



Chef, mir ist ein Fehler unterlaufen! (Erfahrungsbericht ZSVA)

Christophe LAMBERT, Spitalapotheker
ZSVA, CH Chambéry - France

Unverzeihlicher Fehler

2



Kleiner Fehler

3



Definition «Fehler»

4

- Irrtum, Annahme oder Darstellung einer nicht der Wahrheit entsprechenden Meinung, Falsches für richtig empfinden
- unangemessene, unbeholfene oder bedauernswerte Handlung oder Verhaltensweise
- Freie Willensausübung ohne Vernunft

Fehlerarten

5

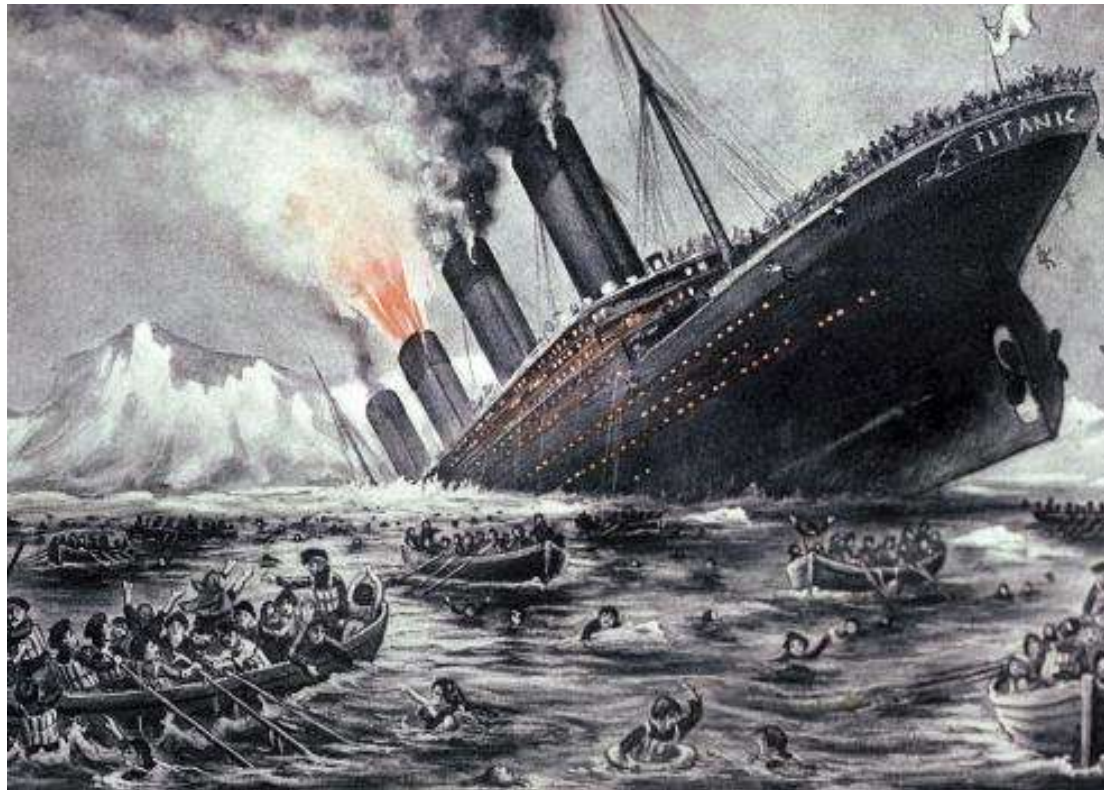
Modell nach James Reason:

- Routinefehler: Handlung unter bewusster Kontrolle (zahlreiche Fehler/zahlreiche Korrekturen)
- Regelfehler: Auswahl falscher Regel
- Fehler aus Unwissenheit

Fehlerursache

6

70% Unfälle durch menschliches Versagen

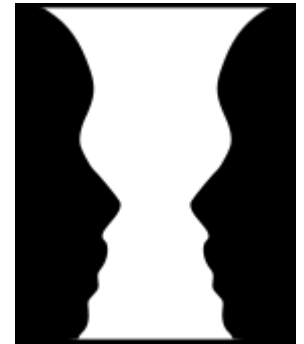


Lösung: Automatisierung

Fehlerkultur

7

Gestaltpsychologie: «Misserfolg ist eine unerlässliche Voraussetzung für das Auslösen von Verständnis und neuen Ideen.»



