



Fall des Monats März 2018

Verabreichung von i. v.-Medikamenten

Fall-Nr.: 166667

Was ist passiert?

i.v. Medikament beim falschen Patienten gespritzt, da neue Mitarbeiterin noch keine i.v. Schulung hatte und eine andere Mitarbeiterin es nebenbei (selber mehrere Patienten zu versorgen) ohne das sie den Patienten kannte spritzen musste.

Was war das Ergebnis?

leer

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Patient nebenbei gespritzt ohne ihn zu kennen, da er/sie nicht zu den zu betreuenden Patient zählte. Hohes Arbeitsaufkommen zu wenig kommuniziert, hieß nur spritz mal bitte. Keine Info wo im Zimmer der Patient liegt (Vorne/hinten) es wurde auch nicht nachgefragt. Zeitlich nicht machbar gewesen, um mehr zu kommunizieren. Neue Mitarbeiterin hat keine i.v. Schulung, da diese zur Zeit nicht angeboten wird.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? monatlich

Kam der Patient zu Schaden? nein

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)

Altersgruppe: *leer*

Geschlecht: *leer*

Zuständiges Fachgebiet: *leer*

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? *leer*

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal



Kommentare

Kommentar des Anwenderforums:

In vielen Krankenhäusern wird die Gabe von i.v.-Medikamenten (in liegende venöse Katheter) nach entsprechender Schulung und der Ausstellung eines „Spritzenscheins“ an Pflegekräfte delegiert (ein Nachweis über die Befähigung zur Applikation von Injektionen, wenn diese nicht schon durch den jeweiligen Ausbildungsabschluss nachgewiesen ist). Auch in dem Haus, aus dem dieses Ereignis berichtet wird, ist dies so geregelt. Dieses System hat hier grundsätzlich funktioniert – die Pflegekraft, „deren Patient“ das Medikament intravenös erhalten sollte, hatte die entsprechende Schulung noch nicht erhalten und bat daher richtigerweise um Unterstützung.

Daher soll es in diesem Kommentar nicht um die Delegation ärztlicher Leistungen gehen. Diskutiert werden soll dagegen bei diesem Ereignis die Frage, wann üblicherweise festgestellt wird, ob die Mitarbeiter in der jeweiligen Schicht über die hier geforderte Qualifikation verfügen – zum Schichtbeginn oder gegebenenfalls erst dann, wenn die i.v.-Medikamente gegeben werden sollen?

Ein weiterer Aspekt dieses Ereignisses ist die Kommunikation zwischen den Pflegekräften; der Bericht weist darauf hin, dass kaum Zeit dafür gewesen sei. Und hat die helfende Kollegin nachgefragt, z. B. wo genau der Patient liegt und wie er heißt, oder war auch für eine Nachfrage keine Zeit?

Ein dritter Aspekt betrifft den Prozess der Zubereitung der i.v.-Medikamente und deren Kennzeichnung, bevor sie appliziert werden. Ist die Kennzeichnung der Spritzen eindeutig (Name des Medikamentes, Dosierung, Zeitpunkt der Applikation, Vorname und Name des Patienten, ggf. Geburtsdatum)? Wird ein vorbereitetes Medikament noch einmal mit der Anordnung verglichen, bevor der Patient es erhält?

Der wichtigste Aspekt ist jedoch die Patientenverwechslung (und diese kann bei falschem Vorgehen jedem unterlaufen, ungeachtet der Qualifikation). Die aktive Patientenidentifikation ist mittlerweile der „Goldstandard“; dennoch finden sich nach wie vor z. B. in vielen CIRS-Systemen aktuelle Berichte über Patientenverwechslungen. Leider gibt es zur Umsetzung dieses Standards im klinischen Alltag kaum Daten: In manchen Häusern des Netzwerks wird in Audits erfragt, wie die Patientenidentifikation erfolgt. In anderen wird die Einhaltung der aktiven Identifikation stichprobenartig in teilnehmenden Beobachtungen überprüft.



Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Die korrekte Identifikation des Patienten muss immer aktiv erfolgen:

Dabei werden vom Patienten Vorname, Nachname und Geburtsdatum erfragt („Wie heißen Sie und wann sind sie geboren?“). Dies muss immer dann erfolgen, wenn man den Patienten nicht oder nicht sicher genug kennt. Insbesondere bei einer i.v.-Gabe, bei der die Wirkung eines Medikamentes sehr schnell eintritt, kann eine Patientenverwechslung fatale Folgen haben. Eine Identifikation eines Patienten anhand des Zimmers, des Bettplatzes im Zimmer oder des Namensschildes am Bett ist auf keinen Fall ausreichend! Ein Identifikationsarmband kann dagegen dann genutzt werden, wenn der Patient sich selbst nicht äußern kann.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. hat bereits im Jahr 2008 eine „Handlungsempfehlung zur sicheren Patientenidentifikation“ veröffentlicht und diese insbesondere in Bezug auf die medikamentöse Therapie in der Checkliste „Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus“ (2015) nochmals bestätigt (<http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>).