

Fall des Monats Mai 2024

Epileptischer Anfall nach Unterdosierung

Fall-Nr.

258746

Zuständiges Fachgebiet

Innere Medizin

Altersgruppe des Patienten

Erwachsener

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Ein Patient mit bekannter Epilepsie hatte einen epileptischen Anfall. Der Patient hatte Valproinsäure [Handelsname] 500 mg zweimal täglich per os. Der Patient hatte zwei Tage vor dem epileptischen Anfall eine reduzierte Dosis Valproinsäure erhalten. Die 500 mg-Tabletten waren wohl nicht verfügbar und das Pflegepersonal gab dem Patienten zweimal täglich 300 mg. Die abweichende Dosis wurde weder mündlich den Ärzt*innen mitgeteilt noch schriftlich in der elektronischen hinterlegt.

Was war das Ergebnis?

Epileptischer Anfall.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Schlechte Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Ärzt*innen, auch fehlende Dokumentation der Gabe einer anderen Dosis durch die Pflege.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Medikation (Medikamente beteiligt?)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

Erstmalig

Wer berichtet?

Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:

Wenn Medikamente nicht vorrätig sind, muss der Pflegedienst den Ärztlichen Dienst darüber informieren. Pflegekräfte dürfen nicht eigenständig Wirkstoff/ Dosierung/ Applikationsform/ Dosisschema bei fest angesetzten Medikamenten anpassen. Eine Lösung muss durch den Ärztlichen Dienst festgelegt werden. Ggf. kommt eine Medikamentenumstellung infrage (z. B. anderes Präparat mit gleichem Wirkstoff).

Notfallmäßig kann eine Sonderbestellung vorgenommen werden. Bis zum Eintreffen des benötigten Medikamentes kann der*die Patient*in gebeten werden, dies aus seinem*ihrem eigenen Bestand zur Verfügung zu stellen. Später nach Lieferung in die Klinik, wird Verabreichtes entsprechend an den*die Patienten*in zurückgegeben.

Im beschriebenen Fall wäre u. U. eine dreimalige Gabe von je 300mg (Summe 900 mg/d, statt 1000 mg/d) angezeigt gewesen. Auch dies wäre ärztlich zu verordnen gewesen.

Parallel zur mündlichen Klärung ist die Anordnung bzw. Lösung des Problems für alle nachvollziehbar zu dokumentieren. Patient*innen sind bei Änderungen einzubeziehen und aufzuklären - auch, um Unsicherheiten zu vermeiden.

Kommentar des Anwender-Forums:

In diesem Fall wurde die Dosierung eines Antiepileptikums vom Pflegepersonal eigenmächtig reduziert, weil die Medikamente in der bisher verwendeten Dosierungsstufe nicht zur Verfügung standen. Statt 2 x 500 mg Valproinsäure wurde 2 x 300 mg verabreicht. Eine Kommunikation im Team fand nicht statt, ein Vermerk in der elektronischen Akte erfolgte nicht.

Empfehlungen

- Bei Unstimmigkeiten in der Medikation muss der Pflegedienst immer den ärztlichen Dienst kontaktieren.
- Ärztliche Anweisungen dürfen durch die Pflege nicht geändert werden. Das betrifft nicht nur die Dosis, sondern auch den Wirkstoff, die Applikationsform oder den Einnahmezeitpunkt.
- Fehlen in der Klinik Medikamente, ist es besser, ausnahmsweise und vorübergehend auf die Medikamente der Patient:innen zurückzugreifen als unkritisch die Dosis zu verändern.
- Für verschiedene Erkrankungen gibt es Medikamente, die nicht durch andere Medikamente gleichen Wirkstoffs oder andere Einnahmeschemata ersetzt werden dürfen. Hilfreich wäre es, eine Liste mit diesen Medikamenten zur Verfügung zu stellen.
- Manche Krankenhausinformationssysteme können eine Rückmeldung geben, wenn Medikamente anders gegeben werden als vorgesehen. Auf dieser Basis wäre eine schnelle Reaktion auf die Problematik möglich. Dazu ist es erforderlich, dass die abweichende Gabe im System dokumentiert ist.