



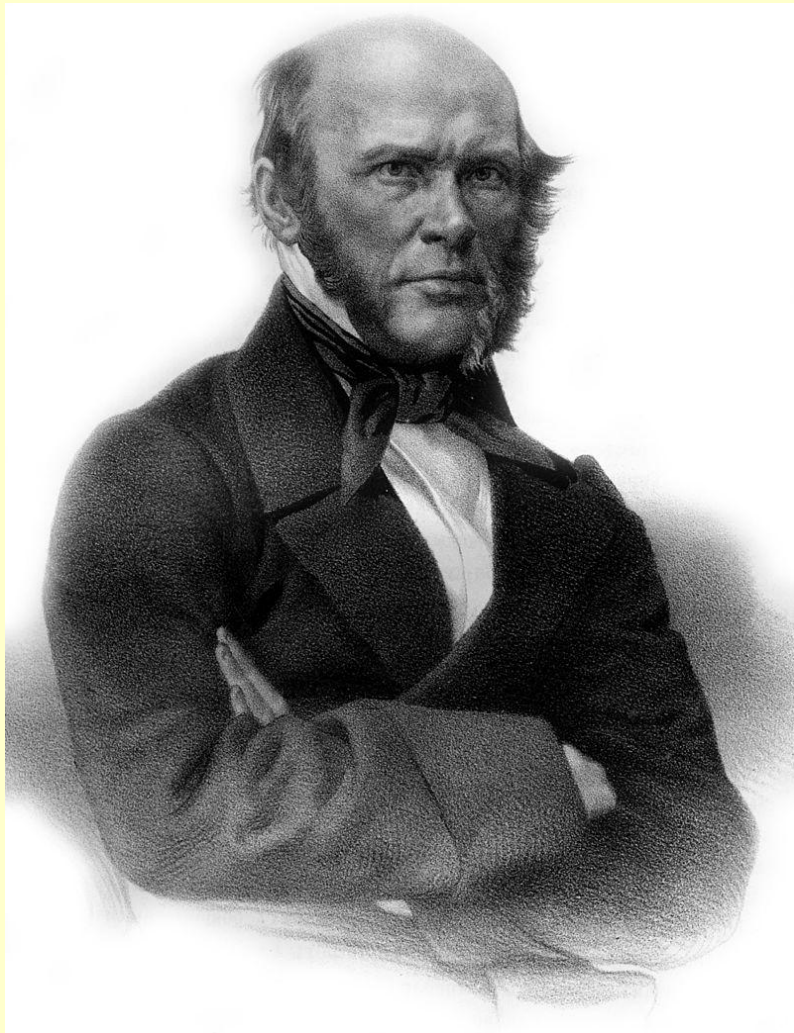
Врачебная палата Германии
Немецкое респираторное общество.
EAMA



1

Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS)

На ошибках учатся Введение в систему критических отчетов (сообщений) оказания медицинской помощи-(CIRS)-

