



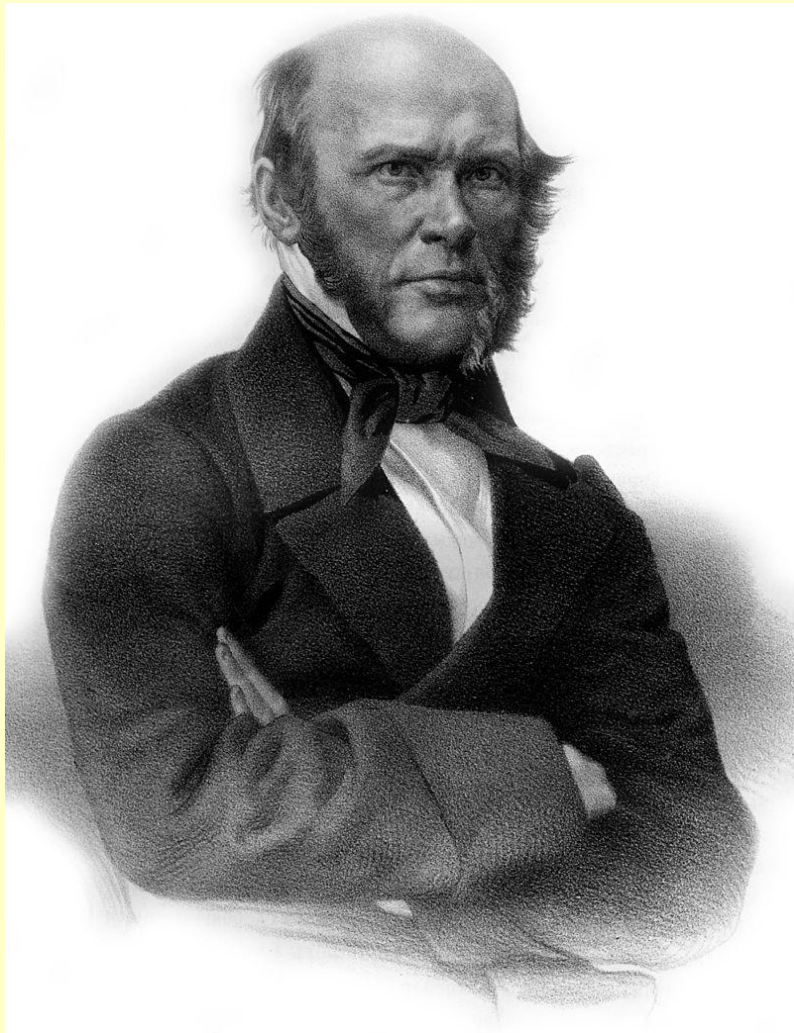
Врачебная палата Германии  
Немецкое респираторное общество.  
EAMA



1

Empfehlungen zur Einführung von Critical Incident Reporting Systemen (CIRS)