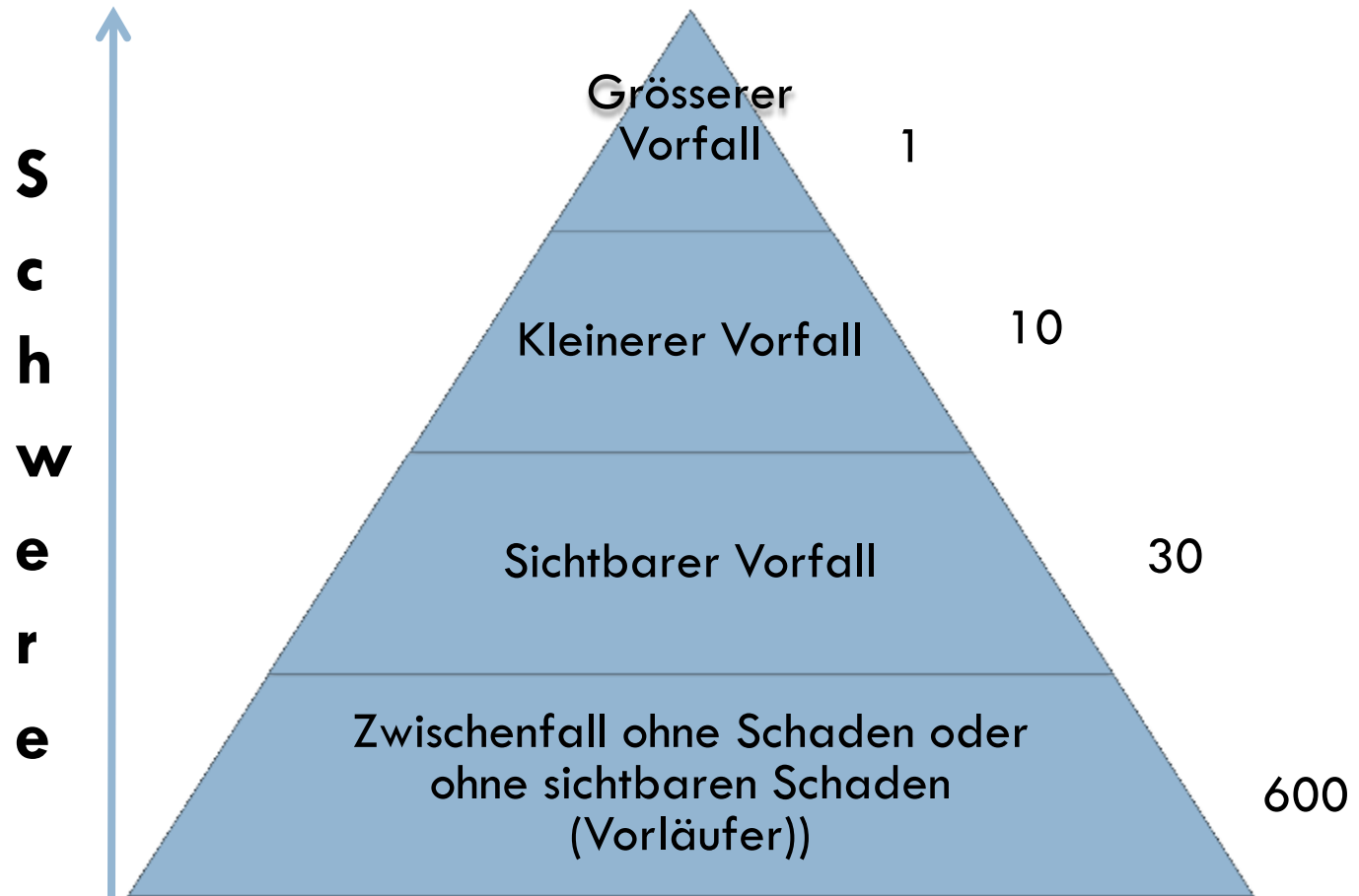
«Ein Misserfolg ist lediglich die Möglichkeit, schlauer von Neuem zu beginnen.» H. Ford

Positiver Fehler

8

- Zahlreiche tägliche Fehler, selbst erkannt und ausgemerzt
 - Unerlässlich für Produktivität
 - Erfahrungswert bekannter und häufiger Risiken
 - Kapitalisierung der Erfahrungen (REX)
- Frühzeitiges Ausmerzen von Fehlern: Prinzip des Risikomanagements

Erkennen risikobehafteter Ereignisse



Achtung Vorboten

10



Concorde-Unfall (Juli 2000)

11

Erfahrungsaustausch

*«Menschliche Fehler sind
unvermeidbar. Wir können zwar
nicht den Menschen, wohl aber sein
Arbeitsumfeld verändern»*
J. REASON

Was ist ein CREX?

