwischenfällen (*Preventable Adverse Events PAE*), deutlich weniger kommen durch Grippe, Aids oder Verkehrsunfälle ums Leben. Andere Quellen gehen von geschätzten 1000 bis 2000 oder sogar 3000 Toten pro Jahr aus.

Davantage de qualité dans les hôpitaux grâce aux Critical Incident Reporting Systems?

Depuis plusieurs années, les Critical Incident Reporting Systems (CIRS) sont considérés par le milieu médical comme un moyen efficace pour recenser, analyser et traiter les erreurs et les erreurs latentes. En 2009 et 2011, dans le cadre du monitoring cantonal de la qualité, tous les hôpitaux et cliniques du canton de Bâle-Ville ont été invités à participer à une enquête sur la conception et le degré de mise en œuvre des CIRS dans les institutions. En parallèle, plus de 1000 collaborateurs de ces hôpitaux ont participé à une enquête en ligne sur leur propre rapport à ces systèmes. Jusqu'ici, aucune étude connue de langue allemande n'avait encore réalisé d'enquête combinée sur ce thème auprès des hôpitaux et de leurs collaborateurs. Le personnel médical, paramédical et les personnes occupant des fonctions transversales ont notamment été interrogés sur leur degré de familiarisation avec les CIRS et leur confiance dans ces systèmes, y compris leur perception de l'anonymat. L'évaluation des résultats de ces deux enquêtes réalisées en parallèle montre qu'une analyse approfondie des déclarations CIRS et une communication détaillée des résultats de cette analyse permettent d'améliorer la confiance dans ces systèmes. De plus, un retour adéquat aux collaborateurs peut influencer positivement sur la perception de ces derniers concernant les bénéfices des CIRS. Une culture de la confiance ou un environnement permettant une analyse ouverte et approfondie des erreurs est déterminant pour le succès du système. Car en fin de compte, l'utilisation des CIRS, la gestion des erreurs et la culture d'entreprise sont étroitement liées.

Korrespondenz:
Annette Egger
Gesundheitsdepartement des
Kantons Basel-Stadt
Gerbergasse 13
CH-4001 Basel
Tel. 061 205 32 63
Fax 061 205 32 43
[annette.egger\[at\]bs.ch](mailto:annette.egger[at]bs.ch)

Abbildung 1
Anzahl Todesfälle nach Todesursachen [4].



Fachleute sind sich einig, dass ein CIRS nur dann erfolgreich sein kann, wenn die nötige Fehlerkultur in der Organisation vorhanden ist. In einer «guten» Fehlerkultur wissen die Mitarbeitenden, dass Fehler nicht eine individuelle Angelegenheit, sondern auch systemrelevant sind, und dass ein Umgang mit Fehlern frei von Schuldzuweisungen gelebt wird. Es ist in diesem Sinn auch eine Abkehr von der möglicherweise oft falsch verstandenen Null-Fehler-Vorgabe. Nicht die Person, sondern das System steht im Zentrum einer Analyse der Zwischenfälle und Fehler

«Nicht die Person, sondern das System steht im Zentrum einer Analyse der Zwischenfälle und Fehler und der Verbesserungen.»

und der Verbesserungen. Im Fokus stehen die Bedingungen, unter denen ein Individuum arbeitet und wie versucht wird, Fehler zu verhindern. «Der Fehler, um den es geht, ist nicht mehr nur eine falsche Handlung, sondern ein unerwünschtes Ergebnis, ein Unfall oder ein Zwischenfall innerhalb eines soziotechnischen Systems» [5].