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

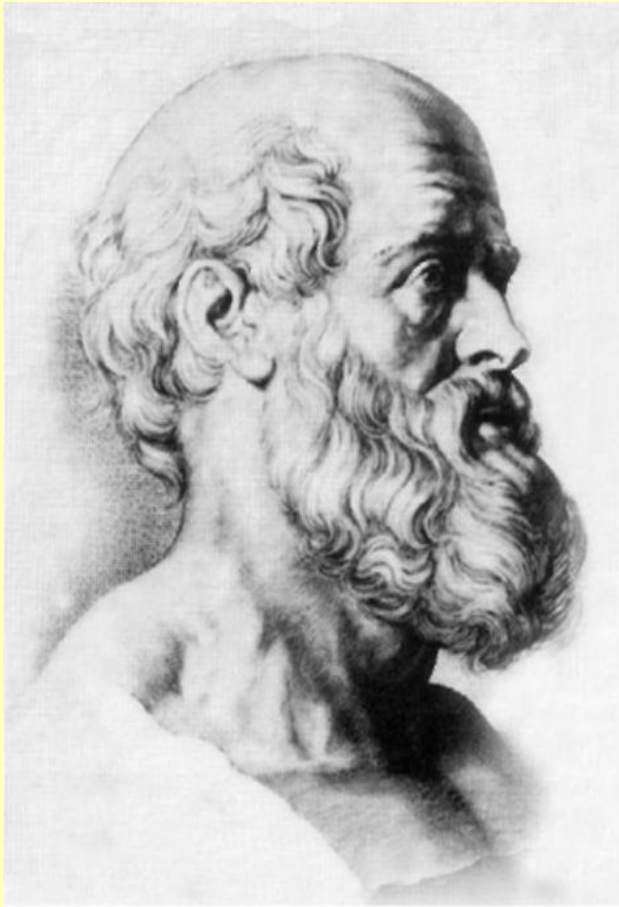


Н. И. Пирогов

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

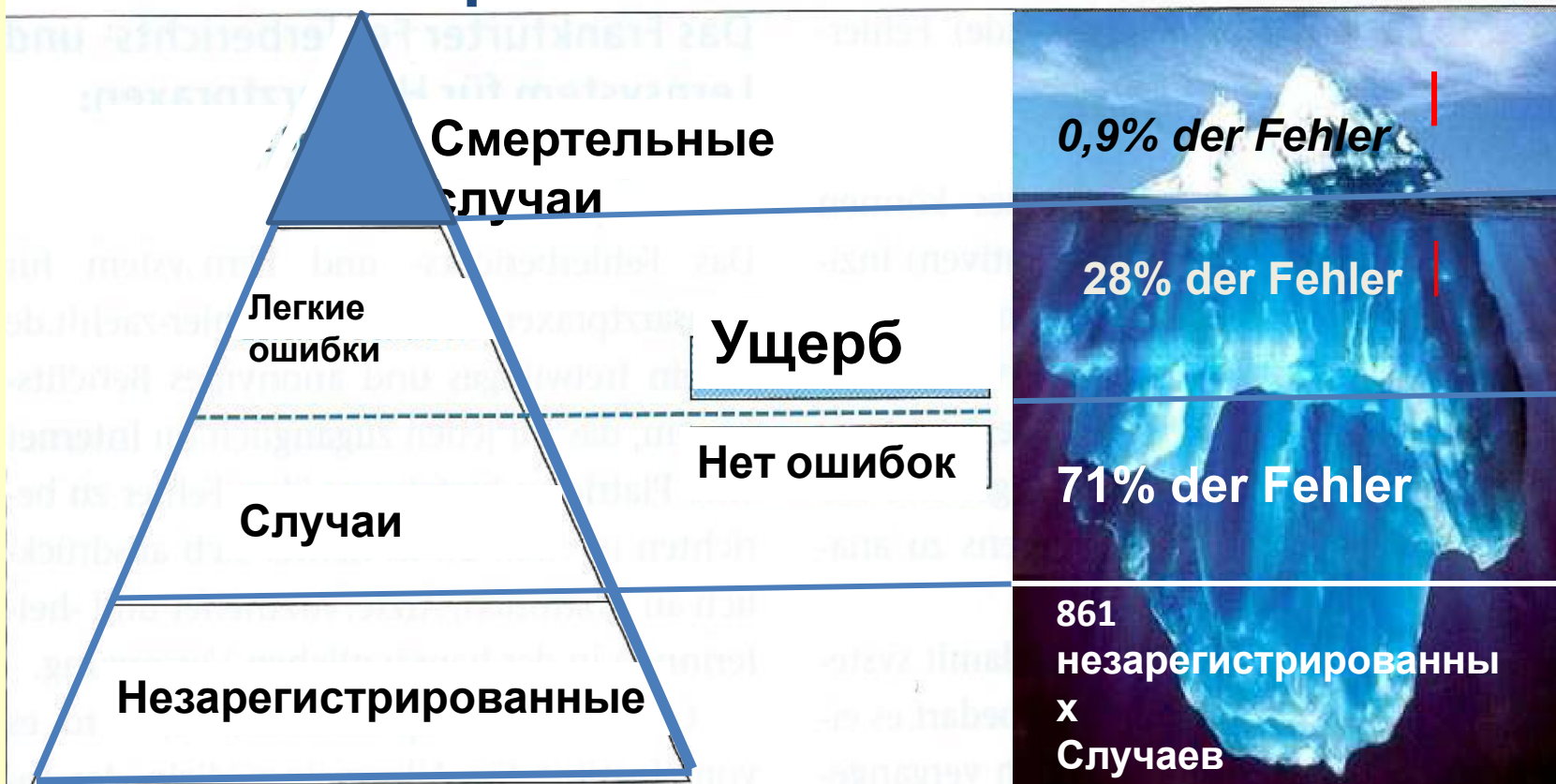


# Причины врачебных ошибок <sup>5</sup>

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

# Законы случайности Генри

## Закон Генриха



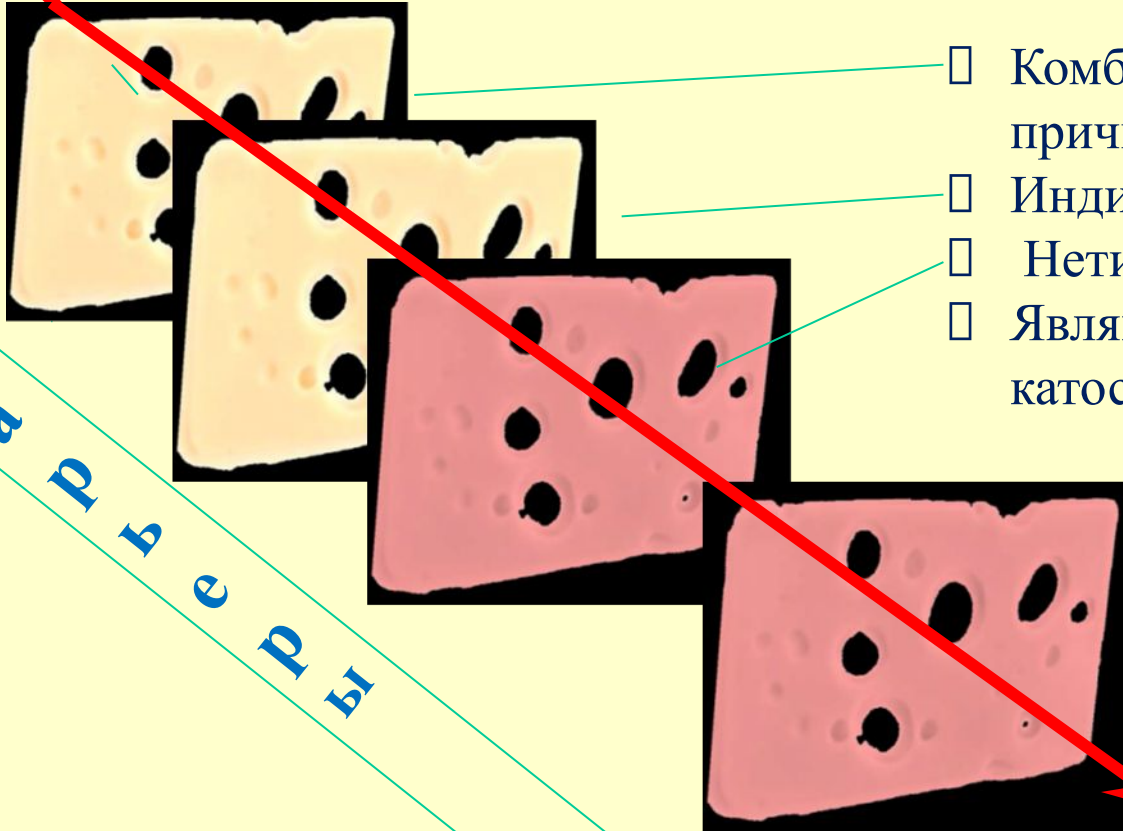
SEE-2 Studie, BMJ



# 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													
<b>Альсгруппе дес Пат. (falls betroffen)</b> <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															
<b>Гесчлехт дес Пат. (falls betroffen)</b> <input type="checkbox"/> мэннлнх <input type="checkbox"/> веблнх															
<b>Во ists дас Ereignis passiert?</b> <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"/> _____															
<b>In welchem Zusammenhang fand das Ereignis statt?</b>															
<b>Was ist passiert?</b>															
<b>Was war das Ergebnis?</b>															
<b>Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?</b>															
<b>Kam der Pat. zu Schaden (falls bekannt) ?</b>															
<b>Welche Faktoren trugen zu dem Ergebnis bei? (Mehrfachnennung möglich)</b> <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: _____															