13

- CREX: Comité de Retour d'Expérience (Ausschuss für Erfahrungsaustausch)
- Methode für Risikomanagement im Nachhinein
- Analyse- und Managementansatz, um die individuelle **Erfahrung** eines Vorfalls in kollektive Erfahrung umzumünzen

CREX-Ansatz

14

- CREX ist eine **systemische** Analysemethode

85% der vermeidbaren Unfälle
haben systemische Ursachen

- CREX **ist keine:**
 - Analyse erwiesener Unfälle (RMM, Vigilanz)
 - Methode für individuelle Schuldzuweisung
 - Methode für Verhaltensanalysen

Unterschiedliche Methoden

15

□ Systemische Analysen:

- Remed
- ALARM
- ORION®

□ Auswahlkriterien:

- Intuitiv
- Leicht verständlich: Aneignung
- Leicht umsetzbar: Beteiligung

Organisation des CREX

16

- ▶ **Prospektives** Aufzeichnen von Vorläuferereignissen
- ▶ **Kritische Analyse** der Funktionsweise eines Systems:
Ausschuss
- ▶ Suchen nach der Ursache von **Fehlern**
- ▶ Vorschlag und Umsetzung von **Korrekturmassnahmen**

Umsetzung des CREX

17

- ▶ **Fächerübergreifende Gruppe**: freiwillig, verlängerbares Mandat
- ▶ **Sensibilisierung** der Mitarbeiter für Erfahrungsaustausch
- ▶ **Ausbildung** in der gewählten Methode
- ▶ Erstellung eines **Sammelblatts** für Vorkommnisse
- ▶ Bestimmung eines **Koordinators**
 - ▶ Datensammlung
 - ▶ Animation der Sitzungen, Verfassen von Protokollen
 - ▶ Überwachung der Korrekturmaßnahmen

Ablauf einer CREX-Sitzung

► Dauer: maximal 1 bis 1,5 Stunden

1. Koordinator präsentiert gesammelte und kategorisierte Vorkommnisse des Monats
2. Diskussion und gemeinsame Auswahl eines Vorfalls
3. Beauftragung einer Person mit der Analyse: Pilot und Kopilot (Freiwillige und vom Vorkommnis nicht betroffene Personen)
4. Präsentation der Analyse des am letzten CREX gewählten Falls
5. Auswahl der machbaren Korrekturmaßnahmen und Bestimmung eines Verantwortlichen sowie des Terminplans
6. Überwachung der Korrekturmaßnahmen für alle Vorkommnisse
7. Kommunikation

CREX-Kette

19

CREX Nr. 3

CREX Nr. 1

1. Information Vorkommnis des Monats
2. Auswahl Vorkommnis
3. Auswahl Pilot
4. Bestimmung nächstes Sitzungsdatum

CREX Nr. 2

1. Information Vorkommnis des Monats
2. Auswahl Vorkommnis
3. Auswahl Pilot
4. Analyse Vorkommnis M-1
5. Entscheidung Korrekturmassnahmen
6. Kommunikation
7. Bestimmung nächstes Sitzungsdatum

1. Information Vorkommnis des Monats

2. Auswahl Vorkommnis

3. Auswahl Pilot

4. Analyse Vorkommnis M-1

5. Entscheidung
Korrekturmassnahmen

6. Bestandsaufnahme Massnahmen
M-1

7. Kommunikation

8. Bestimmung nächstes
Sitzungsdatum

ORION[®]-METHODE

06/06/2013

ORION[®]-Methode

21

- Stammt aus der Luftfahrt:
 - ▶ Auf Spitäler übertragbar
 - ▶ Untersucht das Versagen einer Organisation und nicht einer Person
 - ▶ «Nicht strafende» Charta