CIRS im Qualitätsmonitoring Basel-Stadt

Seit 2009 führt der Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt ein spitalübergreifendes Qualitätsmonitoring durch, bei dem alle Spitäler und Kliniken des Kantons (Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation) jährlich Informationen zu ausgewählten Themen einreichen. Ein derartiges spital- und vor allem spitaltyp-übergreifendes Qualitätsmonitoring ist in der Schweiz und wahrscheinlich auch im deutschsprachigen Raum einzigartig. Das Gesundheitsdepartement erteilt im Kanton Basel-Stadt derzeit Leistungsaufträge an ein Universitätsspital, zwei Allgemeinspitäler der Grundversor-

gung, sieben Spezialkliniken (Pädiatrie, Geriatrie, Chirurgie, Gynäkologie, andere), zwei psychiatrische Kliniken sowie zwei Rehakliniken. Die Teilnahme am Qualitätsmonitoring ist verpflichtender Bestandteil des Leistungsauftrages, die Themen [6] werden gemeinsam ausgewählt. Die Daten werden jeweils in einem bestimmten Zeitraum durch eine externe Auswertungsstelle erhoben und aufbereitet. Jeder Leistungserbringer erhält eine individuelle Auswertung, die einen Vergleich der eigenen Resultate mit dem Richtwert der Antworten aller Leistungserbringer des Kantons im Sinne eines Benchmarkings erlaubt.

Im Jahr 2009 wurden Vorgaben und Anforderungen an ein CIRS definiert und die Spitäler zur Konzeption von CIRS und zum Umsetzungsgrad befragt. 2011 wurde auf Wunsch der Leistungserbringer das Thema CIRS zum zweiten Mal ausgewählt. Damit war es möglich, die Veränderungen zur ersten Messung aufzuzeigen und die Wirkung des Qualitätsmonitorings einzuschätzen. Zudem konnte überprüft werden, ob die erhoffte Sensibilisierung für das Thema und Impulse zur Umsetzung seit der ersten Messung eingetreten sind. Neben den quantitativen Fragen wurden die Leistungserbringer aufgefordert, Erfahrungen und Handlungsbeispiele der letzten Jahre (2009 bis 2011) bezüglich Veränderungen zu beschreiben. Die Angaben der Leistungserbringer beruhen auf einer Selbstdeklaration – meistens erhoben durch die jeweiligen Qualitätsbeauftragten – und wurden durch die Auswertungsstelle und durch den Kanton bezüglich Wahrscheinlichkeit plausibilisiert, jedoch nicht inhaltlich überprüft. Folgende Informationen wurden ausgewertet:

- Konzeption und Umsetzung des CIRS
- Schulung: Art, Anzahl und Teilnehmende
- Vorhandensein eines standardisierten und systematischen Analyseverfahrens
- Verbesserungszyklus

Die Beurteilung erfolgte über 28 verschiedene Nachweise. Ergänzt wurden die Indikatoren mit wenigen Hintergrundvariablen [7], die das Spital und seine Rahmenbedingungen beschreiben.

Definition CIRS im Qualitätsmonitoring Basel-Stadt

Im CIRS werden Ereignisse erfasst, die zu physischen oder psychischen Schädigungen von Patient(inn)en, Mitarbeitenden und Besucher(inn)en hätten führen können bzw. führen. Das CIRS ist ein Instrument des Qualitätsmanagements. Es dient der Dokumentation von Ereignissen, die eine wichtige Grundlage des Verbesserungsmanagements darstellen. Es werden alle Ereignisse erfasst. Ereignisse, die zu Haftpflichtfällen werden, werden aus dem CIRS entfernt und auf dem Dienstweg weiterbearbeitet.

Interaktiver Artikel



Wollen Sie diesen Artikel kommentieren? Nutzen Sie dafür die Kommentarfunktion in der Online-Version oder sehen Sie nach, was Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits geschrieben haben: www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/

Am Beispiel der folgenden zwei Fragen werden die Art der Fragestellung inkl. Längsschnitt und Auswertung illustriert (Abb. 2). Die Auswertung zeigt, dass innerhalb der zwei Jahre alle Leistungserbringer ein CIRS implementiert haben. Die in Abbildung 3 dargestellte Auswertung zeigt, dass bei der zweiten Messung praktisch alle Mitarbeitenden geschult werden.

