

DGF – Kongress - Berlin 10.03.2012

Fachsymposium für Anästhesie, OP-Dienste und Intensivpflege

UMGANG MIT FEHLERN IM INTENSIVBEREICH

von Ralf Schwindling

Stationsleitung

Chirurgische Intensivstation 9

Charité Campus Virchow-Klinikum

Was steht uns zur Fehlervermeidung im Alltag einer Intensivstation zur Verfügung?

Dienstanweisungen

interne Absprachen

Pflegestandards

Hygienerichtlinien

Gerätebücher

Richtlinien

Waschzettel

Verfahrensanweisungen

gesetzliche Bestimmungen

und natürlich genügend Personal!



**Wenn sich alle
Pflegekräfte + Ärzte
Physiotherapeuten +
Reinigungskräfte ...etc.
genau nach Vorschrift
verhalten,
dann – dürften –
„eigentlich“
keine Fehler passieren!**

Auch bei uns ist natürlich

- ➔ (fast) alles vom Arbeitgeber schriftlich geregelt,
- ➔ aber diese ganzen Regelungen etc. helfen nur bedingt im Alltag einer Intensiv- oder sonstigen Station!



2003 ein Kongressbesuch
der mich sehr geprägt hat.

Daraus ist dann die Projektidee

Fehlerkultur im Intensivbereich

hervorgegangen

CHRONOLOGIE

**Mai 2003 → Anregung vom HAI - Kongress
Vortrag eines Piloten von der
Vereinigung Cockpit**

Juni → Vorstellung Stationsbesprechung

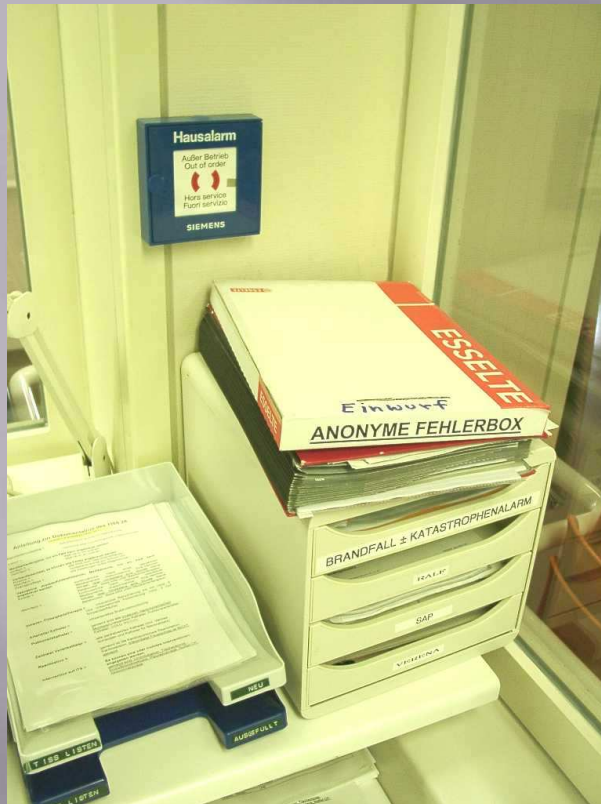
August → erste Auswertung

Januar 04 → zweite Auswertung

März 04 → Vorstellung Fortbildungstag

eventuell neuer Projektstart?

