

CRM – Crisis Ressource Management & the Culture of Blame



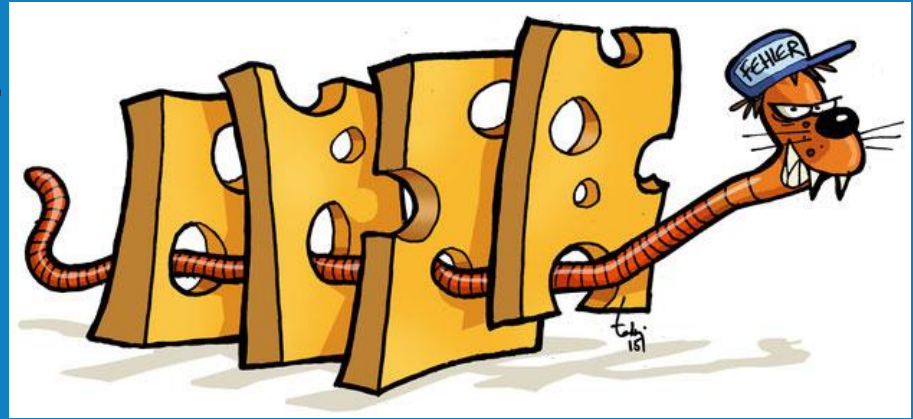
Pascal Burg

Notfallsanitäter DRK KV Saarlouis
Inhaber Burg Medical Solutions

Fachkrpfl. innere Med. & Intensivmedizin
Notfallsanitäter
HEMS-TC
Megacode- und CRM-Trainer



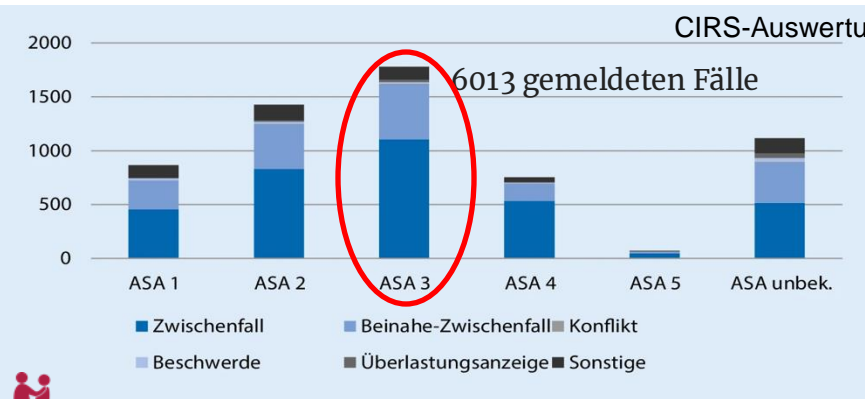
CRM & Fehlerkultur
schon wieder
moderner Unsinn ?



