

Wund- und Heilsalbe i. v.?

Aus Kostengründen wurde auf einer Intensivstation eine Panthenol-Salbe in 1 ml-Spritzen gefüllt. Eine dieser Spritzen wurde mit einer Propofol-Spritze verwechselt. Der Inhalt wurde über einen Drei-Wege-Hahn appliziert. Zum Glück für den Patienten verstopfte die Salbe den Filter.

Fallbeschreibung

Auf einer allgemeinen Intensivstation wird zur Nasenpflege bei beatmeten Patienten routinemäßig eine Salbe mit dem Wirkstoff Panthenol verwendet. Die Panthenol-Salbe wird rund um die Nase, die Nasenflügel und in der Nase appliziert. Zum Teil werden auch Oberlippe, Lippen und Mundwinkel mit der Salbe gepflegt. Im Nachtdienst werden die Salben vom Pflegepersonal routinemäßig für die Patienten vorportioniert. Aus einer Salbentube mit 100 ml Inhalt werden Luer-Lock-Spritzen mit dem Volumen 1 ml befüllt. Diese Spritzen werden handschriftlich mit „Pant“ beschriftet, auf einem Tablett im Schwesternzimmer gelagert und können dann für den Patienten verwendet werden.

Im vorliegenden Fall wurde bei einem Patienten auf der Intensivstation ein invasiv-diagnostischer Eingriff durchgeführt. Hierzu sollte der Patient eine Kurzzeitsedierung mit Propofol erhalten. Der Stationsarzt, der zu dem Zeitpunkt allein auf Station war, wollte bis zum Eintreffen des Oberarztes, der den diagnostischen Eingriff vornehmen sollte, die Sedierung einleiten. Er ging ins Stationszimmer, um eine Spritze mit Propofol vorzubereiten. Im Stationszimmer sah er zwei Spritzen mit weißlicher Flüssigkeit auf einem Tablett liegen, beschriftet mit „Pant“. Er nahm beide Spritzen und applizierte den Inhalt einer der beiden Spritzen – in der Annahme, bei der weißlichen Flüssigkeit handele es sich um Propofol – in den Drei-Wege-Hahn des Patienten. Innerhalb

der nächsten Sekunden begann das Monitoring-System des Patienten zu piepsen und meldete einen verstopften Filter im Infusionssystem.

Die – auf den Alarm hinzugekommene – Pflegekraft half dem Stationsarzt, das Infusionssystem abzubauen und ein neues anzuschließen. Beim Entsorgen des verstopften Infusionssystems fielen ihr die leere sowie die volle Spritze mit der Aufschrift „Pant“ auf. Sie fragte beim Stationsarzt, wofür er die beiden Spritzen benötigt hatte und er erklärte ihr, dass er das darin enthaltene Propofol zur Einleitung der Sedierung injiziert habe.

Nach Rücksprache mit dem Stationsarzt konnte der Fall rekonstruiert werden. Der Stationsarzt gab an, dass er irrtümlich die weißliche Substanz in der Spritze für Propofol gehalten hatte. Er hatte nach kurzem Überfliegen der Beschriftung der Spritze wohl nur das „P...“ registriert und daraus auf Propofol als Inhalt der Spritze geschlossen.

Nach Rücksprache mit den Pflegekräften stellte sich heraus, dass sie bereits seit einigen Monaten die Panthenol-Salbe in Spritzen aufziehen. Hintergrund hierfür waren eine Hygieneanweisung und eine Produktumstellung. Laut Hygieneanweisung soll die Salbe aus einer Tube, die für mehrere Patienten verwendet wird, mit einem Spatel entnommen werden und dies auch nur im Stationsarbeitsraum. Die entnommenen Salbenportionen sollen auf Uhrgläsern zum Patienten gebracht und appliziert werden. Alternativ kann eine Tube pro Patient verwendet werden, diese ist patientenbezogen zu lagern und zu

BITTE MELDEN

Wir bitten alle Kolleginnen und Kollegen, uns Medikationsfehler zu melden. Hierzu steht das Erfassungssystem unter www.ADKA-DokuPik.de zur Verfügung. Der Erfassungsbogen kann online ausgefüllt und direkt gesendet werden. Meldungen können auch formlos per E-Mail oder auf dem Postweg erfolgen. Bitte denken Sie bei der Fehlermeldung gegebenenfalls auch an eine Meldung nach Stufenplanverfahren!