Projektstart mit einer Anonymen Fehlerbox im Stationsstützpunkt

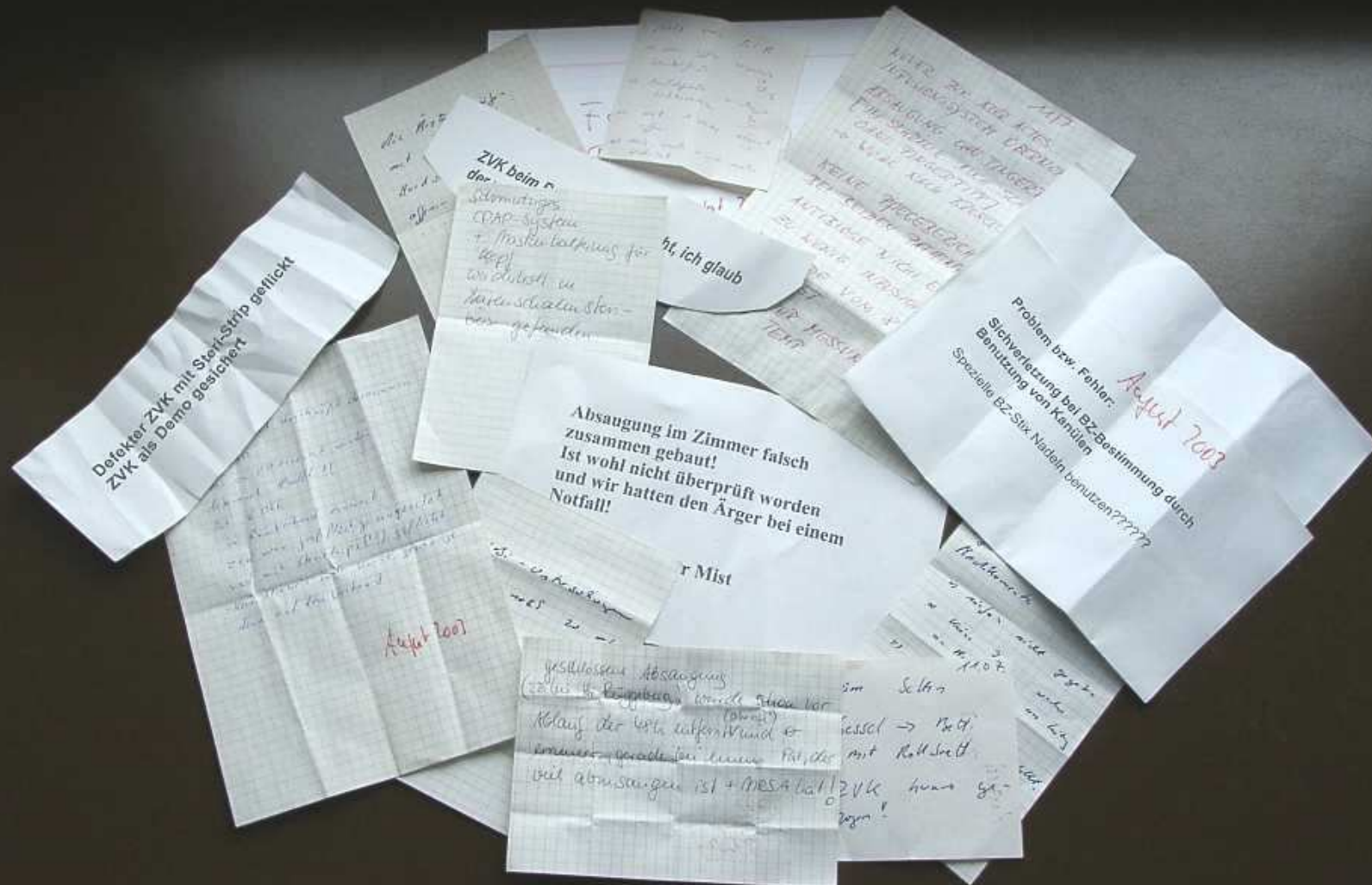


ERSTE AUSWERTUNG NACH 3 MONATEN

14 Zettel!

**(zwei Zettel bezogen sich
auf das gleiche Ereignis!)**

wie sahen die Rückmeldungen/Anzeigen aus?



**Daraus ergaben sich Hinweise
die ganze Arbeitsschritte
von uns in Frage stellten.**

 **Beispiele dazu aus der Praxis:**

Wenn einem in diesem Fall das Risiko bewusst wäre, würde man die Trachealkanülenblockung bestimmt auf die andere Seite legen!



Musterzettel

Absaugung im Zimmer falsch
zusammen gebaut!
Ist wohl nicht überprüft worden
und wir hatten den Ärger bei einem
Notfall!

