



Fall des Monats Februar 2013

Vermeintlich fehlende Pinzette nach OP

Fall-Nr.: 32179

Was ist passiert?

Zum Ende einer OP wurde das Fehlen einer Pinzette von der instrumentierenden OP-Schwester gemeldet. Das Instrument war nicht zu finden, die Patientin musste mittels C-Bogen geröntgt werden. Im weiteren Verlauf wurde von einer anderen OP-Schwester berichtet, dass die Siebe neu bestückt und damit eine Pinzette weniger auf dem Sieb war.

Was war das Ergebnis?

Unnötige Röntgenuntersuchung der Patientin, ein Schaden ist nicht entstanden.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Unzureichende Kommunikation zwischen Sterilisationsabteilung und OP-Abteilung.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Erstmalig

Kam der Patient zu Schaden?

nein

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)

Altersgruppe: 21-30

Geschlecht: Weiblich

Zuständiges Fachgebiet: Frauenheilkunde/Geburtshilfe

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

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus::

Information im OP-Pflegeteam über nicht vollständig gepackte Siebe verbessern.

Rückmeldung an den Steri, dass alle nicht vollständigen Siebe deutlich gekennzeichnet werden müssen.



Kommentar des Anwenderforums:

Diskrepanzen bei Zählkontrollen sind nach einer aktuellen Studie nicht selten: Bei 9 % von über 1.100 Operationen wurden inkonsistente Zählkontrollen entdeckt (1). D. h. es wurden zu viele oder zu wenig Materialien gezählt.

Das Zählen der Instrumenten und Materialien VOR, WÄHREND und NACH der Operation sind ein wirksames Vorgehen, um das unbeabsichtigt Belassen von Fremdkörpern zu vermeiden oder – wie in diesem Fall - um am Ende auch wirklich sicher zu sein, dass kein Fremdkörper unbeabsichtigt im Körper des Patienten belassen wurde. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) hat sich in einer Arbeitsgruppe mit dieser Problematik befasst. Die Empfehlung „Jeder Tupfer zählt“ (2) ist im Internet verfügbar unter <http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/>.

Empfehlenswert ist ein gemeinsames Zählen des Instrumentier- und Springerdiensts nach dem Vier-Augen-Prinzip. Sofern dies nicht möglich ist, sollten die Zählergebnisse getrennt angesagt werden.

Beim Zählen der Instrumente ist darauf zu achten, dass diese paarweise aufgelegt werden. Außerdem ist in der Regel ein Abgleich mit der beigefügten Packliste im Sieb möglich, um Veränderungen schneller zu erkennen. D. h. dass die Packliste aktuell und verfügbar sein sollte.

Um eine möglichst praktikable und nachhaltige Vorgehensweise der Zählkontrolle zu entwickeln, empfiehlt das Aktionsbündnis Patientensicherheit eine interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Erarbeitung und schriftliche Festlegung (2).

- der Verantwortlichkeiten und der Aufgaben der beteiligten Personen,
- der Zählmethode,
- des Umfangs, der Häufigkeit und der Zeitpunkte der Zählkontrollen,
- der Vorgehensweise bei einem Teamwechsel und
- der Vorgehensweise bei Diskrepanzen bei den Zählergebnissen und bei beabsichtigt belassenen Materialien.

Literatur:

1. Rowlands A. Risk factors associated with incorrect surgical counts. AORN Journal 2012, Vol. 96, 272-284
2. APS 2009. „Jeder Tupfer zählt - Prävention von unbeabsichtigt belassenen Fremdkörpern im OP-Gebiet“