

Fall des Monats August 2019

1. Fall: Endkontrolle der Siebe nach Sterilisation

Fall-Nr.

189431

Zuständiges Fachgebiet

Chirurgie

Altersgruppe des Patienten

Erwachsener

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Abbruch der OP eines Patienten, da auf dem sterilen Sieb eine Verunreinigung zu erkennen war und nur mit diesem Instrumentarium operiert werden konnte.

Was war das Ergebnis?

Belastung des Patienten, OP-Planung komplett durcheinander.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Endkontrolle Steri evtl. nicht zuverlässig.

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Ausbildung und Training
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
- Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

Jährlich

Wer berichtet?

Andere Berufsgruppe

Weitere Berichte

- Fall-Nr.: 190112 – Unvollständiges OP-Sieb
- Fall-Nr.: 185735 – Weiteres Instrument außer Plan benötigt

Fall des Monats August 2019

2. Fall: Unvollständiges OP-Sieb

Fall-Nr.

190112

Zuständiges Fachgebiet

Chirurgie

Altersgruppe des Patienten

Erwachsener

Wo ist das Ereignis passiert?

Krankenhaus

Was ist passiert?

Im Sieb hat ein Instrumentenbestandteil gefehlt. Ein neues Sieb musste geholt und geöffnet werden.

Was war das Ergebnis?

Dadurch verlängerte sich die Zeit für den Patienten.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Leer

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)

Wie häufig ist dieses Ereignis bisher ungefähr aufgetreten?

Monatlich

Wer berichtet?

Arzt / Ärztin, Psychotherapeut/in

Weitere Berichte

- Fall-Nr.: 189431 – Endkontrolle der Siebe nach Sterilisation
- Fall-Nr.: 185735 – Weiteres Instrument außer Plan benötigt

Fall des Monats August 2019

Kommentare

Kommentar des Anwender-Forums (2019)

(Es liegen zwei weitere Berichte vor, in denen es ebenfalls um OP-Siebe ging.)

Weitere Fragen, die hilfreich sind für die Analyse dieses Ereignisses:

- War das Sieb bereits nach dem Gebrauch unvollständig?
- War das Sieb erst unvollständig, nachdem es aus der Sterilisation kann?
- Gibt es in dem Haus eine eigene Sterilisation oder wird dies an einen externen Dienstleister vergeben?
- Wie und wann erfolgt die Prüfung der Siebe auf Sauberkeit der Instrumente und Vollständigkeit?

Über fehlende Instrumente oder Bestandteile von Instrumenten sowie unzureichend sterilisierte OP-Siebe (Fallnr. 189431, 185735) und die dadurch bedingte Verzögerung des Narkose- und Operationsverlaufs (bisweilen sogar Abbruch einer Narkose) wird immer wieder berichtet. Aus diesem Grund ist die Prüfung der Operationsausrüstung auch Bestandteil der Checkliste „Sichere Chirurgie“, um so Schaden vom Patienten abzuwenden.

Das Anwender-Forum geht davon aus, dass es zu allen Sieben auch immer eine Packliste gibt – in der mangelnden Information, welche Instrumente in welches Sieb gehören, ist vermutlich nicht die Ursache für das hier berichtete Ereignis zu suchen. In einem Haus des Netzwerks werden Siebe, auf denen Material fehlt, entsprechend auf dem Etikett gekennzeichnet.

Bereits (spätestens?) bei der täglichen morgendlichen OP-Planung und in der Vorbereitung des OP-Saals wird geprüft, ob die erforderlichen Siebe (und Implantate) vorhanden sind. Je nach Haus, eingesetzter Checkliste und deren vollständiger Umsetzung wird die komplette Operationsausrüstung vor Einleitung der Narkose, manchmal aber auch erst vor dem Hautschnitt geprüft.

Fall des Monats August 2019

Kommentare

So gehört die abschließende Prüfung der Operationsmaterialien und -instrumente sowie Implantate (alle/s vorhanden, funktionsfähig und ordnungsgemäß sterilisiert?) vielerorts zur Abfrage im Team-Time-Out und zu diesem Zeitpunkt ist der Patient bereits in Narkose. Wenn in der Vorbereitung etwas vergessen wurde, fällt es spätestens jetzt auf.

Bei OP-Nachmeldungen oder Notfall-OPs ist eine engmaschige Abstimmung zwischen OP-Koordinator bzw. Operateur notwendig, damit die OP-Pflegenden die richtigen Vorbereitungen und Kontrollen durchführen können.

Ersatzinstrumente sind oft nur bedingt vorhanden, insbesondere wenn es sich um Leihsiebe oder Siebe für spezifische, nicht häufig durchgeführte Eingriffe handelt. In einem Haus des Netzwerks sind sogenannte Fallwagen angeschafft und parallel dazu Lagerkapazitäten für Operationsinstrumente reduziert worden. In einem Fallwagen befinden sich alle Materialien für die jeweilige Operation, sie werden in der Zentralsterilisation für die Mitarbeiter der OP-Pflege zusammengestellt. Dadurch sollen Prozesse und Artikelvielfalt vereinfacht und standardisiert werden. Lagerbestände vor Ort, d. h. im OP, sollen reduziert werden können. Wenn nun Instrumente in den Sieben fehlen oder aus anderen Gründen ersetzt werden müssen, kann wegen reduzierter Materialbestände im OP ggf. nicht mehr flexibel reagiert werden.

In einem anderen Haus des Netzwerks werden z. B. Leihsiebe gemeinsam durch Operateur, OP-Personal und Mitarbeiter der hauseigenen Sterilisationsabteilung geprüft (Vergleich des Inhalts mit der Packliste) und erst dann gewaschen, sterilisiert und verpackt. Auch die eigenen Siebe werden von allen drei Berufsgruppen geprüft.

In einem Haus des Netzwerks werden in einem monatlichen Jour fixe zwischen OP-Bereichsleitung Pflege und dem Dienstleister der Sterilisation Fragen und Probleme angesprochen und gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen besprochen.