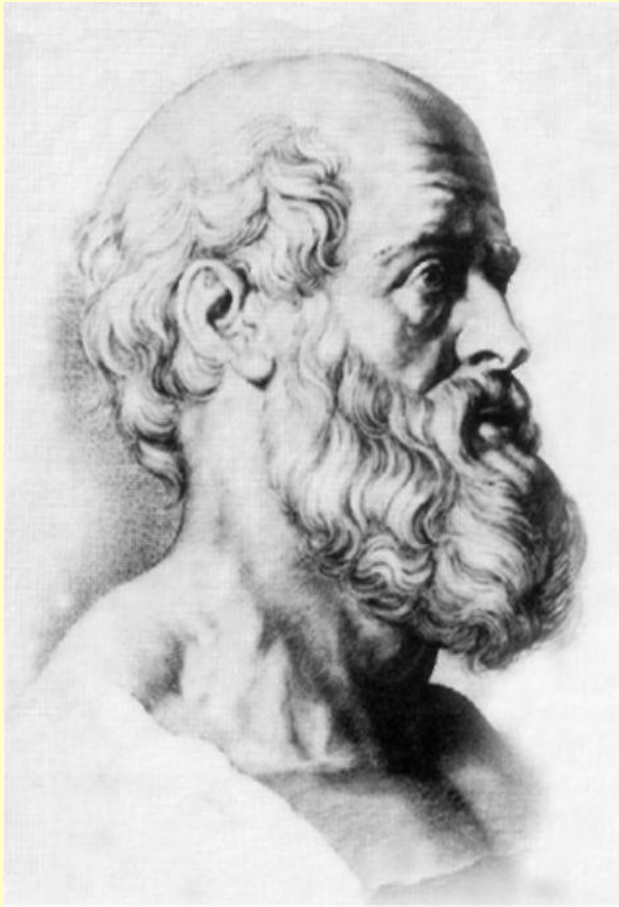


Н. И. Пирогов

Я считал... своим священным долгом откровенно рассказать читателям о своей врачебной деятельности и её результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих.

Историческое развитие CIRS

3



- **1995**– CIRSmedical: разработан в университете Базеля Prof. D. Scheidegger для стационаров.
- CIRS предложен для практикующих врачей.
- **Апрель 2005** – свободный доступ к врачам к CIRS
- **Апрель 2006**: распространен в Германии ФВП для стационаров
- **С 2006**: Променяется и поддерживается система ÄZQ
- **Октябрь 2007**: Обновлена и дополнена база данных и система для группы врачебных специальностей и земельных палат

**Не навреди, эскулап,
истомлённому хворью, не
запятнай равнодушьем**

Гиппократ

Что мы понимаем под ошибкой

4



Причины врачебных ошибок ⁵

- Недостаток профессионального опыта
- Системные недостатки здравоохранения
- Диагностические ошибки
- Халатность
- Ошибки ведения медицинской документации.
- Ошибки исполнения