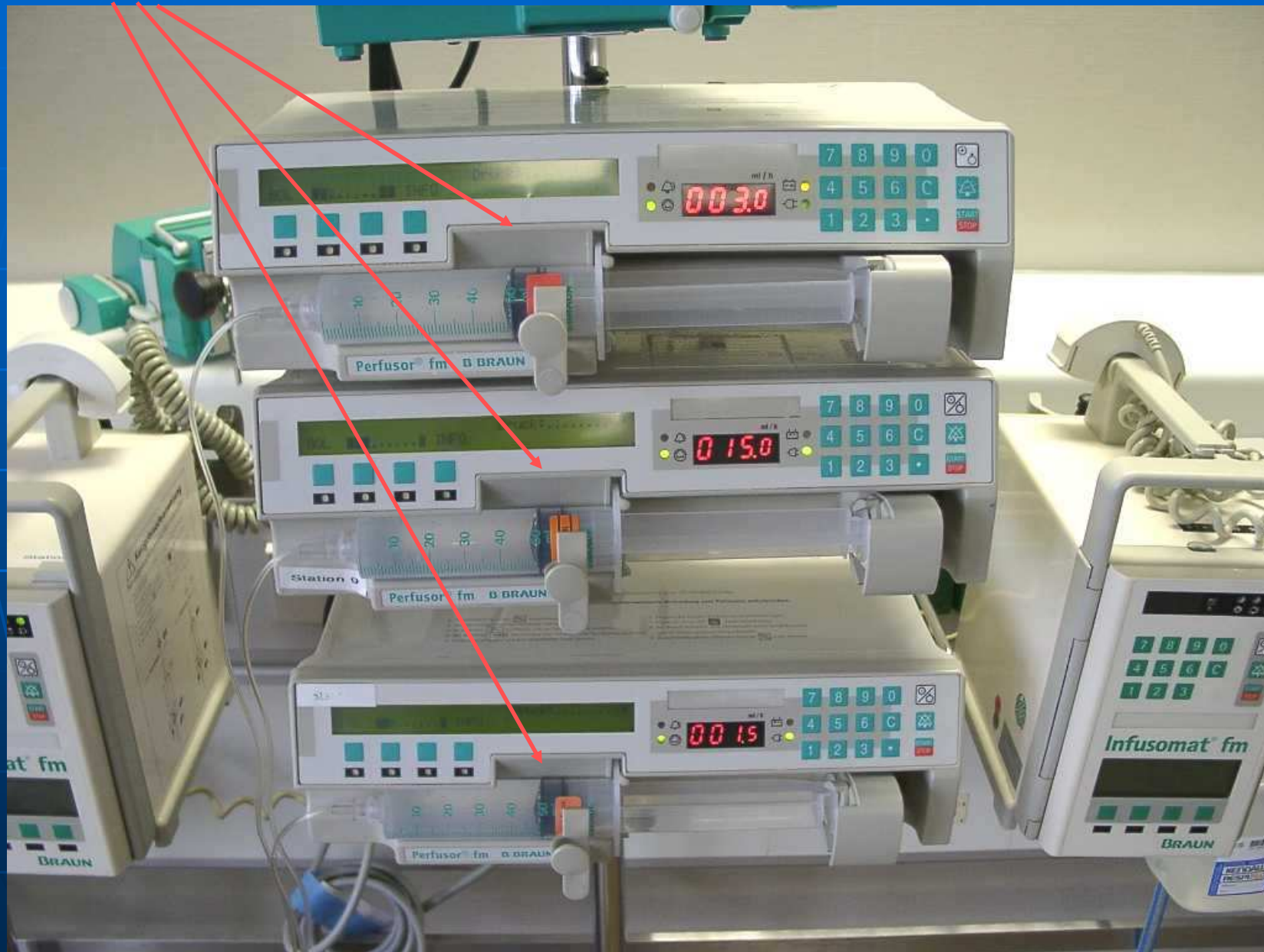
Das war ein echter Mist

die Absaugung war kurzgeschlossen und nicht funktionstüchtig!

sieht doch alles ok aus....oder?



**aber wenn es in der Praxis so aussieht,
dann sind Verwechslungen vorprogrammiert!**





3.0 ml/h aber was?

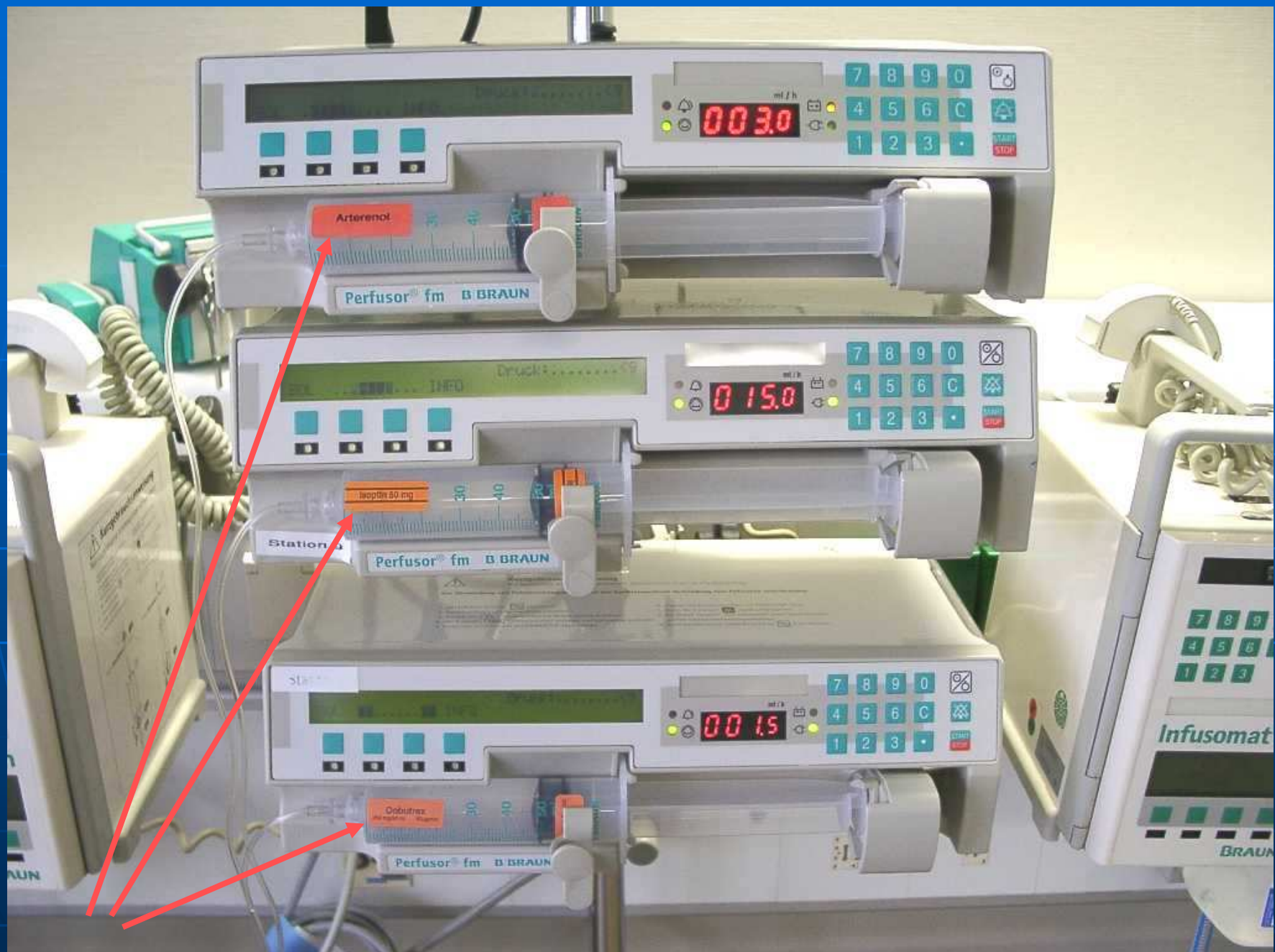
15,0 ml/h.....?