Kontaktadresse:

ADKA-Geschäftsstelle
z. Hd. Pamela Kantelhardt
Alt Moabit 96
10559 Berlin
E-Mail: schatzmeister@adka.de
Tel.: (0561) 9802 256

verwenden. Aus praktischen Gründen (mehrmals tägliche Nasenpflege mit höheren Vorbereitungszeiten und zu großer Menge an notwendigen Uhrgläsern), wurde beschlossen, dass für die Nasen- und Lippenpflege nur noch die 5-g-Abpackungen der Panthenol-Salbe patientenbezogen verwendet werden sollen, mit Lagerung am Patientenbett. Kurze Zeit später wurde von der beliefernden Apotheke aus Kostengründen die 5-g-Abpackung der Panthenol-Salbe jedoch zugunsten der vermeintlich wirtschaftlicheren Panthenol-Salbe in 100-g-Abpackungen aus der Arzneimittelliste gestrichen. Da pro Patientenaufenthalt jedoch meist nur Bruchteile einer 100-g-Abpackung verbraucht werden, haben die Pflegekräfte entschieden, die Panthenol-Salbe selbst zu portionieren.

Kommentar

Der Fehler konnte durch das Sicherheitssystem „Filter“ nicht ganz bis zum Patienten durchdringen. Somit

AG Arzneimitteltherapiesicherheit (Ulrike Georgi, Christian Heyde, Torsten Hoppe-Tichy, Beate Mang, Pamela Kantelhardt, Jochen U. Schnurrer, Katja Taxis, Thomas Waßmann)

hatte der Fehler keine schwerwiegenden Auswirkungen auf den Patienten. Ohne Filter hätte die intravenöse Applikation einer Salbe sowohl lokale Reaktionen wie Nekrosen als auch schwere systemische Reaktionen (Embolie) nach sich ziehen können.

Fehlerursache

Information

Der behandelnde Stationsarzt war nicht ausreichend informiert:

- Er wusste nicht, dass das Pflegepersonal die Panthenol-Salbe in Spritzen abfüllt, die normalerweise zur Injektion von Parenteralia benutzt werden.
- Die Spritze war nicht eindeutig beschriftet: „Pant“ anstelle von „Panthenol“. Außerdem fehlte auf der Spritze der Hinweis, dass diese eine Salbe enthält. Auch fehlte der

Hinweis auf die – von der parenteralen Applikation abweichende – Applikationsart (Abb. 1).

Der beliefernden Apotheke fehlte bei der Produktumstellung die Information, dass die 5-g-Abpackung eine wichtige Indikation in der Patientenpflege hat.

Organisation

Der Stationsarzt wollte vor Eintreffen des Oberarztes alle notwendigen Vorbereitungen für den diagnostischen Eingriff schnell erledigen. Das Vorbereiten des Propofols zur Applikation wäre eigentlich Aufgabe der Pflegekraft gewesen, ebenso die Unterstützung bei dem diagnostischen Eingriff. Der Arzt hat jedoch keine Pflegekraft zur Unterstützung herangezogen.

Bei der Umstellung durch die beliefernde Apotheke ist nur die wirtschaftliche Seite berücksichtigt worden,

jedoch sind keine Verbraucherfragen erörtert worden.

Material

Das Aufziehen von nicht zur parenteralen Applikation bestimmten Präparaten in zur parenteralen Applikation vorgesehenen Spritzen stellt ein großes Risiko für eine falsche Arzneimittelapplikation dar [1].

Die Spritzen waren nicht eindeutig beschriftet. Jedoch ist eine eindeutige Kennzeichnung von ausgeeinzelten, abgefüllten oder anderweitig zur Applikation vorbereiteten Arzneimitteln unbedingt notwendig [2, 3].

Durch die ähnliche Optik beider Präparate wurde die Verwechslung zusätzlich begünstigt (Look-alike) (Abb. 2).

Strategien

Information

Um einen ausreichenden Informationsfluss zu gewährleisten, ist es sinnvoll, regelmäßig Teambesprechungen – möglichst auch interdisziplinäre – durchzuführen.

Ein informativer Austausch zwischen den Berufsgruppen kann auch über Qualitätszirkel stattfinden. Dort können Fragestellungen aus allen Bereichen (Arzt, Pflege, Hygiene, Physiotherapie, Apotheke, ...) bearbeitet werden. Um mit Blick auf die häufig herrschende Personalknappheit nicht zu viel Personal für Besprechungen zu binden, stellt ein Qualitätszirkel ebenfalls eine sinnvolle Alternative dar. Informationen können aufbereitet und durch die Teilnehmer, sogenannte Multiplikatoren, in die einzelnen Bereiche weitergegeben werden.

Jeder (Krankenhaus-)Apotheker sollte aktiv versuchen, ausreichende Informationen über den Gebrauch der Arzneimittel vor Ort zu erhalten. Nur so kann er Besonderheiten richtig einschätzen und diese bei Produktumstellungen berücksichtigen.