Законы случайности Генри

Закон Генриха

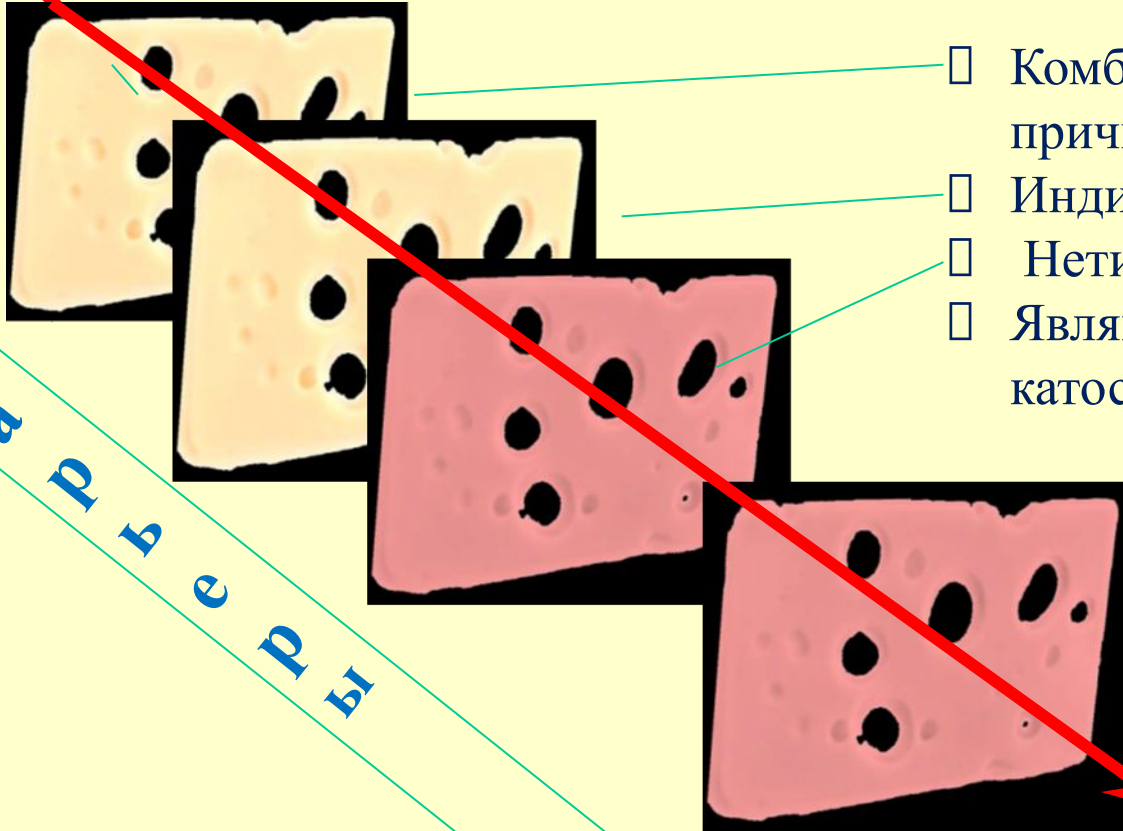


SEE-2 Studie, BMJ

Модель швейцарского сыра

Swiss cheese model

Риск



- Комбинации многих причинных факторов
- Индивидуальные неудачи
- Нетипичные ситуации
- Являются причиной катастроф.

Ошибки. Неблагоприятный исход

Critical Incident Reporting Systems (CIRS) в авиации

8



- Анонимная регистрация ошибок
- Менеджмент происшествий

Значительное снижение случаев ошибок в авиации и атомной промышленности

Процесс протекания CIRS в медицине



Лист регистрации CIRS

12

RD	Qualitätsmanagement	Notarzt- und Rettungsdienst	stadtsachsen
RD	CIRS-Meldung	Berichtsformular	
Altersgruppe des Pat. (falls betroffen) <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 11-15 <input type="checkbox"/> 16-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31-40 <input type="checkbox"/> 41-50 <input type="checkbox"/> 51-60 <input type="checkbox"/> 61-70 <input type="checkbox"/> 71-80 <input type="checkbox"/> 81-90 <input type="checkbox"/> >90			
Geschlecht des Pat. (falls betroffen) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Wo ist das Ereignis passiert? <input type="checkbox"/> Rettungsmittel <input type="checkbox"/> Krankenhaus (Station) <input type="checkbox"/> Notaufnahme <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Pflege-/Altenheim <input type="checkbox"/> _____			
In welchem Zusammenhang fand das Ereignis statt?			
Was ist passiert?			
Was war das Ergebnis?			
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?			
Kam der Pat. zu Schaden (falls bekannt) ?			
Welche Faktoren trugen zu dem Ergebnis bei? (Mehrfachnennung möglich) <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="checkbox"/> nicht anwendbar <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> erstmalig			
Wer berichtet (Berufsgruppe)? <input type="checkbox"/> Rettungsfachpersonal <input type="checkbox"/> (Not-)Arzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Praxispersonal <input type="checkbox"/> _____			
CIRS-Meldebogen_01	erstellt	Beckers B/ Glömann B/ Bergreth B	10.09.14 ALRD
Version 1.0	geprüft	Neulesen D	15.09.14 RD
	freigegeben	Beckers B	20.09.14 ALRD
			gültig ab 01.10.14
			gültig bis ungfällig
			Seite 1 von 1