Analyse in 6 Schritten

22

1. Datensammlung
2. Chronologische Rekonstruktion des Vorkommnisses
3. Ursachenidentifizierung
4. Diskussion und Genehmigung Korrekturmassnahmen
5. Verfassen Analysebericht
6. Kommunikation

23

Journal of Management Inquiry 26(10) 1003–1020 © The Author(s) 2017
 Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav
 DOI: 10.1177/1056492617718101 <http://jmi.sagepub.com>

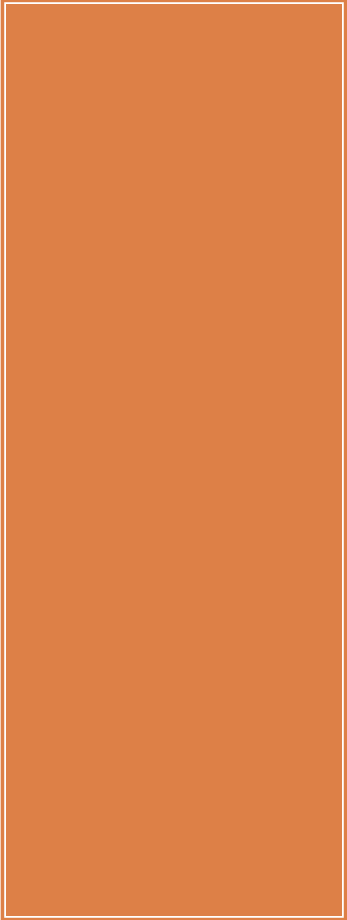
QUI DECLARE L'EVENEMENT		DATE ET HEURE DE L'EVENEMENT	
Nom : (facultatif)		Date :Heure :	
Tel :			
OU L'EVENEMENT S'EST-IL PRODUIT ?			
☐ LAVAGE		☐ CONDITIONNEMENT	
☐ STOCKAGE/DISTRIBUTION		☐ AUTOCLAVE	
Nom de l'intervention ou Unités de soins :			
Identification matériel concerné :			
DESCRIPTION DE L'EVENEMENT			

TRANSMETTRE LA FICHE A L'ENCADREMENT

- ▶ Einfach
- ▶ Leicht auszufüllen (1 Minute)
- ▶ Überall und für alle verfügbar

Vorkommnis

24



Sterilisationsmitarbeiter der Verpackungszone stellt morgens bei Arbeitsantritt bei der Zusammenstellung fest, dass 2 MP (amerikanischer Schaft und Reibahle) nach der Reinigung im RDG noch Gewebe- und Knochenrückstände aufweisen.

Schritt 1: Sammlung Analysedaten

25

- ▶ **Ziel:** alle Daten über Kontext bezüglich Organisation, Mensch und Material zusammentragen
- ▶ **Wer:** Pilot
- ▶ **Wann:** nicht überstürzt, aber möglichst zeitnah am Vorkommnis
- ▶ **Wie:** Spontanmeldung, Einzelgespräch, kollektives Debriefing
 - ▶ Spontane Erklärung
 - ▶ Präzise Fragen
 - ▶ Zusammenfassung und Bericht des Vorkommnisses

Schritt 2: Rekonstruktion

26

- ▶ Nur faktische Elemente festhalten
 - ▶ Beispiel: Black Box (Sterilisator-Kontrollgerät)
- ▶ Chronologie ermitteln
 - ▶ Vorher
 - ▶ Während
 - ▶ Nachher
- ▶ Kohärenz und Gültigkeit der Rekonstruktion: Bestätigung durch Melder
- ▶ Bestimmung der Abweichungen gegenüber Referenzwert

Chronologie

27

- 12. März 21:00 Uhr: Notfall-Tibianagelung nach Dienstschluss der ZSVA
- 12. März 23:00 Uhr: Aufbereitung des Materials durch TOA gemäss Spitalvorschriften
 - ▣ Prädesinfektion des Materials
 - ▣ Transfer in Reinigungszone ZSVA
 - ▣ Beladung RDG
 - ▣ Programmstart

Chronologie

28

- 13. März 8:00 Uhr: ZSVA-Mitarbeiter entlädt RDG. Trocknung MP mit Lumen durch medizinische Druckluft vervollständigt: Austritt von Blut und spongiösen Knochenteilen.
- 13. März 8:30 Uhr: ZSVA-Mitarbeiter bürstet von Hand MP mit Lumen in Reinigungszone, belädt Wagen und startet neuen Reinigungszyklus im RDG.