Crisis Ressource Management



70% der Fehlerursachen liegen im Bereich der „Human Factors“

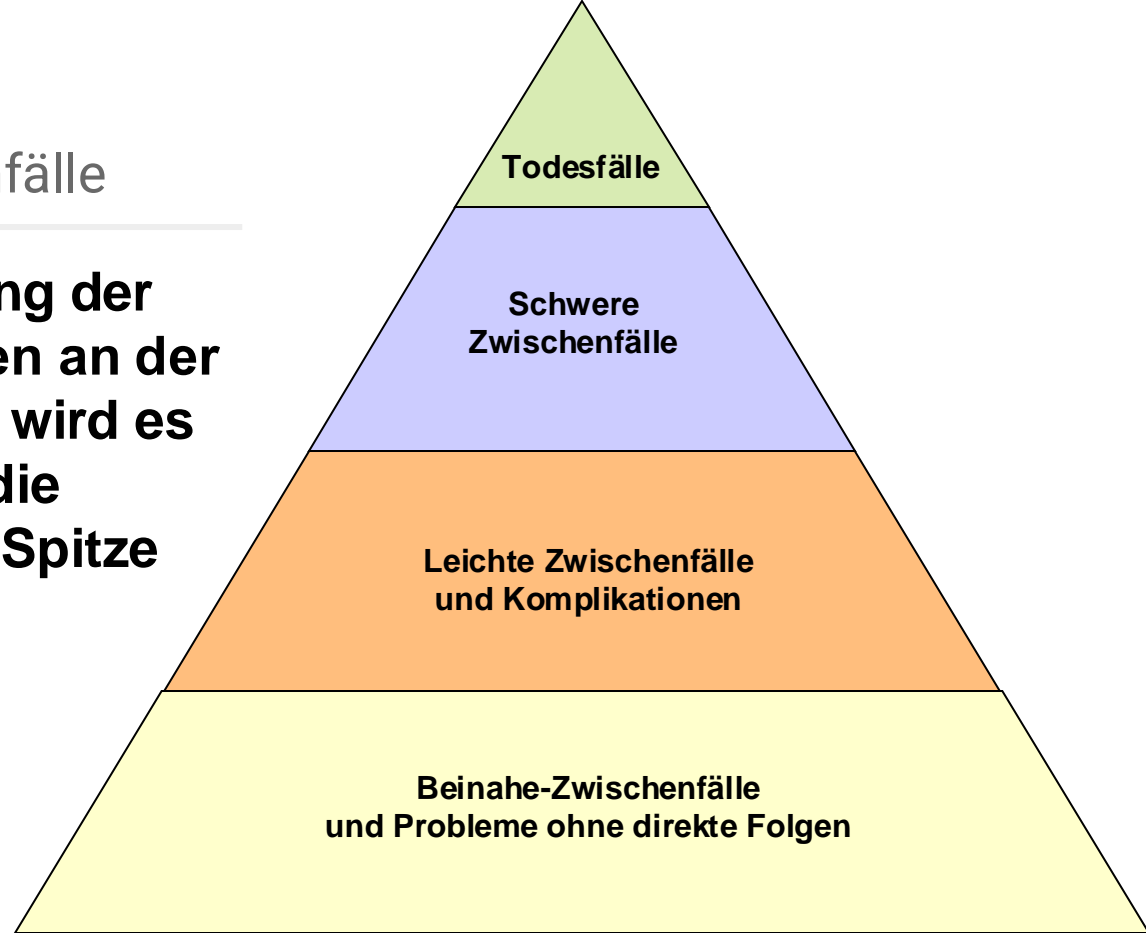


ASA-Klassifikationsschema (ASA I bis ASA VI)

| ASA I | ASA II | ASA III | ASA IV | ASA V | ASA VI |
|--|--|---|--|---|--|
| Ein normaler, gesunder Patient | Ein Patient mit einer leichten systematischen Erkrankung | Ein Patient mit schwerer systematischen Erkrankung | Ein Patient mit schweren systematischen Erkrankungen, die eine ständige Bedrohung für das Leben darstellen | Ein sterbender Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überleben kann | Ein für Hirntod erklärter Patient, dessen Organe für Spenderzwecke entfernt werden |
| Merkmale: - Gesund - Nichtraucher - Kein/minimaler Alkoholkonsum | Merkmale: - Leichte Erkrankungen ohne wesentliche funktionelle Einschränkung - z. B. Raucher, Schwangerschaft, Fettleibigkeit (30 < BMI < 40) | Merkmale: - Substanzelle funktionelle Einschränkungen - z. B. COPD, Fettleibigkeit (BMI > 40), aktive Hepatitis, implantierter Schrittmacher | Merkmale: - z. B. anhaltende Herzschämie oder schwere Klappenfunktionsstörung, Sepsis | Merkmale: - z. B. gerissenes Bauch-/ Thoraxaneurysma, massives Trauma, intrakranielle Blutung mit Massenwirkung | |

Eisberg der Zwischenfälle

Nur durch Reduzierung der „harmlosen“ Ursachen an der Basis des Eisberges, wird es langfristig gelingen, die Zwischenfälle an der Spitze des Eisberges zu vermeiden !

