

Bericht

| | |
|--|--|
| Titel: | Beinahe-Verwechslung von zwei Spritzen (Sufentanil/Esmeron) |
| Zuständiges Fachgebiet: | Anästhesiologie |
| Wo ist das Ereignis passiert? | Krankenhaus |
| In welchem Bereich ist das Ereignis a... | <i>leer</i> |
| Tag des berichteten Ereignisses: | <i>leer</i> |
| Welche Versorgungsart: | Routinebetrieb |
| ASA Klassifizierung: | <i>leer</i> |
| Patientenzustand: | <i>leer</i> |
| Wichtige Begleitumstände: | <i>leer</i> |
| Was ist passiert? | Spritzenverwechslung bei der Narkoseeinleitung aufgrund fast identischer Aufkleber bei Sufentanil (OPIOID) und Esmeron (RELAXANS). |
| | Was war das Ergebnis: |
| | Wurde vor der Injektion bemerkt |
| Was war besonders gut? | <i>leer</i> |
| Was war besonders ungünstig? | <i>leer</i> |
| Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei... | Gestaltung der Aufkleber, eindeutige Differenzierung und optisch präzise Zuordnung ermöglichen |
| Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä... | monatlich |
| Wer berichtet? | andere Berufsgruppe |

Kommentare
1. Kommentar:

Anmerkung: Die Firma Janssen-Cilag teilte uns im Dezember 2010 zu diesem Fall mit, dass Änderungen des Spritzenetiketts des Sufentanils geplant sind. Siehe auch unten angefügter Brief.

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar
Kommentar:
Fachkommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de (BDA/DGAI):

Autor: Dr. med. M. St.Pierre

Medikamentenverwechslungen stellen eine der Hauptgefährdungsquellen für die Patientensicherheit in der Anästhesiologie dar. Die fehlerhafte Gabe kann dabei durch

- Verwechslung bei der Zubereitung (Medikament wird unter der falschen Indikation aufgezogen; die richtige Indikation wird gestellt, aber das falsche Medikament aus dem Fach gezogen),
- der Beschriftung (Unterlassung der Beschriftung, fehlerhafte Konzentrationsangabe, handgeschriebene und schlecht lesbare Beschriftung) und
- bei der Applikation (Griff zur falschen Spritze aufgrund Ablenkung; Griff zur falschen Spritze aufgrund Unordnung auf dem Narkosetisch, Verwechslung aufgrund zu großer Ähnlichkeit, Fehlberechnung der Dosierung) entstehen.

Als grundlegende Empfehlungen zur Vermeidung von Medikamentenverwechslungen werden gegeben:

- Aufmerksames Lesen jeder Beschriftung (was in dem vorgestellten Fall auch zum Erkennen des potentiellen Problems geführt hat)
- Beschriftungspflicht: Jede Spritze, die auf einem Narkosetisch liegt, muss beschriftet sein; andernfalls wird sie verworfen.
- Lesbarkeit der Etiketten sollte optimiert sein
- Schubladen und Arbeitsflächen soll an allen Arbeitsplätzen einer Organisation reproduzierbar identisch gestaltet sein (Minimierung des Risikos eines Griffs zum falschen Medikament)
- Medikamente, die nicht zum Routineeinsatz gehören und potentiell schwerwiegende Komplikationen hervorrufen können (z.B. Antiarrhythmika, PDE-Hemmer etc) sollten separat aufbewahrt werden, um einem

versehentlichen ?Aufgezogen werden? vorzubeugen.

- Aufkleber sollten durch eine 2.Person oder durch ein Barcode-Lesegerät überprüft werden (cross-check), bevor das Medikament gespritzt wird.

Da insbesondere Ablenkung und herabgesetzte Aufmerksamkeit zum normalen kognitiven Repertoire gehören und einer Intervention nur bedingt zugänglich sind, ist eine systemische Abhilfe des Problems unabdingbar.

Die Kommission Arzneimittelsicherheit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) hat daher die ISO Norm 26825 erweitert und empfiehlt:

"Um die Gefahr von Medikationsirrtümern bei der parenteralen Medikation zu verringern, sollte in der Intensiv- und Notfallmedizin jedes vom Anwender in eine Spritze aufgezogene Medikament mit einem Spritzenaufkleber gemäß DIVI-Standard gekennzeichnet werden."

Dieser Empfehlung, an jedem Haus mit einer anästhesiologischen Abteilung oder Intensivstation ISO normierte Ettiketten einzuführen, hat sich die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin angeschlossen; die offizielle Mitteilung ist als PDF angefügt.

Vorgefertigte Aufkleber sind von einer Reihe an Anbietern kommerziell zu erhalten. Nähere Einzelheiten können auf der Website der DIVI (www.divi-org.de) nachgelesen werden.

Literatur:

Currie, M., P. Mackay, et al. (1993). "The Australian Incident Monitoring Study. The "wrong drug" problem in anaesthesia: an analysis of 2000 incident reports." *Anaesth Intensive Care* 21(5): 596-601.

Fasting, S. and S. E. Gisvold (2000). "Adverse drug errors in anesthesia, and the impact of coloured syringe labels." *Can J Anaesth* 47(11): 1060-1067.

Merry, A. F. and C. S. Webster (1996). "Labelling and drug administration error." *Anaesthesia* 51(10): 987-988.

Merry, A. F., C. S. Webster, et al. (2002). "Evaluation in an anaesthetic simulator of a prototype of a new drug administration system designed to reduce error." *Anaesthesia* 57(3): 256-263.

Valentin, A., M. Capuzzo, et al. (2009). "Errors in administration of parenteral drugs in intensive care units: multinational prospective study." *Bmj* 338: b814.

Webster, C. S., A. F. Merry, et al. (2001). "The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia." *Anaesth Intensive Care* 29(5): 494-500.

Nachtrag August 2012:

2012 ist eine Überarbeitung der **Empfehlung der DIVI zur Kennzeichnung von Spritzen in der Intensiv- und Notfallmedizin** erschienen. Unterlagen zu dieser Überarbeitung finden Sie unter <http://www.divi-org.de/Empfehlung-zur-Kennzeichnung-v.159.0.html>.

Medien:

- | | |
|---------------|---|
| 1. Dateiname: | DGAIInfo_Juni_2010_Empfehlung_zur_Kennzeichnung.pdf |
| Kommentar: | DGAI Info |
| 2. Dateiname: | brief-janssen-cilag-2010.pdf |
| Kommentar: | Brief-Janssen-Cilag.pdf |