<b>Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefähr auf?</b> <input type="checkbox"/> nicht anwendbar <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> erstmalig															
<b>Wer berichtet (Berufsgruppe)?</b> <input type="checkbox"/> Rettungsfachpersonal <input type="checkbox"/> (Not-)Arzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Praxispersonal <input type="checkbox"/> _____															
CIRS-Meldebogen_01 Version 1.0		<table border="1"> <tr> <td>erstellt</td> <td>Beckers B/ Glömann B/ Bergreth B</td> <td>10.09.14</td> <td>ALRD</td> </tr> <tr> <td>geprüft</td> <td>Neulesen D</td> <td>15.09.14</td> <td>RD</td> </tr> <tr> <td>freigegeben</td> <td>Beckers B</td> <td>20.09.14</td> <td>ALRD</td> </tr> </table>		erstellt	Beckers B/ Glömann B/ Bergreth B	10.09.14	ALRD	geprüft	Neulesen D	15.09.14	RD	freigegeben	Beckers B	20.09.14	ALRD
erstellt	Beckers B/ Glömann B/ Bergreth B	10.09.14	ALRD												
geprüft	Neulesen D	15.09.14	RD												
freigegeben	Beckers B	20.09.14	ALRD												
		<table border="1"> <tr> <td>gültig ab</td> <td>01.10.14</td> </tr> <tr> <td>ungültig ab</td> <td>_____</td> </tr> </table> Seite 1 von 1		gültig ab	01.10.14	ungültig ab	_____								
gültig ab	01.10.14														
ungültig ab	_____														

