

Fall des Monats Mai 2023

Vorbereitung der Schmerzmedikation

Fall-Nr.

245851

Was ist passiert?

Die Befüllung der Pumpe wurde durch den anästhesiologischen Dienst der ITS vorbereitet. Die Person schloss sich selbstständig die BtMs aus dem Tresor der Station auf, dabei wurden zum einen 2 mit "50 mg" beschriftete Oxycodon-Ampullen entnommen und irrtümlich in der Annahme, es wäre 100 mg Sufentanil, aufgebrochen. Dieser Irrtum wurde noch vor dem Einspritzen in den Ropivacain-Beutel bemerkt und deshalb wurde eine große Sufentanil-Ampulle à 250 mg aus dem Tresor entnommen. Hier wurde irrtümlich die gesamte Ampulle (5 ml) in den Ropivacain-Beutel gespritzt, ohne die korrekte Dosierung zu beachten. Der Person fiel im Gespräch beim Austragen der Patienten-Daten mit einer (nicht den Patienten betreuenden) Pflegefachkraft der Irrtum auf, so dass der jetzt schon gemischte Medikation Ropivacain und Sufenta verworfen wurde.

Was war besonders gut?

Die richtende ärztliche Person rückversicherte sich mit der die BtMs austragende Pflegefachperson über die korrekten und inkorrekten Medikamente und trug diese im Beisein der zweiten Person aus bzw. verwarf die falsche Zubereitung, so dass der Patient damit nicht in Berührung kam. Es wurde eine korrekte Mischung zur epiduralen Gabe nach Hausstandard gerichtet.

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

Verschnellerte Abläufe, mehrere, hintereinander zu übernehmende postoperative Patient*Innen in dem Dienst und dadurch bedingter Stress.

Die Pumpen werden im Anästhesiebereich oftmals eher durch die geschulte und routinierte Anästhesie-Pflege gerichtet als durch Ärzte. Fehlende Platzressourcen im Tresor durch viele vorrätig zu haltende Opiate und daraus resultierender Zurückhaltung, noch eine Opiat-Größe einzulagern. Die momentane Bestückung mit Sufentanil in der kleinsten und der größten Ampullen-Größe auf der ITS führt zum Umdenken beim Richten und es muss entweder aus vielen kleinen Ampullen oder aus einer zu großen Ampulle entnommen werden und noch anschließend Medikamenten-Rest verworfen werden. Dies ist ungünstig.

ASA Klassifizierung: ASA II

Patientenzustand: Pat. wurde gerade postoperativ aus dem OP übernommen; die den Patienten einleitende Anästhesie hatte intraoperativ einen PDK gelegt, laut Schema sollte Pat. dann mit PCEA zur Steuerung der zu erwartenden Schmerzen versorgt werden. Der Patient war bei Übernahme wach, adäquat ansprechbar und konnte sich ausreichend bewegen, sowie seine Situation einschätzen. Patient kam ohne laufende/ vorbereitete Analgesie aus dem OP.

Wichtige Begleitumstände: Zu dem Zeitpunkt musste aufgrund einer größeren Material-Rückrufaktion die sonst über Schmerzpumpen [Produktname] laufende PCEA-Therapie über Spritzenpumpen [Produktname], ohne Bolus-Funktion, laufen. Der Pat. kam ohne vorbereitete Pumpe aus dem OP/ AWR, sodass auf der ITS die Befüllung der Spritzenpumpe mit Perfusor-Spritze mit Medikamenten-Mischung gerichtet wurde.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? Ein- bis zweimal im Quartal

Zuständiges Fachgebiet: Anästhesiologie

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten? ITS / IMC

Tag des berichteten Ereignisses? Wochentag

Versorgungsart: leer

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal

Kommentar des Anwender-Forums

Der vorliegende Bericht nennt eine Fülle von Faktoren, welche die Entstehung eines zweifachen Fehlers begünstigten. Zunächst wurde der falsche Wirkstoff aus dem BTM-Tresor entnommen und musste verworfen werden. Anschließend wurde der richtige Wirkstoff entnommen, aber in einer zu hohen Dosierung zur Vorbereitung der Spritzenpumpe verwendet. Auch diese Zubereitung musste verworfen werden.