Schritt 3: Ursachenidentifizierung

29

- Ursachen für jeden Bereich identifizieren
 - Abteilungspolitik
 - Arbeitsbedingungen (verfügbare Mittel)
 - Organisation und Funktionsweise des Teams
 - Verfahren
 - Ausführende
 - Patienten
- ▶ Ursache-Wirkung ermitteln
- ▶ Beeinflussende Faktoren bestimmen (indirekte Ursachen)

Wieso und warum?

Datum und Uhrzeit	Vorkommnis	Abweichung	Ursache	Ursache
12. März 23:00 Uhr	Prädesinfektion durch TOA	Prädesinfektion ohne Bürsten	Aufgabe durch ZSVA-Mitarbeiter ausgeführt, Dienstschluss ZSVA 21:00 Uhr	Ende Dienstzeit TOA, Müdigkeit Kein schriftlicher Bericht in der Prädesinfektionszone
12. März 23:10 Uhr	Beladung RDG-Wagen in Reinigungszone	TOA benutzt keinen speziellen Wagen für MP mit Lumen	Neues RDG Neuer Zölioskopies-Wagen, Kein Verfahren in der Reinigungszone	Personal OPS nicht über neues RDG informiert, kürzlicher Erstkauf Zölioskopies-Wagen
13. März 8:00 Uhr	Austritt Blut und Knochenreste nach Druckluft	Nichtkonforme Reinigung	Kein manuelles Bürsten, Nichtverwendung Zölioskopies-Wagen	Keine Ausbildung Kein Bericht

Schritt 4: Vorschlag Korrekturmassnahmen

31

- ▶ **Ziel:** Ursache beheben statt Wirkung bekämpfen
- ▶ **Wer:** Pilot
- ▶ **Wie:** präzise Beschreibung
 - ▶ Anwendungskontext
 - ▶ Verantwortliche
 - ▶ Kosten oder Investition
- ▶ **Merkmale einer effizienten Korrekturmassnahme**
 - ▶ Behebt Ursache
 - ▶ Nachhaltig
 - ▶ Interne und externe Akzeptanz
 - ▶ Schnelle Umsetzung

Gemeinsame
Entscheidung

Schritt 5: Verfassen Analysebericht

32

- ▶ **Ziel:** klar und verständlich für Dritte
- ▶ **Wer:** Pilot und Koordinator
- ▶ **Wie:**
 - ▶ Ausgewähltes Ereignis
 - ▶ Chronologie der Fakten
 - ▶ Analyse Ursachen und beeinflussende Faktoren
 - ▶ Vorgeschlagene und beschlossene Massnahmen
 - ▶ Verantwortliche für die Umsetzung

Schritt 6: Kommunikation

33

- ▶ Von den vorgeschlagenen Korrekturmassnahmen betroffene Personen **informieren**
- ▶ Analysebericht **zur Verfügung stellen**
- ▶ Schlussfolgerungen **aushängen**

Erfolgsfaktoren des CREX

34

- Präsenz Vertreter der «Leitung»
- Nicht strafende Charta
- Hilfestellung bei der Analyse unerwünschter Vorkommnisse
- Kurze, regelmässig organisierte Sitzungen
- Systematisches und ausgehängtes Protokoll
- Umsetzung der Korrekturmassnahmen

Methoden für die Risikosenkung

35

- Präventiver Auditansatz: latente Mängel identifizieren
- Identifizierung Schwachstellen: risikoindizierende Vorläufervorkommnisse
- Tiefschürfende Vorkommnisanalyse: RMM, CREX ...

Schlussfolgerungen

36

- ▶ Lenkungsinstrument für eine sichere Patientenversorgung
- ▶ Teamdynamik:
 - ▶ Fördert den Dialog unter Berufsgruppen
 - ▶ Akteure engagieren sich für konkrete Massnahmen
- ▶ Weiterentwicklung zum «systemischen» Ansatz

«Der einzig echte Fehler ist der, aus dem man nichts lernt.» *H. Ford*

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

christophe.lambert@ch-chambery.fr