1,5 ml/h.....?

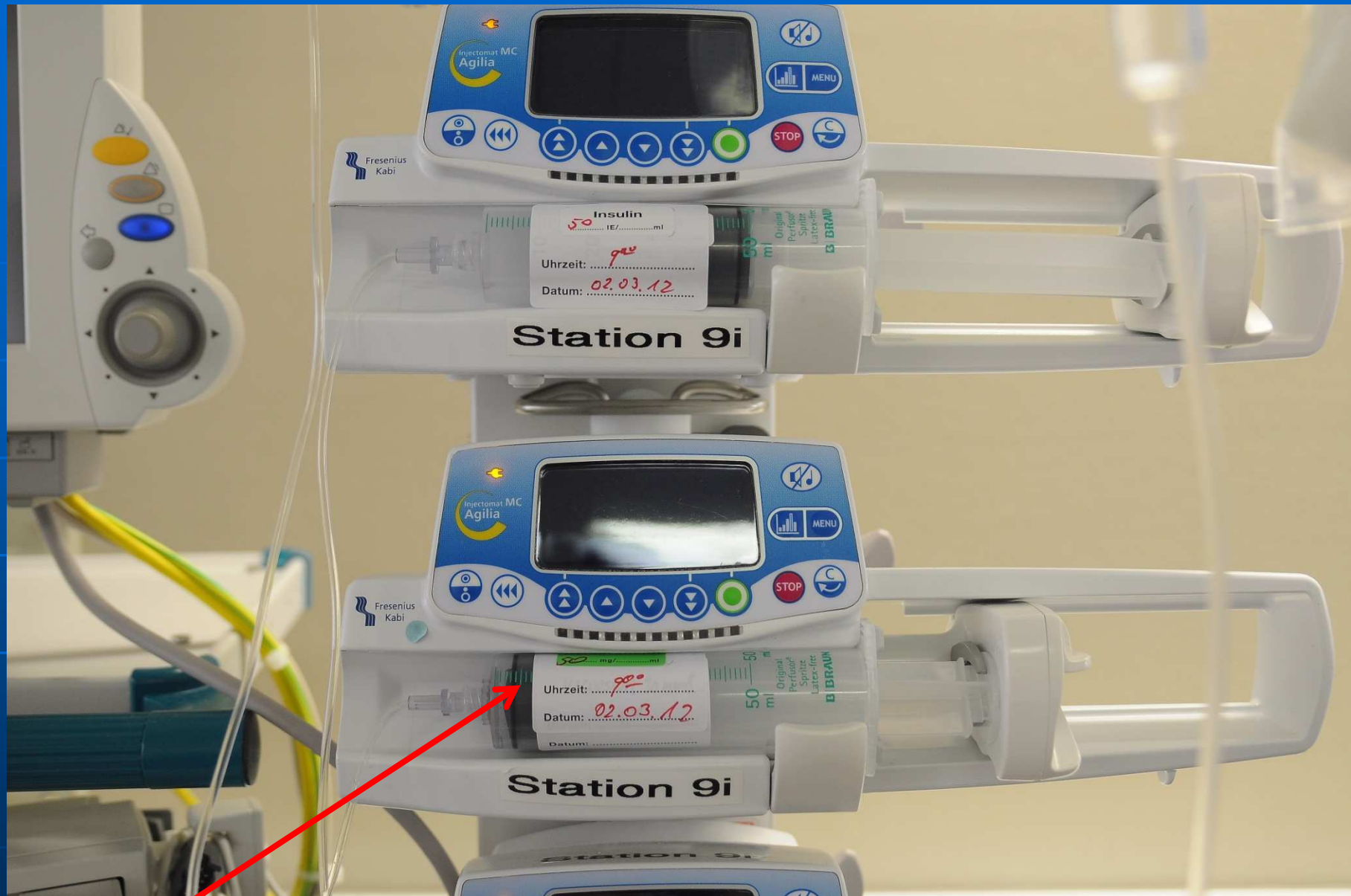
Sicherheit durch die Perfusoren

aber

Risiko durch die Anwendung!