Im Gegensatz zur bereits erwähnten ETH-Studie und anderen Publikationen zur CIRS-Implementierung wurden 2011 zusätzlich zur Selbstdeklaration auch die Mitarbeitenden befragt. Deren Einschätzung ergänzte die Befragung um Hinweise zum «gelebten» Umgang mit dem CIRS. Bei einer Rücklaufquote von durchschnittlich 63% haben über 1000 Mitarbeitende der basel-städtischen Spitäler teilgenommen, die Befragung erfolgte anonym über eine Online-Plattform. Die befragten Personen mussten Mitarbeitende eines Meldekreises (resp. einer Abteilung mit einem CIRS) sein und seit mindestens drei Monaten im entsprechenden Spital arbeiten. Die Auswahl der zu befragenden Mitarbeitenden erfolgte zufällig und durch die jeweiligen Qualitätsbeauftragten gemäss folgendem Schlüssel: Je 20% der Pflegefachkräfte und der Assistenzärzte, 30% der in Querschnittsfunktionen (Apotheke, Labor und weiteren medizinisch-therapeutischen Bereichen) beschäftigten Personen und 40% der ärztlichen und pflegerischen Leitung, sowie Belegärzte (sofern für das Spital tätig). Die Antworten wurden nach Dienstalter in diesem Spital, Führungsposition und Berufsgruppe gegliedert ausgewertet [8].

dungen spezielle interdisziplinäre Fachgruppen eingesetzt worden sind. Gemäss der Frage aus der Mitarbeiterbefragung «Wie gross ist Ihr Vertrauen, dass Ihre Meldungen im CIRS bearbeitet werden?» sind sich Personen in leitenden Funktionen sicher (70%), dass ihre Meldungen bearbeitet werden. Die anderen Befragten sind diesbezüglich weniger sicher (51%). Die Auswertung zeigt demnach, dass das Vertrauen bei Mitarbeitenden ohne Leitungsfunktion eher kleiner ist als dasjenige der Personen mit Leitungsfunktion. Das Vorhandensein und die Arbeit dieser CIRS-Gruppen sind möglicherweise den Mitarbeitenden zu wenig bekannt. Gemäss der Mitarbeitenden-Befragung erfolgen wenige Rückmeldungen zum CIRS allgemein, respektive zu Meldungen, die nicht persönlich gemacht worden sind. Nur gerade 20% geben an, dass sie über CIRS-Fälle, die sie oder ihre Abteilung nicht direkt betreffen, informiert werden. Gemäss Monitoring und Mitarbeiterbefragung erfolgen die Rückmeldungen am meisten über das Intranet, gefolgt von mündlichen Rückmeldungen.

Es stellt sich also die Frage, wie gut das Vorhandensein und die Arbeit der CIRS-Gruppen bekannt sind. Auch wenn in einem Meldekreis die Analyse-erkenntnisse besprochen werden, wird keine Breitenwirkung erzielt, die erhoffte Diskussion über die Meldungen nicht im Sinne einer Fehlerkultur aufgenommen. Dieses Problem haben verschiedene Qualitätsbeauftragte offensichtlich erkannt, da sie beim Verbesserungspotential weniger das Stimulieren weiterer Meldungen priorisieren, sondern eher Potential im Bereich der Analyse und deren Kommunikation sehen.

Eine gewisse Korrelation besteht auch zwischen der Vertrauensfrage und der Nutzeinschätzung. Spitäler, deren Mitarbeitende die Vertrauensfrage positiv beantworteten, bewerteten auch den Nutzen von einem CIRS deutlich besser (höchster Wert Vertrauen 77%, Nutzen 78%). Im Allgemeinen wird die Frage nach dem Nutzen: «Wie gross schätzen Sie den Nutzen des CIRS bezüglich der Verbesserung der Sicherheit im Spital?» kritisch beantwortet. So sehen 49% einen Nutzen, aber 40% antworten mit weder/noch. Die kritische Beurteilung des Nutzens kann möglicherweise im Zusammenhang mit der ungenügenden Information über den Umgang mit den gemachten Meldungen stehen. Mitarbeitende scheinen durchaus zu wissen, dass ein CIRS die Sicherheit in Spitälern erhöhen kann, bleiben jedoch skeptisch, wenn sie es nicht direkt in der eigenen Arbeit erfahren.

