



## Fall des Monats Januar 2012

### Ein Fall FürSorge

Fall-Nr: 17589

#### Was ist passiert?

Durch eine/n Auszubildende/n wurde eine Spritze mit einem nicht-depolarisierenden Muskelrelaxans (Rocuronium) versehentlich mit einem Opioid-Klebchen (Sufentanil) versehen. Der opioidadaptierte/n Patient/in nach Langzeitbeatmung wurde im OP vor Narkosebeginn in der Annahme der Opioidtoleranz vor Einleitung das vermeintliche Sufentanil appliziert (der Anästhesist hatte bereits mehrfach bei dem/der selben Pat. Narkosen durchgeführt und vor Einleitung regelmäßig eine entsprechende Dosis Opiod an dem/r wachen Pat. appliziert). Erster Hinweis auf eine Verwechslung war der rapide O2-sat-Abfall bei der/m Patient/in. Es erfolgte die sofortige Maskenbeatmung und Narkoseeinleitung mit Propofol, Rocuronium. Der O2-sat-Abfall konnte sofort korrigiert werden. Erst nach genauerer Sichtung der Medikamente und Zählung der Opioid-Ampullen wurde die Verwechslung erkannt.

#### Was war das Ergebnis?

Pat. nahm keinen Schaden.

#### Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Unerfahrenheit der/s Auszubildenden, evtl. zu frühes selbstständiges Aufziehen der Medikamente.

Generell böte sich evtl. an, beim Aufziehen von Medikamenten in Spritzen dem Applizierenden die entsprechende Ampulle zu zeigen bzw. dem Aufziehenden, wenn er/sie Auszubildende/r ist, die Ampullen hinstellen und nicht darauf zu vertrauen, dass er das richtige Medikament nimmt. Dies ist im OP-Routinebetrieb sicher nur begrenzt praktikabel.

#### Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Erstmalig

#### Kam der Patient zu Schaden?

nein

#### Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

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

**Altersgruppe:** 31-40

**Geschlecht:** Unbekannt

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie



**In welchem Kontext fand das Ereignis statt?** Invasive Massnahmen (Diagnostik / Therapie)

**Wo ist das Ereignis passiert?** Krankenhaus

**Versorgungsart:** Routinebetrieb

**Wer berichtet?** Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

### Kommentare

#### **1. Kommentar:**

Liebes CIRS-Team

Die Verwechslung von Medikamenten und das Problem, dass der applizierende Arzt meist die Medikamente nicht selber aufzieht, kann leider immer auftreten und ist unabhängig vom Ausbildungsstand des Kollegen.

Ein Verfahren, dass die Verwechslung von Medikamenten minimieren kann habe ich in England kennen gelernt. Das "4-Augen-Prinzip" wird dort nicht nur bei Bluttransfusionen sondern auch bei JEDEM Medikament (und wirklich bei jedem) angewendet. Dort wird jede Ampulle vor dem Aufziehen von einer 2. Person (meist eine Schwester) gegen geprüft.

Dieses Kontrollverfahren wird dem Pflegepersonal und den jungen Ärzten zu Beginn der Ausbildung antrainiert und hat, was ich bemerkt habe, sehr gut funktioniert.

In dem vorliegenden Fall ist es der Routine und der Umsicht der Anästhesisten zu verdanken, dass der Patient keinen bleibenden Schaden genommen hat..

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

#### ***CIRS-Team im Krankenhaus:***

Hinweis an Mitarbeiter, Auszubildende und Praktikanten bei der Arbeit am Patienten zu beaufsichtigen und anzuleiten und Ergebnisse zu überprüfen. Berücksichtigung des jeweils zutreffenden Tätigkeits-/ Ausbildungskataloges.

CIRS Team empfiehlt bei der Anleitung von Auszubildenden und Praktikanten, die aufgezogenen Ampullen an die Spritzen anzukleben und damit den Inhalt nachzuweisen.