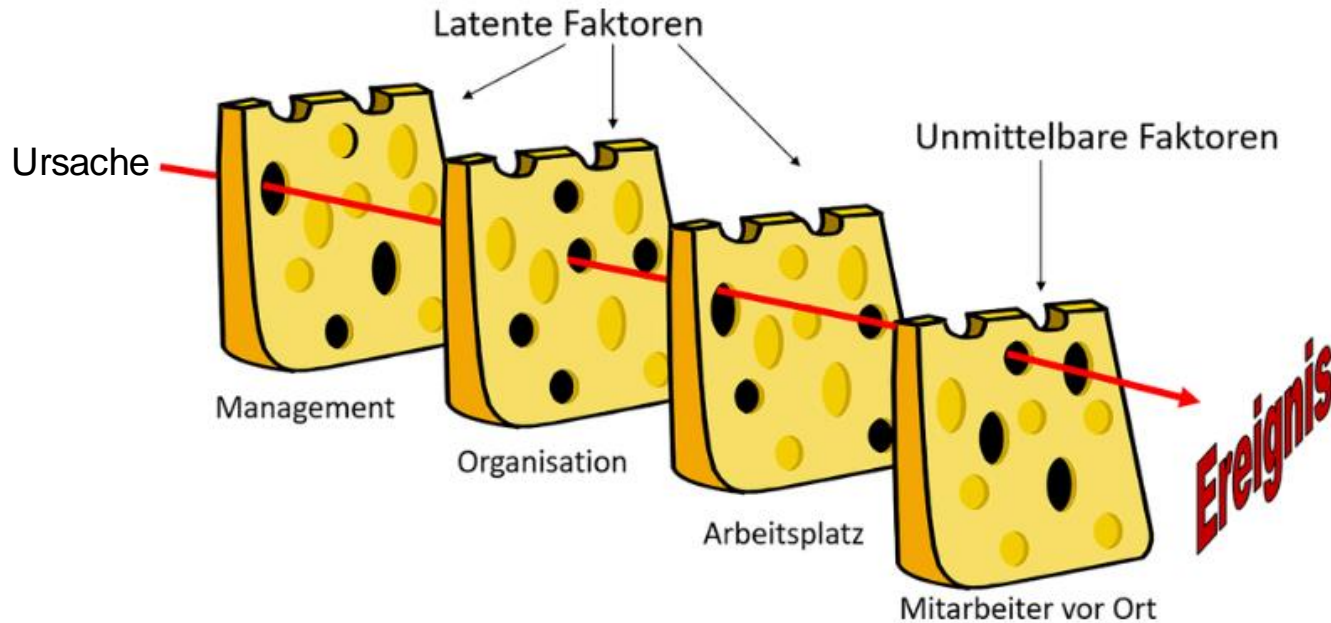


Eisberg der Zwischenfälle

**Wie können wir das in unseren Alltag
Übersetzen ?**



Das **Modell nach Reason** ist eine bildhafte Darstellung von latenten und aktiven **menschlichen Fehlern** als Beitrag zum Zusammenbruch von komplexen Systemen und beschreibt die Verkettung von **Ursachen**



Schweizer-Käse-Modell. (Darstellung nach Reason 2016)

Crisis Ressource Management

WAS IST DAS ?

CRM ist eine wertvolle Strategie
zur Erhöhung der System-
und Teamsicherheit
und damit der
Patientensicherheit

**Crisis steht für Zwischenfall,
nicht für Krise**

Crisis Ressource Management - Definition

CRM ist die wirkungsvolle Anwendung aller verfügbaren Ressourcen

zum Beispiel:

Pflegefachkräfte

sonstiges Personal

Angehörige

zum Erlangen einer leistungsfähigen Tätigkeit

ODER ?

„Effektives arbeiten im Team“

Crisis Ressource Management - Ziel

Das Ziel eines gelebten CRM ist es, die **Kommunikations-** und **Managementfähigkeit** des Teams und aller Beteiligten zu verbessern und zu trainieren.

Es geht um die „Team-Performance“, also um „**nicht technische Fertigkeiten**“

Crisis Ressource Management - Skills

Was benötigen wir ?