CIRS und Anonymität

Die Anonymität im CIRS wird immer wieder als wichtige Voraussetzung für das Funktionieren des CIRS erwähnt. Im Qualitätsmonitoring deklarieren die Spitäler, dass die Anonymität als Kriterium an ein CIRS zu 69% erfüllt ist. Zur Frage aus der Mitarbeitendenbefragung: «Ist die Anonymität bei der

Beispiele aus der Auswertung

Vertrauen als wichtiger Erfolgsfaktor für CIRS

80% der befragten Spitäler deklarieren im Qualitätsmonitoring, dass für das Bearbeiten der CIRS-Mel-

Abbildung 2

Nachweis zum Indikator: Der Leistungserbringer stellt sicher, dass strukturelle und inhaltliche Grundlagen zur Erfassung und zum Umgang mit kritischen Zwischenfällen existieren.

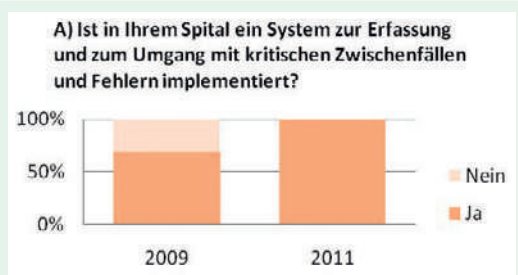


Abbildung 3

Nachweis zum Indikator: Der Leistungserbringer stellt sicher, dass die Mitarbeitenden im Umgang mit kritischen Zwischenfällen geschult sind.



Meldung von kritischen Zwischenfällen gewährleistet?» geben im Durchschnitt 51% an, dass die Anonymität gewährleistet ist. Personen mit Leitungsfunktionen bejahten die Frage mit 63%, Personen in

weist gewisse Spitäler darauf hin, dass der Umgang und die Bedeutung der Anonymität im CIRS verbessert werden kann.

Mitarbeitende wissen, dass ein CIRS die Sicherheit erhöhen kann, bleiben jedoch skeptisch, wenn sie es nicht direkt in der eigenen Arbeit erfahren.

nicht Leitungsfunktionen «nur» zu 46%. 25% gaben «Bin unsicher» an und 17% «Weiss nicht». Die Auswertung zeigt keine Unterschiede bezüglich der Antworten und der Grösse der Spitäler. Die Auswertung

Diskussion und Fazit

In allen basel-städtischen Spitälern und Kliniken ist CIRS flächendeckend eingeführt, und die nötigen Konzepte sind vorhanden. Schulungen werden angeboten, die eingehenden Meldungen analysiert und bewertet. Der Selbstdeklaration des Spitals stehen die Resultate der Mitarbeitendenbefragung gegenüber. Das Befragungsergebnis gibt den Spitälern Hinweise, um das CIRS zu verbessern und den Nutzen zu erhöhen.

Ein wichtiger Hinweis ist die Korrelation zwischen einer hohen Rücklaufquote der Mitarbeitendenbefragung, der Vertrautheit mit dem System, dem Vertrauen in die Bearbeitung der Meldung und dem zugesprochenen Nutzen. Dies lässt auf die Bedeutung der spitaleigenen Fehlerkultur und auch der Unternehmenskultur schliessen. Der CIRS-Kreislauf: «Bereitschaft, Meldungen abzugeben – Meldungen werden bearbeitet – Nutzen ist ersichtlich – Motivation, zu melden» steigt, wird in einem «gelebten» CIRS bestätigt und zeigt im positiven wie im negativen Fall Wirkung.

