



Lernen aus CIRS: „Medi

CIRS

Im November 2009 wurde im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer ein anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem – www.cirsmmedical.at – implementiert; es wird von der ÖQMed GmbH betrieben. Sicherheitsrelevante beziehungsweise kritische Vorfälle, die zu unerwünschten Ereignissen führen könnten, werden von im Gesundheitswesen Beschäftigten eingegeben.

Diese Meldungen werden von Experten bearbeitet und in Form von kommentierten Beiträgen beziehungsweise Berichten zu Lernzwecken veröffentlicht. Wichtig sind die Anonymität und Freiwilligkeit, die es ermöglichen, aus den Erfahrungen von anderen zu lernen.

Seit November 2009 sind 438 Berichte eingegangen; davon wurden 344 veröffentlicht und 77 Meldungen gelöscht. Die anderen Berichte befinden sich derzeit in Bearbeitung bei unseren Experten. Bisher wurden 235 Leserkommentare zu veröffentlichten Berichten freigeschaltet; knapp 159.000 Aufrufe wurden auf der Homepage verzeichnet. Rund 24 Prozent der Meldungen stammen aus dem Bereich Medikation.

Im Folgenden ein Auszug aus einigen Meldungen, die aus dem stationären

Bereich stammen, und auf www.cirsmmedical.at zu finden sind:

Verwechslung von Novalgin-Ampullen mit Lasix-Ampullen:

- Narkosewagen sind in unterschiedlichen OP-Bereichen nicht ident eingeräumt, ich arbeite meistens in unterschiedlichen OPs (Novalgin im einem OP in 2. Lade, im anderen OP in 3. Lade, dort aber Lasix am selben Platz in 2. Lade). Es wurde von mir irrtümlich eine Kurzinfusion mit Lasix anstatt des gewünschten Novalgins bereitet und dem Patienten angehängt, Fehler beim Beschriften der bereits laufenden Kurzinfusion bemerkt und daraufhin beendet.
- Routinemäßige Durchführung einer venösen Blutabnahme. Nach der Blutabnahme wird 300 IE Erythropoetin i.v. verabreicht und danach der Venenzugang mit 0,5ml einer klaren Flüssigkeit aus einer 2ml Spritze (sterile Spritze) gespült. Der Venenzugang wird danach entfernt. Fünf Minuten später informiert die Schwester/der Pfleger, dass in der Spritze die vorbereitete Glycerin/NaCl-Mischung zur rektalen Spülung gewesen ist und die vorbereitete Spülung mit NaCl unverbraucht ist.
- PatientIn auf der Station soll zur Beruhigung Gewacalm erhalten. Die

Beschriftungen der Ampullen sind generell so schwer lesbar, dass ich statt Gewacalm Adriblastin erwischte. Während ich die Injektion vorbereitete, gab mir eine aufmerksame Kollegin den entsprechenden Hinweis.

Im klinischen Arbeitsalltag kommt es immer wieder zu kritischen Situationen, in denen Fehler gerade noch entdeckt werden, bevor sie bei Patienten wirksam werden können. In manchen Fällen werden diese Fehler jedoch nicht rechtzeitig entdeckt. Besonders der Medikationsprozess ist fehleranfällig. Dies liegt einerseits an den besonderen Rahmenbedingungen (Ähnlichkeit von Verpackungen und Arzneimittelnamen, Generika), andererseits an der Vielzahl der Beteiligten (von der Verordnung über die Zubereitung bis hin zur Verabreichung).

Bei der Analyse von CIRS-Meldungen und Zwischenfällen zeigt sich, dass es eine überschaubare Anzahl von effektiven Maßnahmen gibt, mit denen Fehler entdeckt und Schäden verhindert werden können. Diese Maßnahmen sind einfach, leicht verständlich und nicht sehr aufwändig. Besonders deshalb ist es sehr schmerzhaft, wenn es immer wieder Meldungen von schweren Zwischenfällen, die eigentlich durch einige wenige Sicherheitsbarrieren verhindert