Nur ein anderer Arbeitsschritt, aber die Arbeit wird sofort sicherer !



das gleiche Problem natürlich auch bei den neuen Spritzenpumpen

ZWEITE AUSWERTUNG IM JANUAR 2004

5 Zettel von nur noch 2 Personen
(erneut Fehler mit Einmalrasierer!)

Fazit:

Eine anonyme Fehlerbox mit **verzögerter
Aufarbeitung** scheint sich für den
Intensivbereich nicht zu bewähren

In den Intensivbereichen sollte
„Tagesaktuell“ gehandelt werden!

weiter Beispiele

und natürlich eventuell auch Anregungen,

für S I E und ihre Bereiche ?

unser Reanimationskoffer vor dem Projekt



und die Veränderungen nach unserem Projekt



2007 Einführung eines Fehler-Meldesystems
„CIRS“ in der Charité
und

2008 zusätzlich die Einführung von
M+M-Konferenzen in allen Intensivbereichen!
(Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen)

Herr Matthias Rumpoſch,
hat einen unserer ersten Fälle aus der
M + M-Konferenz für den

HAI-Kongreß 2008 in Berlin

aufbereitet und vorgestellt,

und in der Zeitschrift

INTENSIV – vom Thieme-Verlag (2009-17- Seite 24-27)

den Artikel veröffentlicht:

Die Chance aus Fehlern lernen

Umgang mit Fehlern im Intensivbereich

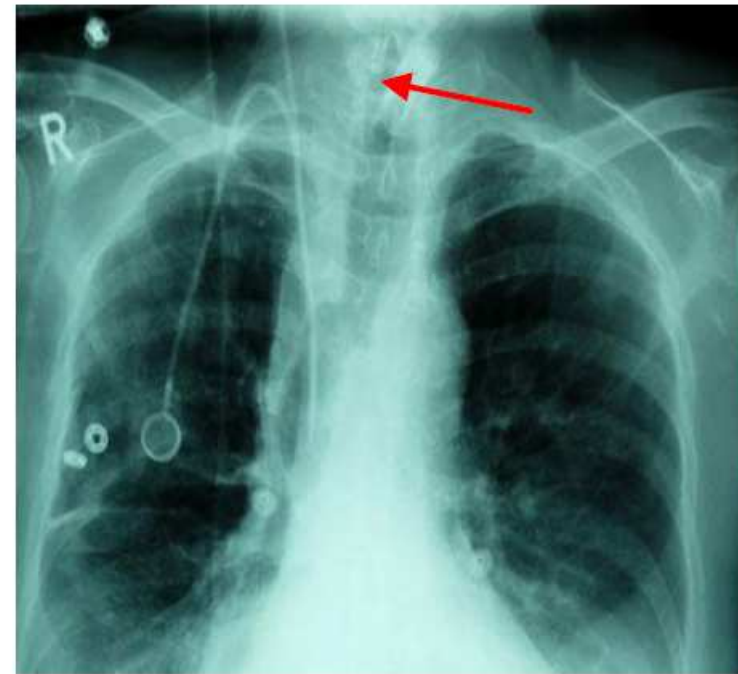
Fallbeispiel

- thorako-abdominelle Ösophagusresektion
- COPD – Beatmung – Weaning
- schwieriger Verlauf
- enterale Ernährung via Jejunalsonde
- gibt „Kratzen“ im Hals an
- respiratorische Verschlechterung - Notbronchoskopie

Fehllage der Jejunalsonde

Aspiration von Sondenkost !

- ☐ Falsche Fixierung der Sonde?
- ☐ Wie tief soll die Sonde liegen?
- ☐ Röntgenbild nicht beurteilt?
- ☐ Fehllage nicht erkannt?
- ☐ Kommunikation?



Eine Sonde liegt falsch!, -ja- aber auf was muss das therapeutische Team, und vor allem die Pflegekräfte, im Intensivbereich nicht alles achten?



hier dargestellt die komplexe Intensivtherapie

und all die verschiedenen Drainagen!





linke Bettseite

Konsequenzen

- Markierung von Sonden mit Lackstift
- Lagekontrolle bei Schichtübernahme
- Standard „Enterale Ernährung“
- Entwicklung eines Algorithmus
- Allgemein: Sensibilisierung



Markierung von Sonden

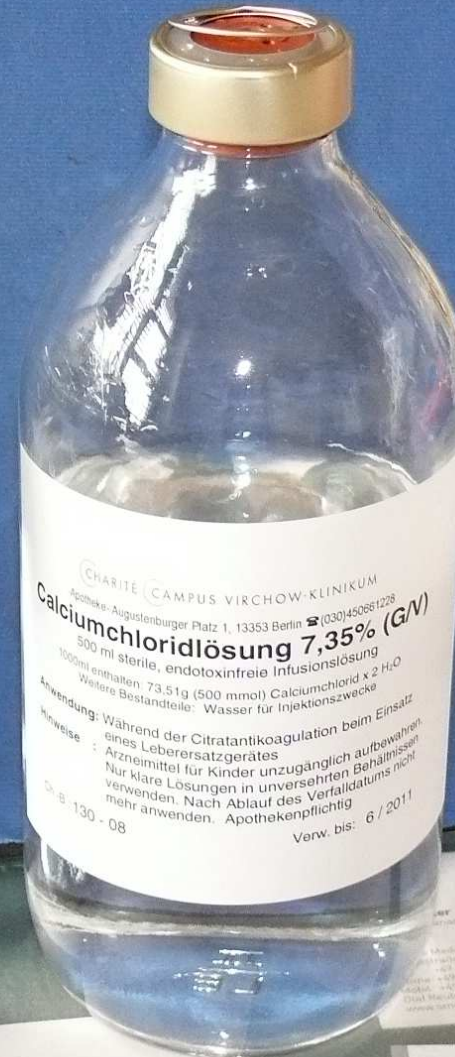
Regin
Rolf
Hafsa
Vwe
Till +
Ange
Gabi
Mon
Gasy
Fax
Martie

