



Fall des Monats November 2014

Reiner Sauerstoff

Fall-Nr.: 111457

Was ist passiert?

Pat. von nasalem CPAP auf High-Flow gewechselt. Nach Anschluss bemerkt, dass O₂-Kalibration nicht möglich war. Nach Rücksprache mit Kollegen, die den Fehler ebenfalls nicht finden konnten, beschlossen High-Flow dennoch zu aktivieren (da Pat. zwar keinen vermehrten O₂-Bedarf hatte aber dennoch vom Highflow profitieren sollte). Kontrolle des Druckluftanschlusses und des O₂-Anschlusses o.K. Ca. 1 Stunde später Arzt im Zimmer anwesend, Mutter bemerkt "zu gute Sättigung" über langen Zeitraum (98%-100%). Durch Arzt erkannt, dass Druckluftanschluss nicht mehr richtig eingesteckt war und zudem im Gerät die falsche O₂-Zelle eingesetzt wurde. Daher war keine Kalibration möglich.

Was war das Ergebnis?

- Pat. bekommt (wahrscheinlich) über ca. 1 Stunde 100% Sauerstoff. Nach der erneuten Kontrolle wurde bemerkt, dass der Druckluftanschluss nicht mehr richtig eingesteckt war und dadurch die Kalibration von Anfang an gestört wurde.
- Trotz fehlerhaften Betriebes des High Flow wurde keine Alarmierung des Gerätes ausgelöst.

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

- Unwissenheit über das korrekte Einsetzen der richtigen O₂-Zelle (zwei unterschiedliche, aber dennoch gleich aussehende und gleich verpackte Zellen im Geräteraum vorhanden, nur durch unterschiedliche REF Nr. unterscheidbar)
- Gerät hätte erst eingesetzt werden dürfen nach erfolgreicher Kalibrierung
- Korrekte Kennzeichnung der O₂-Zellen: aufgrund des Ereignisses wird Liste erarbeitet mit korrekter Auflistung und für alle sichtbar am Produkt platziert.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

erstmalig

Kam der Patient zu Schaden?

Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten

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.)
- Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.) Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)



Altersgruppe: leer

Geschlecht: weiblich

Zuständiges Fachgebiet: Kinder- und Jugendmedizin

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

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal

Kommentare

Kommentar des Anwenderforums:

Eine mögliche Ursache für diesen Fall liegt darin, dass die Sauerstoffsensoren

- fast gleich aussahen,
- in das Gerät passten und
- die Bezeichnung auf dem Sensor nur auf eine Nummer, nicht aber auf ein bestimmtes Gerät verwies – ein typischer look-alike-Fall.

Dadurch entfiel die Funktionskontrolle des Gerätes (keine Sauerstoffkalibrierung möglich).

Dennoch wurde das Gerät am Patienten eingesetzt und darüber hinaus nicht geprüft, ob unter diesen Bedingungen ein Risiko für den Patienten bestand (erst die Mutter wies auf die Problematik hin).

Da das CPAP-Gerät nicht korrekt an den Druckluftanschluss angeschlossen war, erhielt der Patient reinen Sauerstoff, was bei nicht intakter Überwachung (falsche Sauerstoffmesszelle) nicht erkannt wurde.

Hier bestehen also nebeneinander Probleme der Medizintechnik (look-alike-Medizinprodukte und Bedienfehler), so genannte Ausrutscher (Druckluft nicht richtig angeschlossen) und falsche Entscheidungen (Gerät dennoch eingesetzt, keine Überwachung bei defektem Gerät).

Empfehlung:

In diesem Haus finden die Mitarbeiter die Information, welcher Sensor in welches Gerät gehört, nun unmittelbar vor Ort. Grundsätzlich sollten Verwechslungsmöglichkeiten bekannt sein und durch entsprechende Informationen (am Gerät, bei den Verbrauchsmaterialien) Verwechslungen vorgebeugt werden.

Die Überwachungsfunktionen von technischen Geräten sind von der Durchführung notwendiger Kontrollschritte abhängig. Kein Einsatz also ohne die notwendigen Kontrollen vorab!