- **Kommunikation**
- **Teamwork mit Fehlerkultur**
- **Leadership and managerial skills**
- **Situational awareness**
- **Decision making**

Crisis Ressource Management – Warum ?



Damit wir vorbereitet sind für den Moment, wo keiner weiß wann und ob er kommt

Crisis Ressource Management – wichtigste Themen

- Kommunikation
- Situative Aufmerksamkeit
- Entscheidungsfindung
- Stress / Stressmanagement
- Gruppen und Gruppendynamik
- human error / Fehlerkette und Vermeidung
- Firmenkultur

Ursachen von Zwischenfällen in der Medizin

70% sogenannte „HUMAN FACTORS“ (vermeidbar)
„Nicht Fachwissen ist entscheidend, sondern die Fähigkeit zu ganzheitlichem Denken und vernetztem Beurteilen „ Pestalozzi

Nicht mangelndes Fachwissen ist unser Problem, sondern:

- ⇒ Probleme beim Umsetzen des Wissens unter den Bedingungen der Realität
- ⇒ Probleme im Umgang mit Komplexität
- ⇒ Team, Kommunikation

Such den Fehler ☺



15 Kernaussagen im CRM nach Rall

- 1 Kenne Deine Arbeitsumgebung.
- 2 Antizipiere und plane voraus.
- 3 Fordere Hilfe an — lieber früh als spät.
- 4 Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied mit Beharrlichkeit.
- 5 Verteile die Arbeitsbelastung. (10 für-10-Prinzip)
- 6 Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personen und Technik)
- 7 Kommuniziere sicher und effektiv — sag was Dich bewegt.
- 8 Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen.
- 9 Verhindere und erkenne Fixierungsfehler.
- 10 Habe Zweifel und überprüfe genau (Double check; nie etwas annehmen!)
- 11 Verwende Merkhilfen und schlage nach.
- 12 Re-evaluiere die Situation immer wieder (10-für-10-Prinzip)
- 13 Achte auf gute Teamarbeit.
- 14 Lenke Deine Aufmerksamkeit bewusst
- 15 Setze Prioritäten dynamisch.



Die Fehlerkultur trägt maßgeblich zum Erfolg des CRM bei ?

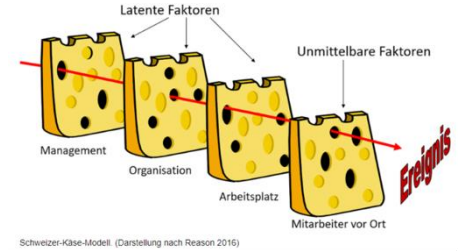
Wer macht Fehler

„The Culture of Blame“
die Kultur der Schuld

- Fachpersonal ist allwissend
- Fehler machen nur schlechte Kollegen
- Fehler lassen charakterliche Mängel vermuten
- ... zumindest aber Mängel in der persönlichen Einstellung
- Fehler sind unnötig (freier Wille, Hand-sight-blas)
- Jagd nach dem aktuellen Fehler
- Egal ob zufälliger oder systematischer Grund
- Analyse wird zu früh abgebrochen
- Latente Fehler, organisationale Faktoren unberücksichtigt
- Naming, Blaming, Shaming
(Benennung des Schuldigen, die Schande, die Verantwortlichkeit)



Kein Arzt / keine Pflegekraft will Fehler machen ? Warum macht er sie dann ?



ORGANISATIONS-
FAKTOREN

Latente
Bedingungen



Technik
Team

Lokale
Einfluss-
faktoren

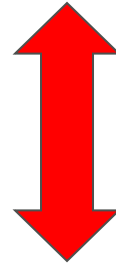
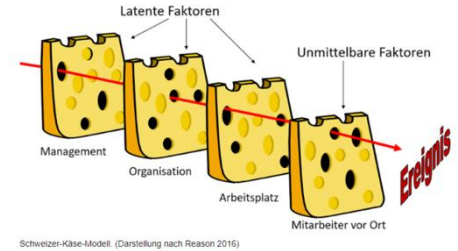


Unsichere
Handlungen

Wissen / Aufmerksamkeit
Systematisch / Zufällig



Fehler sind keine Ursachen von Zwischenfällen



**Fehler sind Folgen
(Konsequenzen) aus mehreren
Ursachen** (die man suchen muß ...)

Wie können wir mit Fehlern umgehen ?