# Сеть CIRS-свободный доступ для всех врачей

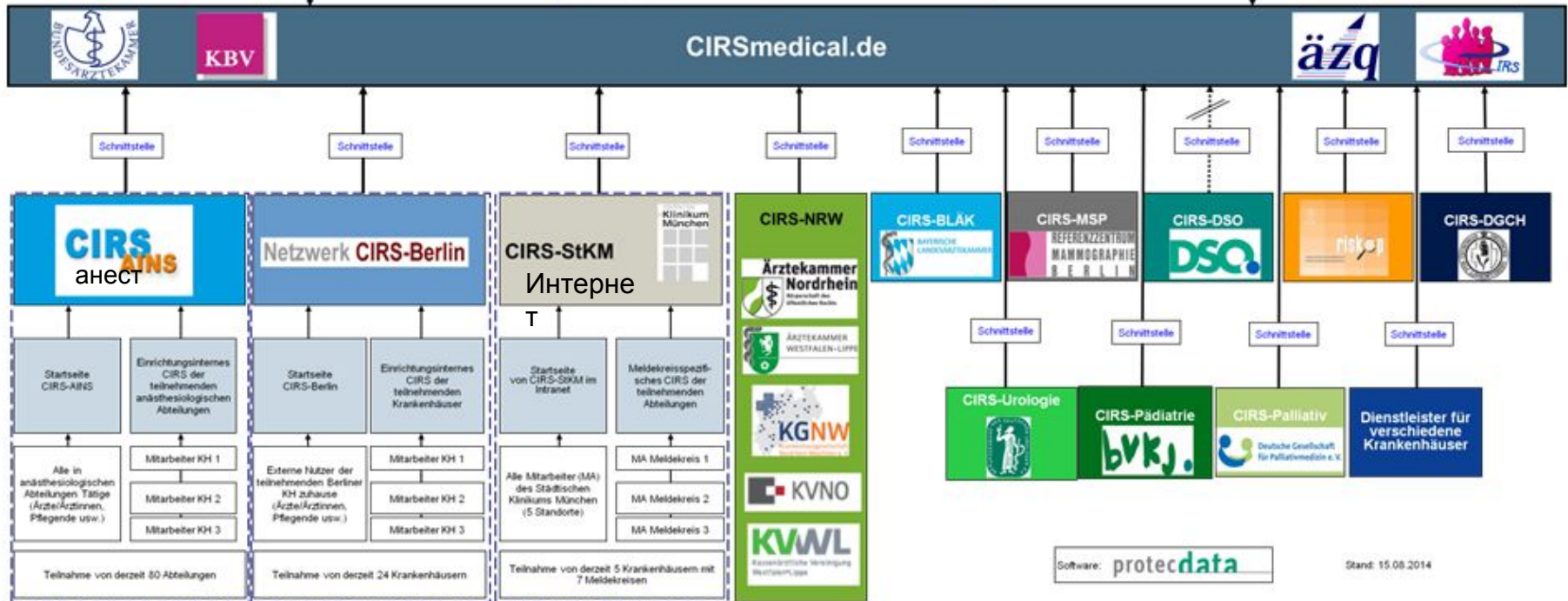
[www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de)

[www.forumpatientensicherheit.de](http://www.forumpatientensicherheit.de)