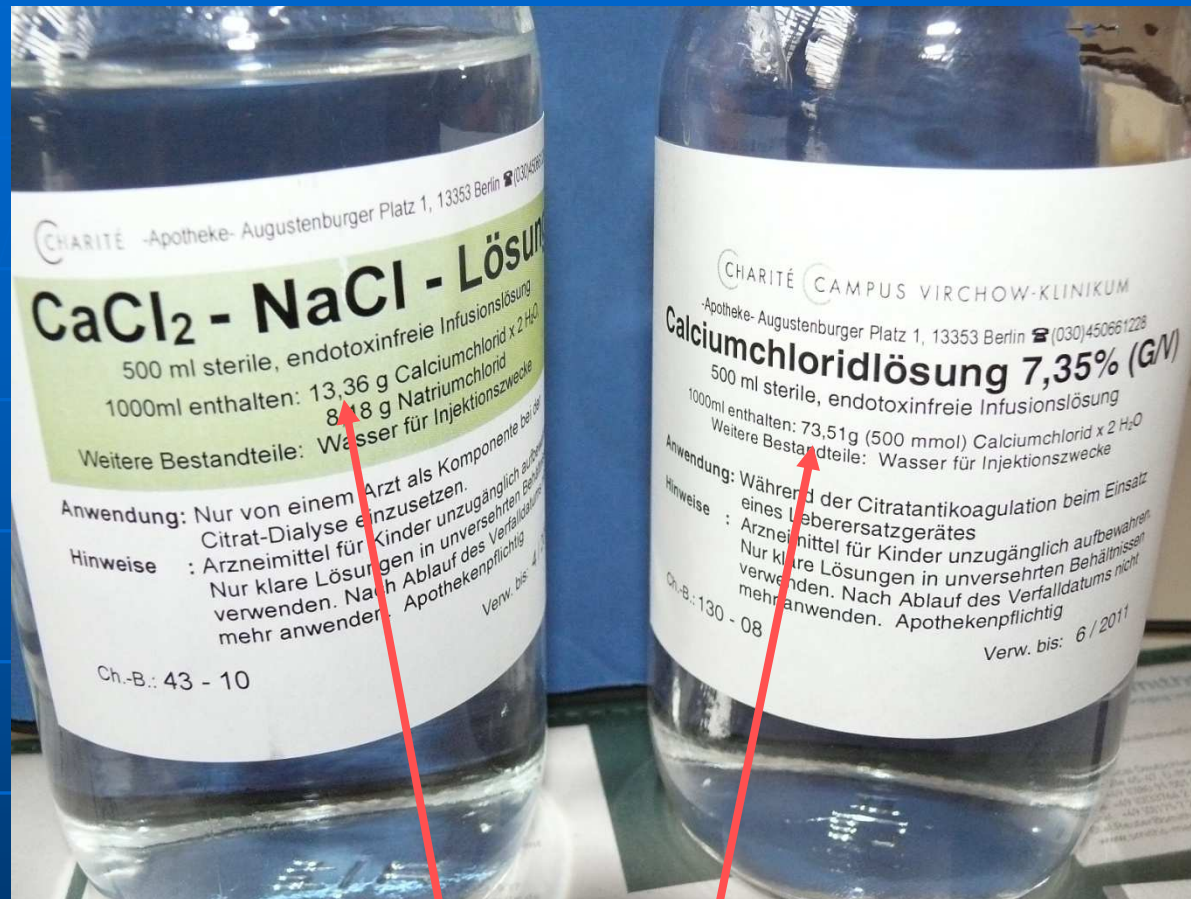
Martin & Tochter
Uli u. Tina u. Hund Cotta

Kulgar
Kandian
von Tinkles

Fehler bei der Citrat-Dialyse

Ca-CL2 - NaCL 500ml a10 Flaschen





zwei Calciumchloridlösungen, aber unterschiedliche Anwendungen
zur Citrat-Dialyse + und zum Leberersatz
und mit einer sehr unterschiedlichen Calciumkonzentration

CHARITÉ - Apotheke - Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin ☎ (030) 450661228

CaCl₂ - NaCl - Lösung

500 ml sterile, endotoxinfreie Infusionslösung
1000ml enthalten: 13,36 g Calciumchlorid x 2 H₂O
8,18 g Natriumchlorid

Weitere Bestandteile: Wasser für Injektionszwecke

Anwendung: Nur von einem Arzt als Komponente bei der Citrat-Dialyse einzusetzen.