Glücklicherweise wurde beides bemerkt, bevor die Medikamente verabreicht wurden. Das Anwenderforum betont die gute gegenseitige Rückversicherung und Rückkopplung zwischen Ärzt:in und Pflegefachkraft. Letztlich wurde die korrekte Mischung hergestellt, das Betäubungsmittel verworfen und offenbar korrekt ausgetragen.

Dieser Bericht geht über die klassische Medikamentenverwechslung aufgrund einer Look-Alike-Problematik hinaus. Da im vorliegenden Bericht ein Materialrückruf Auslöser einer Kette von nachfolgenden Änderungen gewohnter Prozesse war und somit die Fehlerentstehung entscheidend begünstigt hat, legt das Anwenderforum in seiner Diskussion den Fokus auf die Auswirkungen von Materialrückrufen.

Durch den Rückruf der Schmerzpumpen wurde die Pumpe nicht im OP bestückt und der Patient ohne vorbereitete bzw. laufende Medikation auf die ITS verlegt. Dadurch wurde der Prozess des Anfertigens der Mischung von den routinierten Anästhesiepflegekräften im OP auf die ITS verlagert. Der anästhesiologische Dienst der ITS ging davon aus, dass der BTM-Tresor auf der ITS identisch bestückt sei wie der Tresor im Anästhesiebereich, was wiederum die Verwechslungen begünstigte.

Das Anwenderforum diskutiert Folgendes: Durch den Materialrückruf ändert sich die Verantwortlichkeit zunächst einmal nicht automatisch. Ist die Frage „Was passiert nach dem Materialrückruf?“ und der Übergang der Aufgaben überhaupt bis zum Ende durchdacht und

vorab kommuniziert worden („Unsere Patient:innen kommen ab jetzt vorübergehend ohne vorbereitete Schmerzmedikation aus dem OP auf die Station.“)?

Die Verwendung einer Spritzenpumpe stellt, anders als die Schmerzpumpe mit Bolusfunktion, keine patientenorientierte Schmerztherapie dar. Lag der Rückruf zum Berichtszeitpunkt schon länger zurück, so dass eine Alternative und damit eine Rückkehr zur patientenorientierten Schmerztherapie möglich gewesen wäre oder war der Rückruf so frisch, dass die Verwendung der Spritzenpumpen die einzige kurzfristige Lösungsmöglichkeit darstellte?

Zur Vermeidung ähnlicher Ereignisse empfiehlt das Anwenderforum:

- Bei zunehmenden Lieferengpässen und immer wieder auftretenden Rückrufen sollte ein generelles Vorgehen für den Umgang mit diesen Situationen etabliert und möglichst auch standardisiert werden.
- Dieses Vorgehen muss beinhalten, dass die verantwortlichen Bereiche alle Konsequenzen in ihrer Prozesskette nicht nur bis zur nächsten Schnittstelle, sondern bis zum Ende hin durchdenken. Im Zweifelsfall müssen sich die verantwortlichen Bereiche mit den Akteuren der nachfolgenden Prozessschritte abstimmen.
- Für besonders sensible Bereiche sollten vorab Szenarien durchdacht werden. Hier bis zum Ausfall abzuwarten, erhöht die Fehlerwahrscheinlichkeit.
- Eine gedankliche Inventur hilft dabei, Strukturen zu schaffen, die bei Lieferengpässen oder Materialausfall greifen. Dabei sollte risikobasiert vorgegangen werden: Welche Ausfälle oder Engpässe in meinem Bereich wären am schlimmsten und wofür brauchen wir unbedingt einen „Plan B“.

Der Bericht benennt die uneinheitliche Bestückung der BTM-Tresore als einen fehlerbegünstigenden Faktor. So sehr dies der Fall sein mag, ist das Anwenderforum sich einig, dass die naheliegende Vereinheitlichung der Bestückung aller Tresore keine praktikable Maßnahme darstellt und auch nicht wirtschaftlich sein dürfte. Dennoch kann eine kritische Überprüfung der jeweiligen Inventarlisten und allgemein der Größe der Tresore Verbesserungspotenzial aufzeigen.

Hinweis: Das Anwenderforum vermutet, aufgrund der üblichen Dosierungen von Sufentanil, dass im Bericht in Verbindung mit diesem Wirkstoff versehentlich die Größenangabe Milligramm anstelle von Mikrogramm verwendet wurde.

Stichworte: Darreichung/Verpackung, Medikamentenlagerung, Medikamentenausgabe/Vorbereitung, look alike