Eine Vertrauenskultur oder Atmosphäre, die eine offene und vertiefte Fehleranalyse zulässt, ist massgeblich für den Erfolg des Systems verantwortlich. Das Aufrechterhalten der Anonymität ist bei kleinen Fallzahlen infolge der direkten Rückführung auf die betroffene Person schwierig. Die Befragung zeigt auch Tendenzen, gewisse Fälle anonym zu erfassen, jedoch im Team offen zu besprechen. In einem der befragten Spitäler werden in Teamsitzungen Fälle diskutiert, die anschliessend keinen Eingang ins CIRS finden. Es wäre zu überprüfen, ob hier allgemein die Akzeptanz des CIRS mitschwingt oder ob eine höhere Bewertung der Anonymität und/oder der Schutz des Mitarbeitenden sich positiv auf die gelebte Fehlerkultur auswirkt. Als einer der Gründe der nur mündlichen Besprechung wird die unklare rechtliche Lage angegeben, auch in Zusammenhang mit Haftpflichtfällen. Haftpflichtfälle gelten darüber hinaus auch als verzögerndes oder gar verhandelndes Element, wenn es um das Lernen aus Fehlern oder die Einführung von Präventionsmassnahmen geht [9].

Die Mehrheit der Mitarbeitenden beurteilt das Melden und Besprechen kritischer Zwischenfälle als nutzbringend, wenngleich hinsichtlich der systematischen Analyse und Kommunikation der Ereignisse Verbesserungsbedarf formuliert wird. Es ist allen Spitälern und Kliniken bewusst, dass der Umgang mit Fehlern auch ein kulturelles Thema ist. Wobei die richtige Lösung nicht immer einfach umzusetzen ist, damit sie von den Mitarbeitenden auch wahrgenommen wird.

Abbildung 4

Wie gross schätzen Sie den Nutzen des CIRS bezüglich der Verbesserung der Sicherheit im Spital ein?

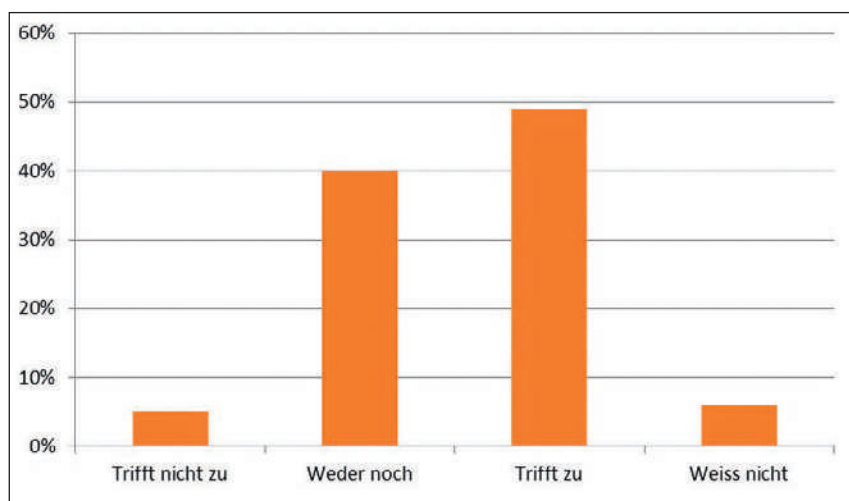
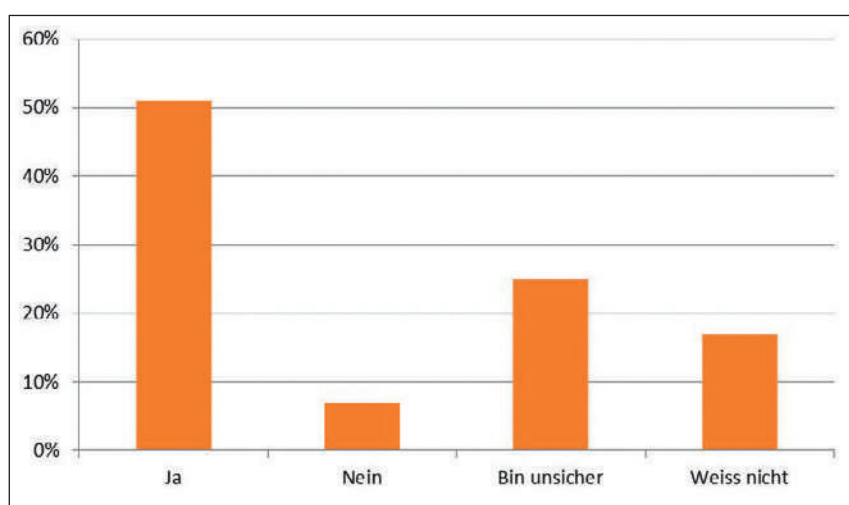