C I R S - Critical Incident Reporting System



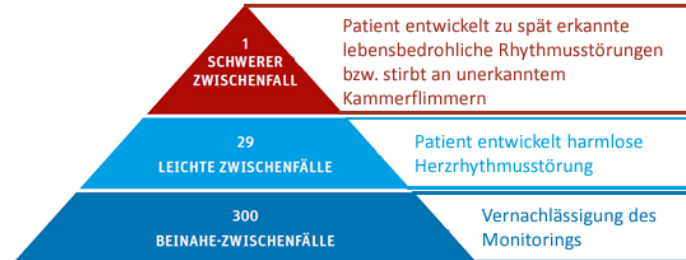
- MDK Bayern 2016

MDK BAYERN

1. Hintergründe zu CIRS

Warum CIRS? - Heinrich Pyramide

- Darstellung Fehlerwahrscheinlichkeit, konstantes Zahlenverhältnis:



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Thüß (2012), S. 24.

- Kernaussagen:
 - Schwere Zwischenfälle sind statistisch vorhersehbar
 - Erkennung, Vermeidung und Behebung von Beinahe-Zwischenfällen (Frühwarnindikator) kann den Eintritt eines großen Schadens verhindern
 - Auch hier setzen Fehlermeldesysteme an

Was müssen wir tun ? (Idee MDK Bayern 2016)

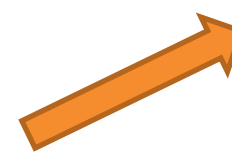
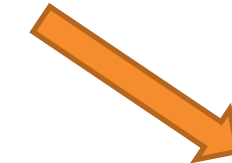
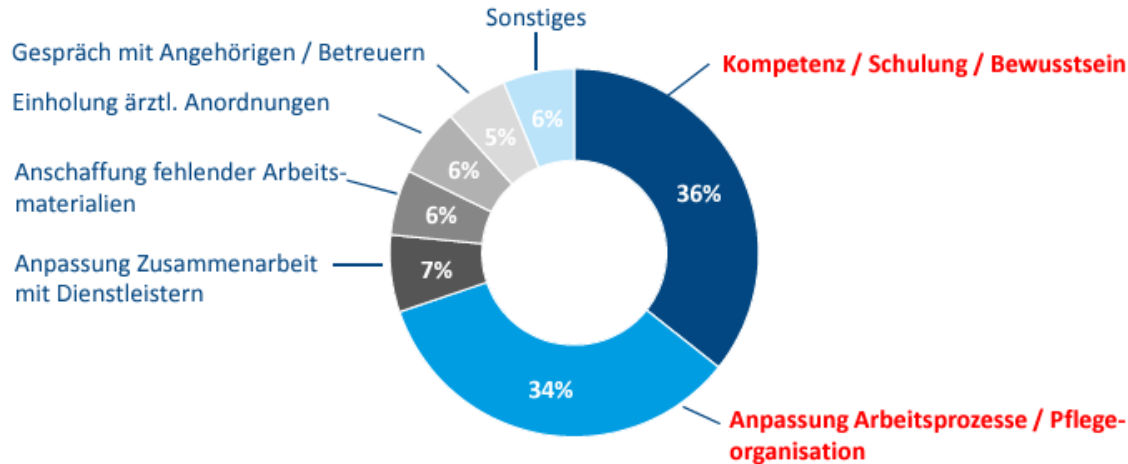
- Eine Plattform schaffen, Fehler zu Kommunizieren

Wie funktioniert CIRS?

