



„CIRS-Gastro“ ein Critical Incident Reporting System der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie

1. Grundlagen

- Fortbildungsordnung der FMH vom 24.6.1998
- Schweizerisches Krankenversicherungsgesetz Art.58
- Schweizerische Krankenversicherungsverordnung Art 77

2. Hintergrund

Die schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG/SSG) unternimmt verschiedenste Anstrengungen ein umfassendes Qualitätsmanagement in ihren Strukturen zu verankern. Nebst der strukturierten Weiter- und Fortbildung mit weitgehenden Auflagen soll auch die operative Tätigkeit der schweizer Gastroenterologen hohen Qualitätsanforderungen genügen. Im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements ist es wichtig, unerwartete oder ungewöhnliche Vorkommnisse, sogenannte kritische Ereignisse standardisiert zu erfassen und auszuwerten. In sanktionsfreier und anonymisierter Form sollen wichtige Erkenntnisse solcher Meldungen allen Mitgliedern der Fachgesellschaft zugänglich gemacht werden um so die Patientensicherheit und die Qualität der Arbeit in Praxis und Spital kontinuierlich zu verbessern.

3. Ziel

Das System ist ein Forum für ein anonymes und freiwilliges Berichten von kritischen Ereignissen in der gastroenterologischen Praxis auf nationaler Ebene. Durch die standardisierte Erfassung kritischer Ereignisse wird ein Instrument geschaffen Zwischenfälle und Prozesse infolge mangelhafter Infrastruktur resp. Gerätschaft oder infolge Fehleinschätzung unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit einem breiten Mitgliederkreis zugänglich zu machen. Es geht dabei nicht darum Fehler zu personalisieren. Vielmehr soll eine Kultur geschaffen werden, in der es möglich ist, kritische Ereignisse ohne wesentlichen administrativen Aufwand zu melden und dadurch allen SGG/SSG Mitgliedern zugänglich zu machen um eine allfällige Wiederholung zu verhindern. Dabei steht die Art und Weise des Zustandekommens eines Zwischenfalls im Vordergrund. Eine direkte oder indirekte Sanktionierung des Meldenden ist ausgeschlossen. Der Datenschutz ist gewährleistet. Andererseits entbindet das System nicht davon, gesetzliche Meldepflichten einzuhalten.

4. Methodik

4.1. Definition von kritischen Ereignissen: Zwischenfälle, welche in Zusammenhang mit einer gastroenterologischen fachärztlichen Untersuchung auftreten und zu einem unerwünschten Ausgang geführt haben oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem solchen geführt hätten. Die Ereignisse müssen dabei primär keinen kausalen Zusammenhang mit einer Untersuchung haben, treten aber in Zusammenhang mit der Behandlung eines Patienten in der Praxis oder im Spital auf.

4.1.1 Potentielle Ursachen von kritischen Ereignissen sind:

- A: Fehlerhaftes Instrumentarium oder Instrumentarium, welches die gestellten Anforderungen nicht erfüllt
- B: Patienten-spezifische Probleme
- C: Unzweckmässiges ärztliches Vorgehen
- D: Unzweckmässige Organisation

4.1.2 Einteilung der Folgen von Ereignissen:

- 0 keine
- 1 vorübergehend
- 2 permanent leicht
- 3 permanent schwer
- 4 Tod

4.2. Meldewesen: Kritische Ereignisse können von jedem SGG/SSG Mitglied via Briefpost, Fax oder Internet (verschlüsselt) mit einem standardisierten Formular an einen speziell vom SGG/SSG-Vorstand ernannten Qualitätsausschuss (den Beirat) gemeldet werden. Alle Meldungen werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert. Niemand wird durch eine Meldung zu persönlichen Konsequenzen herangezogen. Vorkommnisse der Stufe 3 und 4 sollten innerhalb von 48h gemeldet werden.