Abbildung 5

Ist die Anonymität bei der Meldung von kritischen Zwischenfällen gewährleistet?



Referenzen

- 1 <http://asrs.arc.nasa.gov>
- 2 www.anesthesia.ch.cirs
- 3 <https://www.dki.de/unsere-leistungen/forschung/projekte/klinisches-risikomanagement-im-krankenhaus> und <http://www.bullmed.ch/docs/saez/archiv/fr/2011/2011-12/2011-12-210.PDF>
- 4 Patientensicherheit Schweiz auf Basis der BfS Todesursachenstatistik 2007 der Schweiz und mit Ergänzung eines Schätzwertes der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse (PAE = preventable adverse events) in der Schweiz.
- 5 Hofinger, 2012, S. 43.
- 6 In den letzten Jahren wurden folgende Themen bearbeitet:
 1. 2009: CIRS, klinisches Risikomanagement und der Umgang mit (Beinahe-)Zwischenfällen
 2. 2010: Rückmelde-/Beschwerdemanagement
 3. 2011: CIRS. Zweite Messung, ergänzt mit einer Befragung der Mitarbeitenden.
 4. 2012: Schnittstellenmanagement.
- 7 Stationäre und ambulante Fälle, Mitarbeitende pro Berufsgruppe (Ärzte, Pflegepersonal, med.-techn. Personal, med-therapeut. Personal, andere).
- 8 Die durch die Qualitätsbeauftragten ausgefüllten Monitoring-Formulare wurden zusammen mit der Mitarbeiterbefragung durch das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement der Berner Fachhochschule ausgewertet.
- 9 Paper of the Month 37. Stiftung für Patientensicherheit.

Zugrundeliegende Literatur

- Bake-Schaub, P., Hofinger, G. & Lauche, K. (Hrsg.) (2012). *Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen*. Heidelberg: Springer.
- Flanagan, J.C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bull*, 51, 327-358.
- Kaufmann, M., Staender, S., von Below, G., Brunner, H.H., Portenier, L. & Scheidegger, D. (2002). Computerbasiertes anonymes Critical Reporting: Ein Beitrag zur Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83, 2554-2589.
- Leape, L.L. & Fromson, J. (2006). Problem doctors: Is there a system-level solution? *Annals of Internal Medicine*, 144, 1-8.
- Leape, L.L. & Berwick, D.M. (2005). Five years after "To Err Is Human", What have we learned? *Journal of the American Medical Association*, 293, 2384-2390.
- Kuhn, A.A. & Youngberg, B.J. (2002). The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. *Quality & Safety in Health Care*, 11, 158-162.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and Management. *British Medical Journal*, 320 (7237), 768-770.
- Seabury, S.A., Chandra, A., Lakdawalla, D.N. & Jena, A.B. (2013). Dauer von Haftpflichtverfahren in den USA. *Health Care*, 32, 111-119.
- <http://www.patientensicherheit.ch/de/publikationen/Paper-of-the-Month.html> (29.05.2013).
- Staender, S., Kaufmann, M. & Scheidegger, D. (2000). Critical incident reporting systems in anaesthesia. In: Vincent, C. & de Mol, B. (Hrsg.). *Safety in Medicine*. Oxford: Pergamon, Elsevier Science, 65.
- Webb, R.K., Currie, M., Morgan, C.A., Williamson, J.A., Mackay, P. & Runciman, W.B. (1993). The Australian incident monitoring study; an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care*, 21, 520-528.