- 1 Meldung eines kritischen Ereignisses**
Mitarbeiter
- 2 Anonymisierung, De-Identifikation und Risikobewertung**
CIRS-Beauftragter
- 3 Fallanalyse**
Analyseteam
- 4 Maßnahmenempfehlung**
Analyseteam
- 5 Kommunikation + Umsetzung nach Rücksprache mit Leitung**
Einrichtungsleitung, verantwortliche Pflegedienstleitung
- 6 Überprüfung des Implementierungsgrades und Evaluation**
Einrichtungsleitung, verantwortliche Pflegedienstleitung

Die Ergebnisse des MDK Bayern

- In den Analysesitzungen zur Abwendung unerwünschter Ereignisse wurden N= 384 Maßnahmen ergriffen (Einzelmaßnahmen- oder Maßnahmenbündel)
- Ø 2 ergriffene Maßnahmen pro CIRS-Meldung



70 %

Plattformen

- Fast alle haben schon eine
- Auch wir in der AKI ?

Ist das vielleicht eine neue Aufgabe für das Management der Pflegedienste oder Fachgesellschaften ?

CIRSmEdical® CIRSmEdical-Plus - CIRSm Pharmazie NRW ázq

News **Berichtsformular** Fallberichte

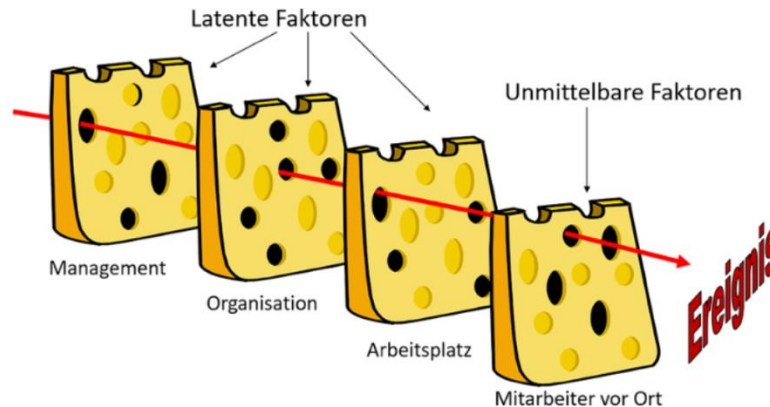
Fall eingeben (Bitte keine personenbezogenen Angaben eingeben)

| | |
|---|--|
| Altersgruppe des Patienten: <small>(falls betroffen)</small> | <input type="radio"/> wählen Sie... |
| Geschlecht des Patienten: <small>(falls betroffen)</small> | <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> unbekannt |
| Was ist passiert? | |
| Was war das Ergebnis? | |
| Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können? | |
| Kam der Patient zu Schaden? <small>(falls bereits bekannt)</small> | <input type="radio"/> wählen Sie... |
| Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? <small>(Mehrfachnennungen möglich)</small> | <input type="checkbox"/> Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) <input type="checkbox"/> Ausbildung und Training <input type="checkbox"/> Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) <input type="checkbox"/> Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) <input type="checkbox"/> Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) <input type="checkbox"/> Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.) <input type="checkbox"/> Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.) <input type="checkbox"/> Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.) <input type="checkbox"/> Medikation (Medikamente beteiligt?) <input type="checkbox"/> sonstiges: |
| Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr auf? | <input type="radio"/> nicht anwendbar <input type="radio"/> täglich <input type="radio"/> monatlich <input type="radio"/> jährlich <input type="radio"/> erstmalig |
| Wer berichtet? <small>(Berufsgruppe)</small> | <input type="radio"/> Pflege-, Praxispersonal <input type="radio"/> Arzt / Ärzten, Psychotherapeut/in <input checked="" type="radio"/> Apotheker / Apothekerin <input type="radio"/> andere Berufsgruppe |

Fazit

- Managementfaktoren
 - Organisationsfaktoren
 - Arbeitsplatzorganisation
 - Mitarbeiter qualifizieren und schulen
- Jedes Ereignis berichten
 - Jede Situation Debriefen
 - Fehler thematisieren und Maßnahmen ableiten
 - Neue Abläufe festlegen und evaluieren

Implementierung von Fehlermeldesystemen - CIRS



Schweizer-Käse-Modell. (Darstellung nach Reason 2016)

Human Factor / Human Error

Human Factors ...

„ohne gewisse Dummheiten käme der
Mensch nicht einmal auf die Welt“

Erasmus von Rotterdam