Besonders der Medikationsprozess ist im klinischen Alltag ein Bereich, der sehr fehleranfällig ist - u.a. wegen der Vielzahl der Beteiligten von der Verordnung bis hin zur Verabreichung. Bei der Analyse von CIRS-Meldungen zeigt sich, dass sorgfältig implementierte Sicherheitsbarrieren dazu beitragen, dass Fehler entdeckt und Schäden verhindert werden können. **Von Brigitte Ettl und Manfred Zottl***

Medikationssicherheit“

werden hätten können, gibt. In weiterer Folge werden einige Barrieren sowie diesbezüglich wichtige und beachtenswerte Rahmenbedingungen vorgestellt und erläutert:

Sichere Patienten-Identifikation

Sie besteht standardmäßig aus drei Checks:

- Patient mit Nachnamen ansprechen, anschließend Frage nach Vornamen und Geburtsdatum;
- Vergleich mit dem Identifikationsarmband;
- Vergleich mit allen anderen Namenskennzeichen (Etikette, Zuweisung, Blutröhrchen, ...).

„Guten Tag Herr Huber, mein Name ist ...! Wie heißen Sie mit Vornamen? Wann sind Sie geboren?“

Manchmal ist diese Art der Identifikation nicht möglich - beispielsweise wenn kein ID-Armband verwendet wird, bei schwerhörigen oder nicht ansprechbaren Patienten. Auch in schwierigen Identifikations-Situationen sollten zumindest zwei Merkmale, die untrennbar mit dem Patienten verbunden sind (u.U. auch Tätowierungen und besondere körperliche Merkmale), abgeglichen

werden. Keinesfalls dürfen zur Identifikation von den Patienten trennbare Merkmale verwendet werden wie zum Beispiel Augengläser, Ortsangaben (Bett rechts hinten) sowie Zimmer- oder Bettnummer. Auch ein (eventuell vorhandenes) Namensschild am Bett ist kein sicheres Identifikationsmerkmal.

Es ist sehr hilfreich, wenn die Patienten schon bei der Aufnahme darüber informiert werden, warum und wie diese Identifikationen durchgeführt werden. Wenn diese Barriere standardmäßig vor allen therapeutischen und diagnostischen Tätigkeiten durchgehalten wird, ist eine Verwechslung praktisch unmöglich.

Check vor Medikamentengaben: die 6-R-Regel

Dazu wieder ein Bericht, der auf www.cirsmedical.at gestellt wurde:

Im Antibiotikschrank an der Station wird Cefotaxim 2g und Ceftriaxon 2g gelagert. Die Flaschengröße ist ident. Die Beschriftungsaufkleber unterscheiden sich selbstverständlich in der Namensgebung, welche sich aber durch das fast idente Etikettendesign nicht besonders kenntlich abhebt. Einzig die „2 g“ (dunkelrosa bzw. gelb) Bezeichnung ist farblich unterschiedlich, wobei sich

diese ebenso nicht markant darstellt, da die aufgebrauchten Aufhängeschleifen aus leicht rötlich transparentem Kunststoff bei beiden Fläschchen ident sind und von der relativ unauffälligen Beschriftung ablenken. Die beiden Antibiotika wurden im Depotschrank fälschlich zugeordnet gelagert.

Vor der Verabreichung von Arzneimitteln wird überprüft:

- Richtiger Patient?
- Richtiges Arzneimittel?
- Richtige Zubereitung (Konzentration)?
- Richtige Applikation (i.v., oral, intrathekal, ...)?
- Richtiger Zeitpunkt?
- Reaktionen (allergische) möglich?

Dabei ist es unerheblich, ob dieser Check 6-R-Regel, 6-W-Regel (wer, was, wie, ...?) oder PAZAZA-Regel (Patient, Arzneimittel, ...?) genannt wird. Wichtig ist, dass diese Barriere vor der Verabreichung von Medikamenten obligat ist. Sie stellt die wirksamste Maßnahme dar, um Schäden aus den in [cirsmedical.at](http://www.cirsmedical.at) geschilderten Fehlern zu verhindern.

