



Fall des Monats Juni 2014

Falsche Seitenmarkierung

Fall-Nr.: 104730

Was ist passiert?

Pat. kam in den Saal, hatte vorher auf Befragen durch die Anästhesie angegeben, dass das rechte Bein operiert werden soll (Checkliste Anästh.). Beim Lagern und Abdecken fiel auf, dass das linke Bein strumpffrei und markiert war. Am zu operierenden Bein war der Strumpf angezogen. Von den Operateuren wurde dann sichergestellt, dass das rechte Bein operiert werden soll (Einwilligung war nicht bei den Pat.-unterlagen).

Was war das Ergebnis?

Die richtige Seite wurde operiert.

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

Fehler auf der Station, OP-Einwilligung nicht da, mangelnde Aufmerksamkeit des markierenden Operateurs, Markierung wird erst im Einleitungsraum des OP angebracht.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?

Jährlich

Kam der Patient zu Schaden?

nein

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)

Altersgruppe: 51-60

Geschlecht: Männlich

Zuständiges Fachgebiet: Orthopädie

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

Wo ist das Ereignis passiert? leer

Versorgungsart: leer

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal



Kommentare

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:

1. Die Markierung sollte nicht erst im OP, sondern vor der OP-Vorbereitung des Patienten auf der Station erfolgen.
2. Nicht nur der Anästhesist, sondern auch der Operateur muss die bestehende Checkliste nutzen.
3. Die operative Aufklärung muss zumindest in Kopie bei den Patientenakten vorhanden sein.
4. Bei der OP-Vorbereitung auf der Station muss die vorzubereitende Seite sicher identifiziert werden: OP-Aufklärung, Seitenmarkierung des Operators, Patientenbefragung, OP-Programm.

Kommentar des Anwenderforums:

Gut, dass der Patient gefragt worden ist! Jedenfalls hat im berichteten Fall die Sicherheitsbarriere einer Checkliste geholfen, um eine Seitenverwechslung zu verhindern. Die OP-Einwilligung lag zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten nicht vor – der Operateur brachte sie in den Saal mit, als der Patient nach Anästhesieeinleitung bereits in den Saal gefahren worden war.

In diesem Fall geht es auch um das Zusammenspiel Praxis – Krankenhaus: Liegen alle Informationen und Dokumente aus der Praxis in der Klinik vor, wenn der OP-Plan geschrieben bzw. wenn der Patient aufgenommen wird? Um die Checkliste (auf Station, in der Schleuse etc.) einsetzen und die Seitenbezeichnungen (rechts/links) abgleichen zu können, müssen diese Unterlagen vorhanden sein.

Die beste Checkliste führt zu keinerlei Qualitätsgewinn oder Sicherheitszuwachs, wenn sie nicht benutzt wird. Es ist die Aufgabe aller Prozessbeteiligten und insbesondere der Führungskräfte, sich aktiv gegenseitig zu motivieren, zu erinnern, ggf. nachzufragen und zu kontrollieren und bestehende Checklisten vollständig abzuarbeiten. Checklisten sind jedoch nicht statisch. Es enthebt den Anwender nicht der kritischen Reflexion. Im Zuge eines ständigen Verbesserungsprozesses sind Checklisten in regelmäßigen Zeitabständen zu prüfen: Erreicht die Checkliste noch die Ziele, für die diese Checkliste einmal erarbeitet wurde, oder muss die Checkliste an geänderte Bedingungen angepasst werden?



Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Schon vor der Einführung einer Checkliste sollte folgendes beachtet werden: Die Compliance der Teammitglieder mit einer Checkliste und damit deren erfolgreiche Implementierung ist höher, wenn die Einführung und Anpassung interdisziplinär erfolgt und die Teammitglieder mit einbezogen werden.[1]

Ergänzend zu diesem Fallbeispiel sei an dieser Stelle auf das Team Time Out hingewiesen, das in vielen Kliniken als ein wichtiger Schritt in der Checkliste Sichere Chirurgie eingesetzt wird. Dieses Modell bietet unmittelbar vor Beginn der Operation die Möglichkeit Patientenverwechslungen, Seitenverwechslungen oder andere aufgetretene Fehler zu erkennen und zu verhindern. Fachgruppenübergreifend und unabhängig voneinander nennen vor dem eigentlichen Operationsbeginn

- der Operateur,
- der Anästhesist,
- die instrumentierende chirurgische Pflegekraft,
- die anästhesiologische Pflegekraft

den Namen des Patienten, die anstehende Operation, die zu operierende Seite des Patienten, die Vollständigkeit des Operationsbesteck, etc. Wie ausführlich das Team Time Out vor Operationsbeginn ausgearbeitet wird, begründet sich in den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort. Das Abarbeiten dieser Checkliste sollte jedoch 30 – 60 Sekunden nicht überschreiten.

Mehrere Fachverbände haben hierzu bereits Checklisten veröffentlicht; so findet man eine Version des WHO-Instruments auf der Homepage der Dt. Gesellschaft für Chirurgie <http://www.dgch.de/fileadmin/media/pdf/dgch/Sicherheitschecklist.pdf>.

Literatur:

[1] Bezzola P., Hochreutener M.A., Schwappach D. Operation Sichere Chirurgie: Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur - Team - Tools. Zürich; 2012. Schriftenreihe 5.