Organisation

Arbeitsabläufe und Aufgabengebiete sollten klar geregelt und eingehalten werden. Pflegekräfte haben häufig sehr viel praktische Erfahrung in der Vorbereitung von Arzneimitteln zur Applikation und können dem Arzt vor Ort eine wertvolle Hilfe sein. Diese sollte vom Arzt natürlich auch in Anspruch genommen werden.

Wenn aus Zeitgründen Abläufe verändert werden, sollte im Umgang mit Arzneimitteln, insbesondere mit sogenannten Risikoarzneimitteln, immer ein Vier-Augen-Prinzip – Hersteller und Verabreichender – gelten. Nur so können Fehler effektiv vermieden werden.

In einigen Krankenhäusern ist es üblich, dass Änderungen in der Arzneimittelliste nur durch die (beliefernde) Apotheke beschlossen wer-



Abb. 1. Unzureichend beschriftete Spritzen (1 = Propofol, 2 = Panthenol-Salbe)

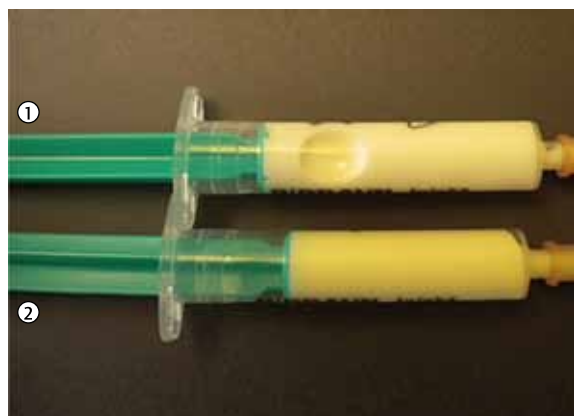


Abb. 2. Look-alike (1 = Propofol, 2 = Panthenol-Salbe)

den. Das betrifft insbesondere Bereiche, die für unkritisch gehalten werden, beispielsweise in der Hautpflege. Oft werden Entscheidungen nur aufgrund von rein wirtschaftlichen Aspekten getroffen. Dies kann jedoch wie im vorliegenden Fall unabhsehbare Folgen haben.

Es ist sinnvoll, Entscheidungen nicht ausschließlich aus wirtschaftlichen Gründen zu treffen. Außerdem sollten bei der Entscheidungsfindung Kollegen aus dem Pflege- oder ärztlichen Bereich einbezogen werden.

Für einfachere Fragestellungen können auch bereichsbezogene Arzneimittelkommissionen tagen. Hier ist die krankenhauseigene Apotheke im Vorteil. Sie ist meist intensiv an Prozesse im Krankenhaus angebunden und hat ein breites Hintergrundwissen zu Gegebenheiten im eigenen Krankenhaus. Meist sind zahlreiche

Kontakte zu Pflegepersonal und Ärzten vorhanden. Dies unterstützt eine gute Kommunikation und den interdisziplinären Austausch.

Material

Prinzipiell sollten Arzneimittel, die nicht für die parenterale Anwendung vorgesehen sind, *nicht* in Applikationshilfen für die parenterale Anwendung gefüllt werden [1]. Sinnvoll kann der Einkauf von (in diesem Beispiel) Spritzen ohne Luer-Lock-Anschluss sein, bei denen spätestens beim Versuch des Konnektierens am Infusionssystem der Fehler auffällt. Unabhängig von der Wahl der Applikationshilfe ist eine eindeutige Kennzeichnung notwendig. Diese sollte an die individuellen Möglichkeiten (Größe der Applikationshilfe, Inhalt, Patientenbezug ja/nein) angepasst sein. Gute Beispiele für die

Kennzeichnung von Spritzen in der Anästhesie (z. B. Propofol) liefert die DIN-ISO-Norm 26825/2008 [4].

Eindeutige Kennzeichnung für mehr Patientensicherheit!

Literatur

1. Kandelhardt P, et al. Orale Lösung intravenös appliziert. Krankenhauspharmazie 2008;12:545–6.
2. Kaufmann D, Fischer J. Kennzeichnung in der Apotheke. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Deutscher Apotheker Verlag, 2007.
3. National Patient Safety Agency. Design for patient safety. Royal College of Art Helen Hamlyn Centre 2008.
4. DIN-ISO 26825:2008-08. Anästhesie und Beatmungsgeräte – Aufkleber für Spritzen mit Arzneimitteln zur Anwendung bei der Anästhesie, die vom Anwender angebracht werden – Farben, Design und Leistung.