Сеть CIRS-свободный доступ для всех врачей

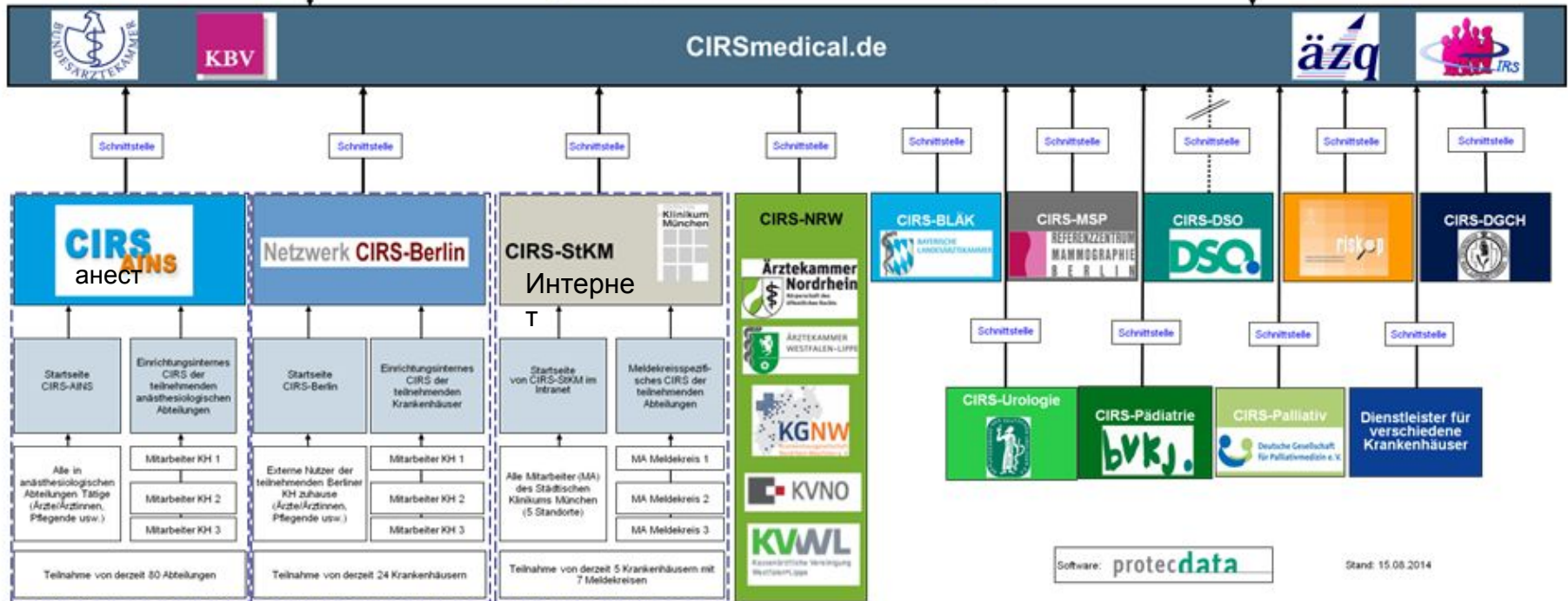
www.cirsmedical.de

www.forumpatientensicherheit.de

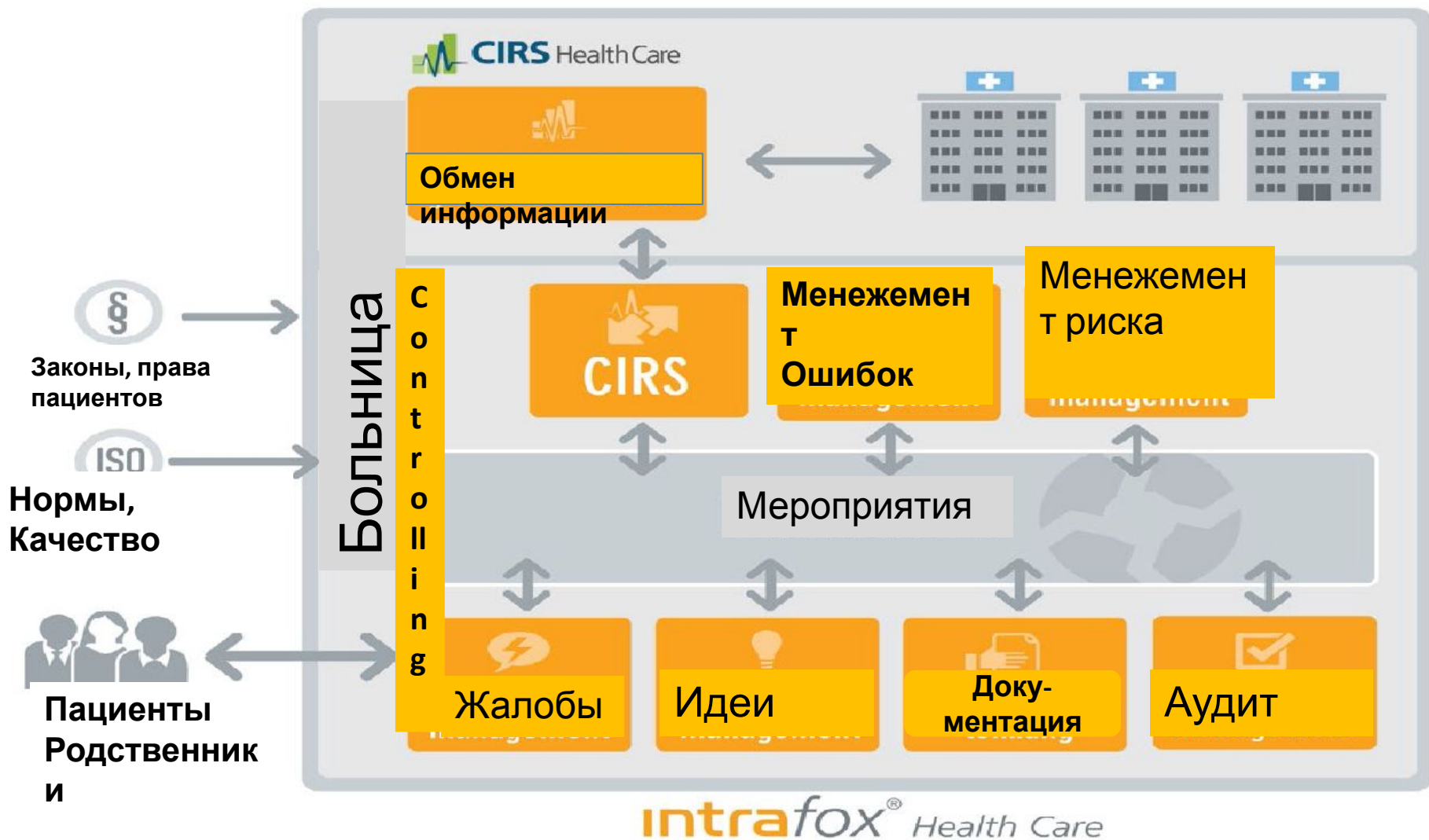
Интеграция с другими проектами

52 экспертов
С 47 учреждений

Netzwerk CIRSmedical.de



Менежемент CIRS в болнице



Пример

Titel: Falsche Entlassungsmedikation mitgegeben

Fall-Nr: 117511

12

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin

- Altersgruppe des Patienten: 41-50
- Wo ist das Ereignis passiert?: Krankenhaus
- Welche Versorgungsart: Routinebetrieb
- In welchem Kontext fand das Ereignis statt?: Organisation (Schnittstellen / Kommunikation)
- **Was ist passiert?:** Ärztlich korrekt angeordnete Medikation (**Bisoprolol**) wurde bei Entlassung von Pflegepersonal falsch gerichtet (**Amlodipin**); gerichtete Medikation wurde von Arzt nicht mehr mit der gestellten abgeglichen.
- Was war das Ergebnis?: Patient bemerkte die falschen Medikamente und musste wieder ins Krankenhaus kommen.
- Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?: **Schnittstellenproblematik: Arzt darf Medikamentenausgabe per Anordnung an Pflege delegieren. Der Fehler hätte durch 4-Augen-Prinzip (Pflege) vermieden werden können.**
- Kam der Patient zu Schaden?: nein
- Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?:
- Medikation (Medikamente beteiligt?)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)
- Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr auf?: erstmalig
- **Wer berichtet?:** Arzt / Ärztin, Psychotherapeut / Psychotherapeutin

Пример

Sauerstofftherapie: Wie hoch muss nach die Sauerstoffsättigung sein?

Ich habe von einem Kollegen die Information erhalten, dass es in Deutschland (ich selbst bin Ärztin aus der Ukraine) ganz normal ist, mit Sauerstofftherapie eine Sauerstoffsättigung von 89 - 92% im Schlaf zu haben. Stimmt das? Wo kann ich dieses Vitalparameterverständnis nachlesen? Können Sie mir eventuell einen Link empfehlen?

