



## Fall des Monats Mai 2013

### Patient auf falschem OP-Tisch

Fall-Nr.: 34898

#### Was ist passiert?

Patient auf falschen OP-Tisch gelagert.

#### Was war das Ergebnis?

Bereits narkotisierter Patient musste umgelagert werden.

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

- Mangelnde Ausbildung des Schleusenpersonals, andere Position im OP-Plan heißt nicht andere OP
- qualifiziertes Schleusenpersonal einsetzen
- Schulung
- Springer müssen den Tisch explizit freigeben

Ereignis tritt ca. 1x pro Woche ein.

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

*Monatlich*

#### Kam der Patient zu Schaden?

nein

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

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Ausbildung und Training

**Altersgruppe:** 61-70

**Geschlecht:** Weiblich

**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie

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

**Wo ist das Ereignis passiert?** anderer Ort: OP-Schleuse

**Versorgungsart:** Routinebetrieb

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



## Kommentare

### ***Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:***

1. Es gibt erkennbar unterschiedliche OP-Tische; diejenigen, die gleich oder ähnlich aussehen, sind durch feste Aufkleber am Untergestell gekennzeichnet.
2. Es gibt ein ausführliches Lagerungshandbuch mit Anweisungen zur Lagerung für jede OP, für jeden Operateur mit Beschreibungen des Tisches, der Tisch-Ausstattung und -Einstellung, Unterlagen und sonstiges Zubehör. Jede Seite dieses Handbuches ist laminiert in der Schleuse ausgehängt und auf diese Weise jederzeit ohne Aufwand einsehbar.
3. 2 Praktikanten haben ihren Arbeitsplatz in der Schleuse. Sie arbeiten mindestens 6 Monate im Bereich. Der dienstältere Praktikant arbeitet den Anfänger ein, dieser erhält außerdem eine fachliche Einweisung im ganzen OP mit Teilnahme an vielen Arbeitsschritten.
4. Seit der oben beschriebenen Fehlhandlung überzeugt sich der Springer jeden Saals präoperativ davon, dass der jeweils nächste Patient korrekt gelagert ist.

### ***Kommentar des Anwenderforums:***

Dieses Ereignis ist durch seine berichtete Häufigkeit brisant und, da jede Umlagerung eines Patienten in Narkose ein Risiko darstellt.

In der berichtenden Klinik sind die unterschiedlichen OP-Tische durch feste Aufkleber am Untergestell gekennzeichnet. Es gibt ein Lagerungshandbuch mit Anweisungen zur Lagerung für jede OP und für jeden Operateur mit Beschreibungen des Tisches, der Tisch-Ausstattung und -Einstellung, Unterlagen und sonstigen Zubehörs. Jede Seite dieses Handbuches ist laminiert in der Schleuse ausgehängt und auf diese Weise jederzeit ohne Aufwand einsehbar. Den-noch klappt der Ablauf nicht reibungslos. Warum?

Der Auslöser liegt in diesem Fall womöglich in der ungewöhnlichen Angabe des OP-Planes („andere OP“) und damit fehlerhafter Kommunikation begründet. Der Operationsplan ist das Mittel der Kommunikation im OP schlechthin! Bei Unklarheiten von Abkürzungen im OP-Plan hätte eine Nachfrage bei der OP-Leitung die Entstehung dieses Ereignisses verhindern können.

Eine korrekte Lagerung setzt u. a. die Kenntnisse über die anstehenden OPs und die zur Verfügung stehenden OP-Tisch-Systeme voraus. In der berichtenden Klinik sind die Mitar-



beiter an der Schleuse Praktikanten und keine entsprechend qualifizierten Lagerungspflegende - der dienstältere arbeitet jeweils den neuen ein.

Hier kommen also möglicherweise beide Faktoren Kommunikation und Ausbildung zusammen: Je qualifizierter die Mitarbeitenden, desto eher werden sie bei unklaren Angaben nachfragen und so kritische Ereignisse verhindern können!

### **Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:**

Die Angaben im OP-Plan sollten eindeutig sein oder die Möglichkeit vorsehen, dass bestimmte Lagerungen nur nach Rücksprache z. B. mit dem Operateur durchzuführen sind. Wenn die Mitarbeiter an der Schleuse interpretieren müssen, was mit den Angaben zur Lagerung gemeint sein könnte, ist das nächste vergleichbare Ereignis bereits vorprogrammiert! Die Übergabe des Patienten im OP könnte dann an den Anästhesisten und an den Springer erfolgen, der die Lagerung auf dem richtigen OP-Tisch bzw. das Vorhandensein der notwendigen OP-Tisch-Ausstattung vor Einleitung der Narkose prüft. So verfährt die Klinik nun, in der das Ereignis berichtet wurde.

Eine „Kultur“ des Stopp-Sagens und der Rückfragen ist hilfreich – wenn ein Mitarbeiter feststellt, dass etwas nicht stimmt, muss er oder sie auch den Betrieb aufhalten dürfen.