Hinweise : Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.
Nur klare Lösungen in unversehrten Behältnissen verwenden. Nach Ablauf des Verfalldatums nicht mehr anwenden. Apothekenpflichtig

Ch.-B.: 43 - 10

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM
- Apotheke - Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin ☎ (030) 450661228

Calciumchloridlösung 7,35% (GM)

500 ml sterile, endotoxinfreie Infusionslösung
1000ml enthalten: 73,51g (500 mmol) Calciumchlorid x 2 H₂O
Weitere Bestandteile: Wasser für Injektionszwecke

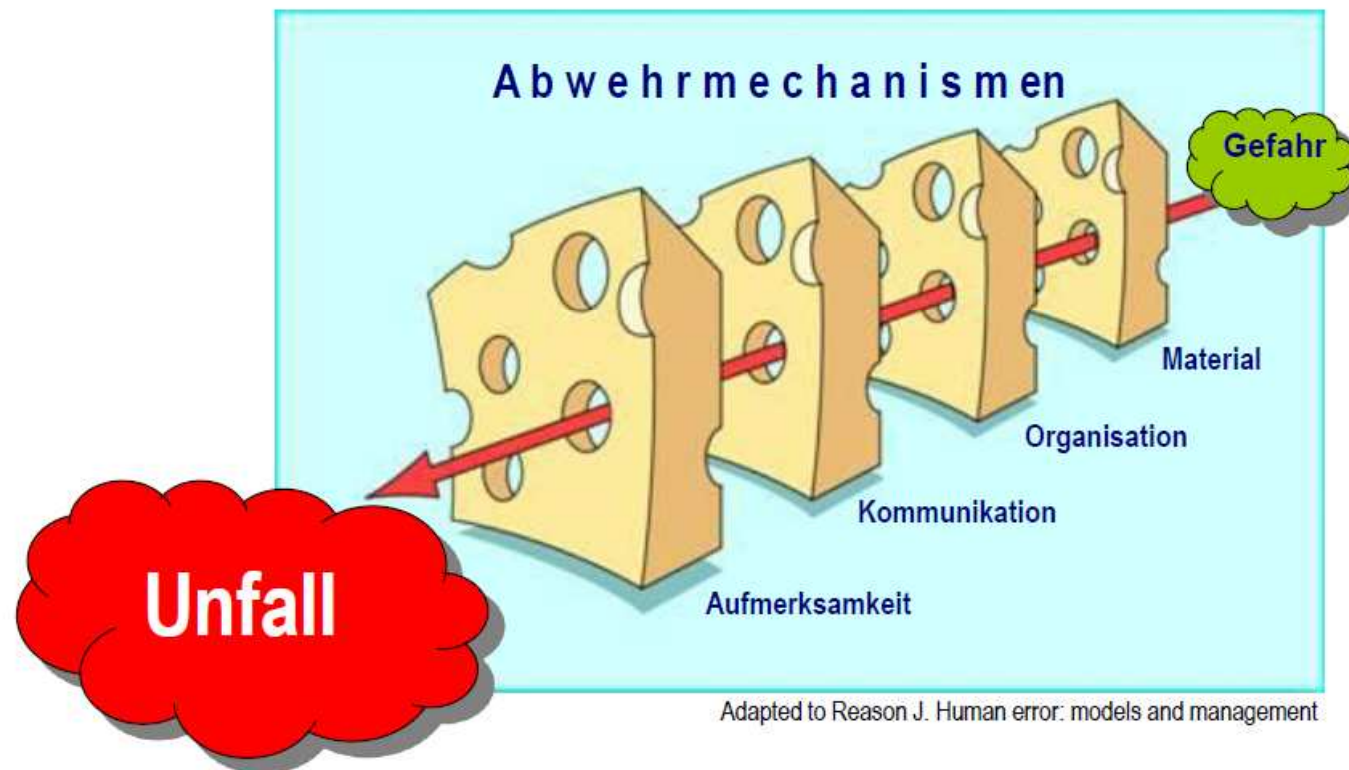
Anwendung: Während der Citratantikoagulation beim Einsatz eines Leberersatzgerätes

Hinweise : Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren.
Nur klare Lösungen in unversehrten Behältnissen verwenden. Nach Ablauf des Verfalldatums nicht mehr anwenden. Apothekenpflichtig

