



Fall des Monats Oktober 2017

Müller, Meier, Schulze?

Fall-Nr.: 162444

Was ist passiert?

Ein Patient sollte ein Erythrozytenkonzentrat erhalten. Ein Arzt ging in das Patientenzimmer, um das Konzentrat anzuhängen. Als die Pflegekraft das Zimmer betrat, stellte sie fest, dass der Arzt beim falschen Patienten stand. Die Pflegekraft machte den Arzt darauf aufmerksam, dass das Konzentrat für den anderen Patienten im Zimmer bestimmt ist.

Alle Patienten hatten Namensschilder am Bett und konnten sich auf Fragen adäquat äußern.

Was war das Ergebnis?

Der richtige Patient hat das Konzentrat erhalten.

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

Arzt hätte sich erkundigen können, ob es sich um den richtigen Patienten handelt.

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.)

Altersgruppe: 61-70

Geschlecht: männlich

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin

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

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal



Kommentare

CIRS-Team im Krankenhaus:

Das CIRS-Team verweist zunächst auf das Qualitätsmanagementhandbuch "Organisation des Bluttransfusionswesens" im Haus (Transfusionsordnung). Weiterhin macht es darauf aufmerksam, dass beim Umgang mit Medikamenten die 10 R-Regel gilt.

1. Richtiger Patient
2. Richtiges Medikament
3. Richtige Dosierung
4. Richtiger Zeitpunkt
5. Richtige Darreichungsform
6. Richtige Aufbewahrung
7. Richtige Entsorgung
8. Richtige Dauer
9. Richtige Dokumentation
10. Richtiges Risikomanagement

Kommentar des Anwenderforums:

Patientenverwechslungen kommen leider weiterhin vor, auch wenn Maßnahmen für eine sichere Patientenidentifikation schon seit längerem gefordert und gefördert werden. Liegt das evtl. daran, dass man sich auf einzelne Maßnahmen wie das Anlegen von Armbändern verlässt?

Unabhängig von Patientenarmbändern und Namensschildern am Patientenbett gehört zur sicheren Identifikation immer eine aktive Patientenidentifikation: Das bedeutet, den Patienten zu fragen: „Wie heißen Sie (und wann sind Sie geboren)?“ Dann muss sich der Patient aktiv identifizieren.

Bei Transfusionen beginnt die sichere Identifikation des Patienten bereits vor der Abnahme der Kreuzprobe. Nur beim sicher identifizierten Patienten und nach Durchführung des Bedside-Tests darf transfundiert werden. Weitere Informationen online unter:

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf

Des Weiteren ist es sinnvoll, Patienten vorab darüber zu informieren, dass die häufigen Fragen nach ihrem Namen ihrer Sicherheit dienen. Da Patienten, wenn sie selbst eine Verwechslung erleben, äußerst verunsichert sind, und das Thema Verwechslung auch ohne eigenes Erleben von vielen Patienten als Risiko wahrgenommen wird, werden die meisten diese Informationen mit Verständnis aufnehmen.



Das Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet eine Broschüre für Patienten „Sicher im Krankenhaus“ an, in der auch die sichere Identifikation angesprochen wird: „Dazu werden Sie z. B. vor jeder Untersuchung, Behandlung, Medikamentenverabreichung oder vor jedem Transport nach Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum gefragt.“ Weitere Informationen online unter: <http://www.aps-ev.de/patienteninformation>

Und Achtung: Auch wenn man sicher ist, alle Patienten gut zu kennen: Vor invasiven Maßnahmen muss auch dann eine aktive Patientenidentifikation erfolgen. Für jede und für jeden gilt: Eine gehörige Portion Skepsis gegenüber der eigenen Fehlerlosigkeit kann Leben retten.