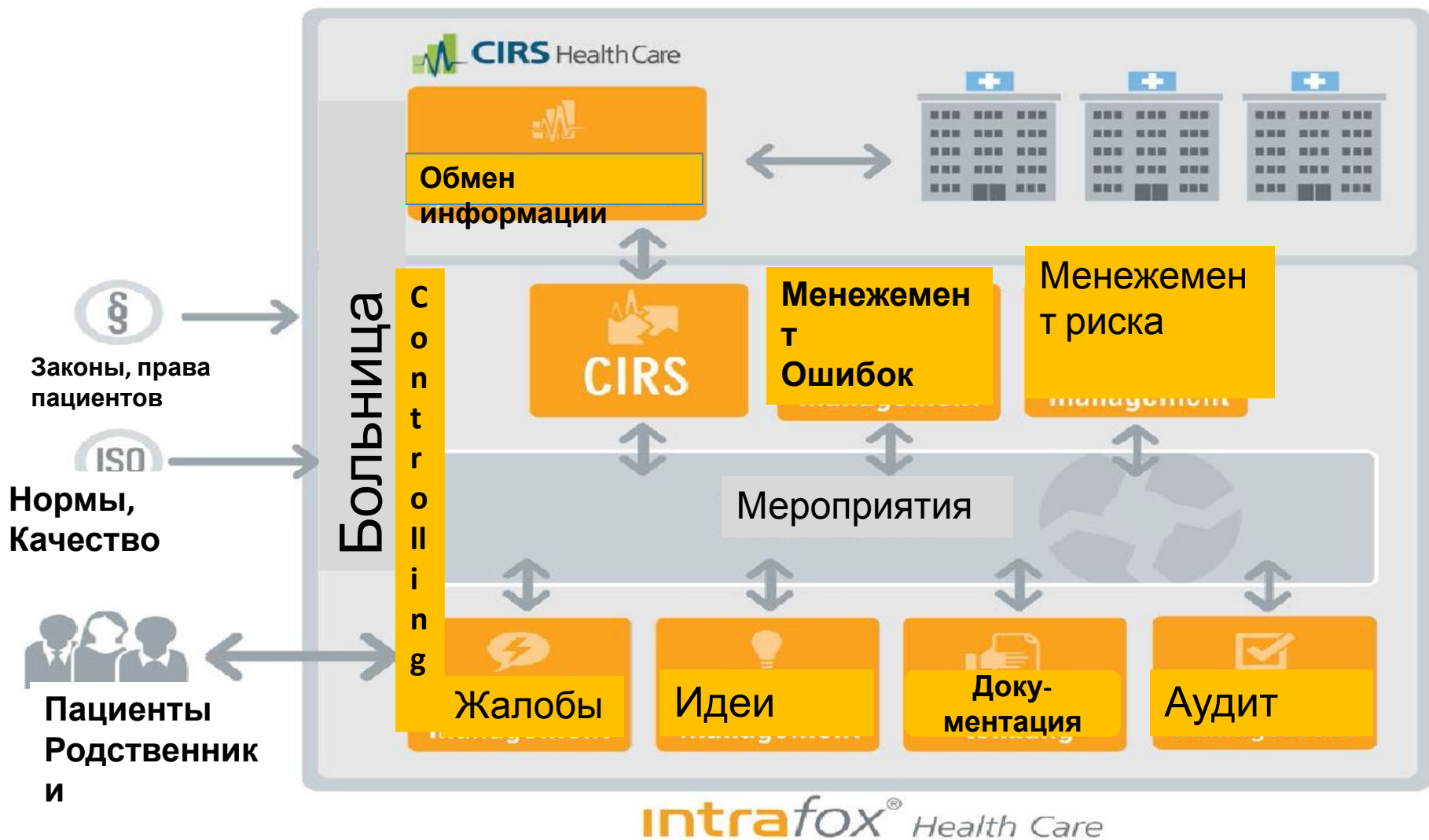
**Интеграция с другими проектами**

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

- wie?
- 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

- wie?
- 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

- wie?
- Patientenidentität
    - Namen und Geburtsdatum prüfen
  - Eingriffsart
    - prüfen und bestätigen
  - Eingriffsort
    - prüfen und bestätigen
  - Markierung prüfen
    - mit Abwischblech
    - wenn möglich aktive Beteiligung des Patienten
  - Saalcheck
    - Zuweisung zum OP-Saal überprüfen

4



##### Team-Time-Out vor Schnitt

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

##### Check-out

- wie?
- 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

