



Fall des Monats Juli 2018

Wer sind Sie eigentlich?

Fall-Nr.: 168500

Was ist passiert?

Pat. wurde ein subrapubischer Katheter von Pflegekraft (PK) gezogen, obwohl dies nicht angeordnet war. Dieses Ereignis passierte aufgrund einer Patientenverwechslung.

Was war das Ergebnis?

PK bemerkte erst hinterher, dass es ein sup. Katheter war.

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

1. Bettschild und Patientenarmband fehlte
2. Übergabeliste war unvollständig. (Info des sup. Kath. fehlte)
3. Patientin war schwerhörig und reagierte nicht auf Namen, der ausgerufen wurde.

Vermeidung:

Patienten spezifisch nach Kontaktdaten fragen, Bettschild und Patientenband anbringen.

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? erstmalig

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand etc.)

Altersgruppe: 71-80

Zuständiges Fachgebiet: Innere Medizin

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal



Kommentare

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:

Im Fall kam es zu einer Patientenverwechslung.

1.) Namensschild an Bett und Patientenarmband lagen nicht vor. Hier sollten die Abläufe während der Aufnahme überprüft werden. In der Abteilung ist eine Kennzeichnung aller Patienten mit Namensschild und Armband vorgesehen.

2.) Der Sonderfall eines suprapubischen Katheters sollte in der Pflegedokumentation hinterlegt werden.

3.) Die Identifikation des Patienten sollte vor Durchführung des Eingriffs eindeutig sein. Dabei sollte der Patient zu einer aktiven Identifizierung aufgefordert werden (Beispiel: "Herr/ Frau... können Sie mir bitte Ihren Vornamen/ Ihr Geburtsdatum nennen?"). Bei schwerhörigen Patienten ist dies besonders wichtig.

4.) Vor Entfernung eines Katheters sollte die Eintrittsstelle inspiziert werden. So wäre aufgefallen, dass selbiger nicht transurethral, sondern suprapubisch eingelegt war.

Kommentar des Anwenderforums:

Zunächst erscheint es überhaupt nicht möglich, dass ein transurethraler Blasenkateter mit einem suprapubischen Blasenkateter (Austrittsstelle unter einem Verband im Unterbauch) verwechselt werden kann; dass Patienten verwechselt werden, kommt allerdings häufiger vor (s. o.).

Doch zunächst zum Ereignis. Dieses hat die Aspekte der Patientenidentifikation, der Dokumentation von (Zugängen und) Ableitungen und eben die Verwechslung der beiden Katheter.

Zur Problematik der Patientenidentifikation wurde zuvor zur Fall-Nr. 166667 schon ausführlich kommentiert. Dennoch soll hier noch angemerkt werden, dass als Ergänzung zum Kommentar des CIRS-Teams mindestens bei der Erstidentifizierung eines Patienten drei Daten des Patienten zur Identifikation empfohlen werden, d. h. wann immer man einen Patienten nicht kennt, lässt man sich von diesem vor einem Eingriff Vorname, Nachname und Geburtsdatum nennen.

Aus dem Bericht geht leider nicht hervor, in welcher Weise der Auftrag an die Pflegekraft ging, den Katheter zu ziehen. Stand diese Aufgabe auf der Übergabeliste, die erwähnt wird? Gab es gegebenenfalls eine doppelte und/oder unvollständige Dokumentation (Pflegedokumentation in der Patientenakte vs. Übergabeliste)? Arbeitete die Pflegekraft allein?



Das Ereignis ereignete sich in den frühen Morgenstunden, der Katheter sollte noch im Nachtdienst gezogen werden. Mit dieser Information erscheint die Verwechslung von Katheter und Patienten in einem anderen Licht (sic!). Beide Patientinnen lagen in einem Zimmer nebeneinander. Der suprapubische Blasenkatheter war nicht angenäht und er war in gleicher Weise geblockt wie ein transurethraler Blasenkatheter. So erscheint es möglich, dass bei mäßigen Lichtverhältnissen, einer unvollständigen oder missverständlichen Übergabe und am Ende einer Nachtschicht, bei der die Pflegekraft vielleicht noch versucht, die anderen Patienten schlafen zu lassen, eine solche doppelte Verwechslung auftritt. Neben den Empfehlungen zur Patientenidentifikation lässt sich über die Empfehlungen des CIRS-Teams hinaus noch darauf hinweisen, dass auch die Einbeziehung des Patienten hilfreich sein kann, um vergleichbare Fehler zu vermeiden. Zusätzlich kann die Frage gestellt werden, ob die Entfernung eines Blasenkatheters nicht besser im Tagdienst erfolgen sollte.