4.3. Der Beirat besteht aus 3 SGG/SSG Mitgliedern: 1 SGG/SSG-Vorstands Mitglied, 1 Delegierter der Universitätskliniken, 1 Delegierter der frei praktizierenden Gastroenterologen. Die Mitglieder des Beirates werden durch den SGG/SSG-Vorstand für 4 Jahre ernannt. Der Beirat konstituiert sich selbst. Der Beirat verpflichtet sich der Anonymisierung der Meldungen. Angaben, welche Rückschlüsse auf den Meldenden zulassen, werden nach Bearbeitung des kritischen Ereignisses vernichtet. Die Datenverwaltung resp. die Archivierung der Meldungen erfolgt beim Präsidenten. Eine Herausgabe von Daten erfolgt nur auf rechtliches Ersuchen.

- 4.4.** Auswertung der Meldungen: Meldungen werden durch den Beirat standardisiert erfasst, sortiert und den Mitgliedern zugänglich gemacht. Allfällige Schlussfolgerungen werden nach sorgfältigem Erfassen der verschiedenen Einzelheiten durch den Beirat kommuniziert. Der Beirat zieht bei Bedarf weitere Fachleute zu und legt 1x jährlich dem SGG/SSG-Vorstand einen Rechenschaftsbericht vor. Dieser ist Bestandteil des Jahresberichtes der SGG/SSG-Präsidenten. Allgemeine Schlussfolgerungen aus kritischen Ereignissen können nach Massgabe des SGG/SSG Vorstandes publiziert werden.

5. Erfolgskontrolle

Als Erfolgskontrolle gilt der Bericht des SGG/SSG Beirates. Er gibt über mehrere Jahre hinaus Auskunft über Meldebereitschaft sowie Art und Weise der Ereignisse. Er kann auch Auskunft darüber geben, ob ein kontinuierliches „Critical incident reporting“ zu einer sukzessiven Qualitätsverbesserung beiträgt.

Am 19.10.2002 von der FAGAS Generalversammlung genehmigt.

Zürich, den 26.7.2002

Für den Vorstand der SGG/SSG

Der Präsident: Dr.med. U. Seefeld

Der Qualitätsdelegierte Dr.med.Ph.Bertschinger

CRITICAL INCIDENT REPORTING GASTROENTEROLOGIE („CIRS Gastro“)

Bitte benutzen Sie dieses Formular zur Eingabe eines **kritischen Ereignisses** *, das ohne Intervention zu einem unerwünschten Ausgang, d.h. einer physischen od. psychischen Beeinträchtigung eines Patienten hätte führen können oder trotz Intervention dazu geführt hat. (*Ereignis verursacht durch die Behandlung/Betreuung des Patienten und nicht durch das Grundleiden des Patienten alleine)

Ereignis: Datum: Zeit :
Ort: Praxis Spital Ambulatorium andere.....

Untersuchung: Notfall Elektiv

Art der Untersuchung: Konsultation Gastroskopie Koloskopie ERCP
 Leberbiopsie andere:.....

Beschreibung des Ereignisses:

(Fallbeschreibung bis hin zum Ereignis, ohne jene Details, die den Patienten oder Sie identifizieren könnten)

Beschreibung des Managements/ der gezogenen Konsequenzen:

Beeinflusste das Ereignis das Ergebnis?

- Ja Nein

Wie?:

Ihrer Meinung nach war das Ereignis

- vermeidbar nicht vermeidbar

Zuordnung des Ereignisses: Instrumentarium Patient Arzt
MitarbeiterInnen Organisation Kommunikation

Folgen des Ereignisses: keine vorübergehend leicht schwer
 bleibend leicht schwer

Bemerkungen:

Einsenden oder Faxen an:
Dr.med.Philipp Bertschinger, GastroZentrum Hirslanden, Witellikerstr. 40, 8032 Zürich
Fax 044 387 39 53; e-mail: philipp.bertschinger@gastrozentrum.ch