Zur Frage

Zur Frage im neuen änd

- **Кислородотерапия.**

Какая сатурация кислорода необходима во время сна?

Я получила информацию от коллеге, что в Германии, я сама с Украины, вполне нормально, что при кислородотерапии во время сна нормальная сатурация кислорода от 89- 92%

Где я могу это прочитатъ?

Можете ли Вы мне сообщить пфал в интернете?

Путаница в месте операции



Перепутали пациента



1/30.000 ОП, 500 в год в Германии

Менеджмент ошибок

LMU

LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Fehlermanagement



Рекомендации по профилактике хирургических манипуляций

Empfehlungen zur Prävention von Eingriffsverwechslungen

1



Identifikation Patient

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

Индентификация

- wann?
- Richtiger Patient
 - Namen und Geburtsdatum sagen lassen und prüfen
 - Eingriffsort
 - im Gespräch mit dem Patienten bestätigen
 - Eingriffsort
 - aktiv fragen und zeigen lassen
 - Angehörige einbeziehen (vor allem bei Kindern und nicht urteilsfähigen Patienten)
 - Abgleich mit Akten und Bildern

2



Markierung Eingriffsort

wer? – Operateur, aufklärender Arzt, voll informierter Arzt

Маркирование места операции

- wann?
- richtiger Patient
 - Eingriffsort
 - Eingriffsort
 - Patienten aktiv einbeziehen
 - Eingriffsort zeigen lassen
 - Angehörige einbeziehen
 - Markierung
 - nur Eingriffsort
 - eindeutige Zeichen (Kreuz, Pfeil, Initialen)
 - nicht abwischbarer Stift
 - mehrere Eingriffsorte: alle markieren

3



Zuweisung zum richtigen OP-Saal

wer? – definierte, verantwortliche Person

Транспор в ОП- зал

- wann?
- Patientenidentität
 - Namen und Geburtsdatum prüfen
 - Eingriffsart
 - prüfen und bestätigen
 - Eingriffsort
 - prüfen und bestätigen
 - Markierung prüfen
 - mit Abgleich
 - wenn möglich aktive Beteiligung der Patienten
 - Saalcheck
 - Zuweisung zum OP-Saal überprüfen

4



Team-Time-Out vor Schnitt

wer? – OP-Team
– initiiert durch definierte, verantwortliche Person

Check-out

- wann?
- Letztes Innehalten – letzte Richtigkeitsprüfung
 - Mittels Minischekliste
 - richtiger Patient (Namen und Geburtsdatum)
 - Eingriffsort
 - Eingriffsort
 - Aufnahmen bildgebender Verfahren
 - Richtige Implantate verfügbar
 - Alle Punkte durch OR bestätigen
 - Durchführung des Team-Time-Out dokumentieren



Jede Unstimmigkeit sofort klären



Jede Unstimmigkeit sofort klären



Ohne Markierung keine Anästhesie



Bei Unstimmigkeiten kein Schnitt



Недостатки

- Часто тривиальные случаи
- Содержание сообщений зависит от отправителя, поэтому сравнение качества и актуальности сообщения невозможно
- Сообщения зависят от формуляра.
- Сообщения об ошибках и системы обучения должны быть дополнены и разработаны другими методами исследования обеспечения медицинской помощи

Заключение

Не обязательно делать какие-либо ошибки, чтобы учиться у них

- Анонимность сообщений и независимость системы CIRS
- Доступны в любое время дня и суток
- Данные быстро разрабатываются и доступны для пользователей
- Система пригодна для сообщений «атипических» состояний
- Доступны для всех работающих в системе здравоохранения
- Служит улучшению качества медицинской помощи во всех звенья здравоохранения

Самая большая ошибка,
которую можно сделать в
жизни- это страх сделать
ошибку.

D. Vonhoeffler (1906-1945)

One World
One Medicine