Was bei Sicherheitsbarrieren beachtet werden sollte:

Genauso wichtig wie die Anwendung dieser Barrieren ist auch die Art und Weise, wie sie in die Routine implementiert und darin aufrecht erhalten werden: ►►



► • **Verlangen Sie von Ihren Mitarbeitern nichts Unmögliches**

Natürlich wäre es fein, wenn unmittelbar vor der Medikamentengabe nochmals die Beachtung eventueller Neben- oder Wechselwirkungen überprüft wird. Aber das ist praktisch (durch beispielsweise das verabreichende Pflegepersonal) meist nicht möglich. Diese Aspekte müssen bei der Verordnung beziehungsweise bei Visiten gecheckt werden.

• **Stehen Sie - als Führungsperson - voll und ganz zu den Sicherheitsbarrieren**

Machen Sie Ihren Mitarbeitern klar, dass Sie die Anwendung dieser Barrieren als Routinehandlung betrachten. Vergewissern sie sich, dass Ihre Mitarbeiter Sinn und Zweck der Barrieren verstanden haben und lassen Sie bei der Implementierung Fragen und Diskussionen zu. Aber machen Sie klar: PatientInnen-Identifikation und 6-R-Regel werden von allen, immer und bei allen PatientInnen durchgeführt.

• **Beobachten Sie - als Führungsperson - die Anwendung der Sicherheitsbarrieren**

Regelungen sind nur sinnvoll, wenn ihre Einhaltung überprüft wird und eine Nichteinhaltung Konsequenzen nach sich zieht. Verlassen Sie sich nicht auf die Vernunft mancher MitarbeiterInnen, sondern rechnen Sie auch vereinzelt

mit „der Präpotenz des Optimismus“ („Was soll denn das - bei uns ist ja noch nie etwas passiert - warum also der Aufwand?“). Als Konsequenz bei Nichteinhaltung sollten Sie in jedem Fall ein Vier-Augen-Gespräch führen.

• **Sprechen Sie - als Kollege - die Nichteinhaltung von Sicherheitsbarrieren an**

Es ist Teil eines konstruktiven Sicherheitsklimas, dass die Nichteinhaltung von Sicherheitsbarrieren konsequent angesprochen und direkt hinterfragt wird.

• **Geben Sie Feedback, wenn Sie (trotz Barrieren) auf Fehler aufmerksam werden**

Informieren Sie die Kollegen (beziehungsweise Bereiche), die für den Check zuständig waren. Machen Sie keine Vorwürfe - Fehler dürfen passieren, und aus diesem Grund gibt es ja mehrere Checks. Aber es ist wichtig, Rückmeldung zu geben - sachlich und wertschätzend -; nur dann wissen die Kollegen, dass etwas nicht funktioniert hat. Wenn sich Probleme (trotz Rückmeldung) häufen, dann stimmt etwas mit dem Check nicht. Entweder es werden nicht die richtigen Dinge überprüft oder der Check erfolgt nicht richtig.

Natürlich gibt es noch eine Reihe anderer wirksamer Methoden, um den Medikationsprozess sicher und fehlertolerant zu gestalten (situative Auf-

merksamkeit, Ungestörtheit, Elimination von look- und sound-alikes, ...). Die sichere Patienten-Identifikation und die 6-R-Regel stellen aber die „letzten Barrieren“ der Schadensabwehr dar. Sie sind einfach, verständlich, effektiv und daher ein lohnender erster Schritt in Richtung systematische Patientensicherheit. ◀◀

*) *Dr. Brigitte Ettl, Ärztliche Direktorin des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel; Wolkersbergenstraße 1, 1130 Hietzing; Tel.: 01/80 110/0; E-Mail: brigitte.ettl@wienkav.at; Manfred Zottl, MSc, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel/ Stabsstelle Risikomanagement*

Lecture Board:

*Prof. Dr. Dieter Conen, Präsident der Stiftung für Patientensicherheit, Schweiz
Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky, Medizinische Universität Wien/ Abteilung für klinisches Risikomanagement*

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Ärztliche Direktion/Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Wissen in brillanter Qualität

Österreichische Ärztezeitung
Die Zeitschrift der Ärztinnen und Ärzte

DFP-Literaturstudium

www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