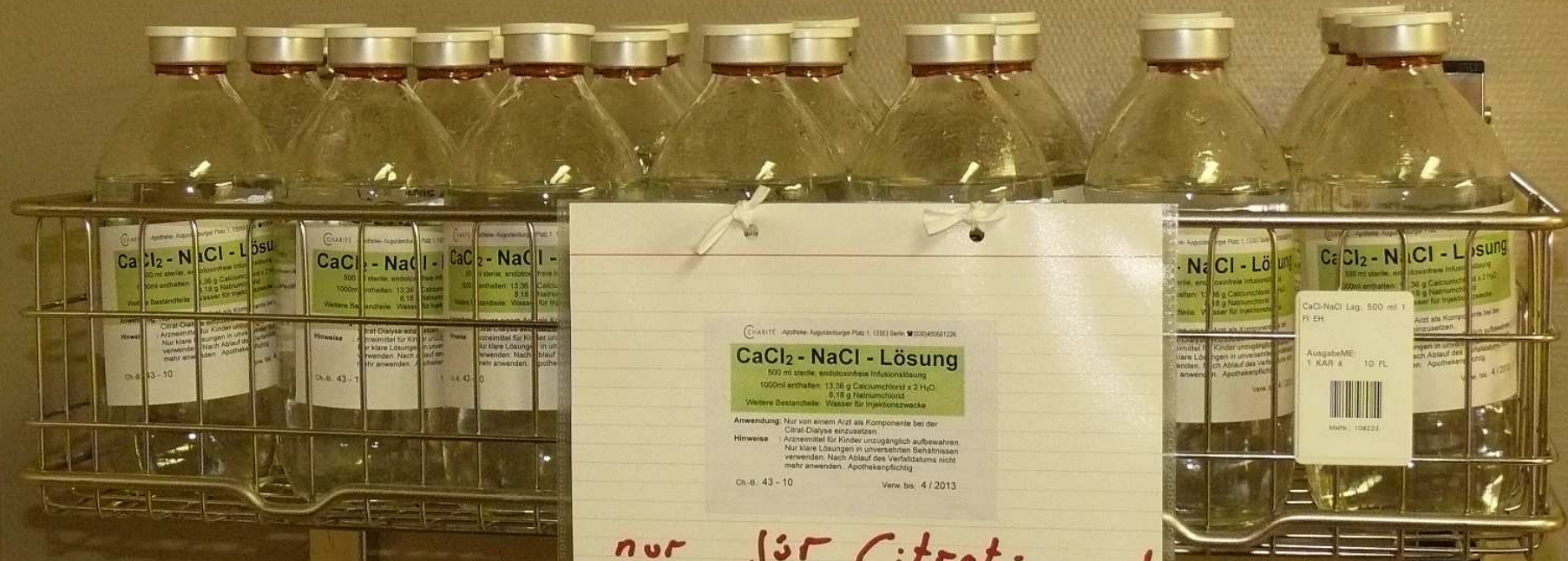
Ch.-B.: 130 - 08

Verw. bis: 6 / 2011

Swiss-Cheese-Modell



Ca-CL2 - NaCL 500ml a10 Flaschen



nur für Citrat-Dialyse!

nächstes Beispiel:

ActiFlow
wegen einem Anwenderfehler



ActiFlow geblockt mit 160ml Wasser



**normal geblockt
mit 40ml Wasser**



Eintrag aus dem Pflegebericht in unserer Patientenkurve

Pat. wach, teilweise desorientiert übernommen.

3. Stuhlprobe auf Clostridien entnommen, anschließend das ActiFlow durchgespült und Pat. in Sessel mobilisiert.

Pat gibt immer wieder Druck an, verlangt die Bettpfanne, verliert extrem viel Stuhl neben dem System.

Pat. wieder ins Bett gebracht, weiterhin Druckgefühl, drückt plötzlich selbständig das Dauerdarmrohr heraus und setzt erneut massiv Stuhlgang ab.

Da die Blockung so „überfüllt“ aussah, Blockung kontrolliert, und es ließen sich **160ml Flüssigkeit** entnehmen!

AvD informiert und zusätzlich

E-mail über den Vorfall an Alle vom Pflegepersonal!

aber wie kann das passieren?



wenn man bei der Kontrolle des Retentionsballons mit normalem Sog abzieht, dann ist alles in Ordnung



wird aber ein zu großer Sog hergestellt, kollabiert das Material,
und man denkt irrtümlich, der Ballon hat zu wenig Flüssigkeit!

Neben den M+M-Konferenzen und den CIRS-Meldungen gibt es bei uns noch zusätzlich

M + M Konferenz und Stationsbesprechung

am Mittwoch, **27.10.2010** von 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr

!!!!!!Spätdienstbeginn um 13:30 Uhr!!!!!!

Vorgestellt wird der Patient: **Özmen**

Stationsbespr.:

- ☞ erste Neuerungen nach OA-Wechsel
- ☞ Urlaubsplan Vorbesprechung
- ☞ Frustfach / Sonstiges

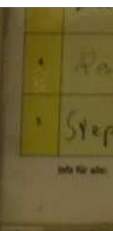
Das „Frustfach“: Dies ist immer Thema bei Stationsbesprechungen

tdienst
EL.: 678 506 (Spätdienst)
EL.: 678 496 (Nachtdienst)
ic, bitte:
EL.: 551 108

EL.: 0172 - 150 38 58
gg eine dringende Reinigung des
keine Reinigungskraft erreichbar
rtmann (Chef der CFM-Reinigung)
0172 - 913 33 05

Stand: 26.01.2010

Zeichennummer	Zeichen	Zeichen
ZL: 5	Zeichen	Zeichen
Zeichennummer	Zeichen	Zeichen
Zeichennummer	Zeichen	Zeichen



Post 1/00/400

Türzettel Bettzettel

Frustfach / Stationsbesprechung

Versorgung



zyvoxid
Handwritten notes and papers on a desk.

**eine weitere Maßnahme ist ebenfalls zur
Nachahmung sehr zu empfehlen!**

in der Charité gibt es einen

internen Intensiv-E-Mail-Verteiler

in dem alle Leitungen + Stellvertretungen
erfasst und abgespeichert sind, und über den
z.B. Produkt- oder Gerätewarnungen
sehr zeitnah kommuniziert werden.

Fazit

- Irren ist menschlich
- keine Suche nach Schuldigen,
 ☞ es sei denn es passiert ständig der gleiche Fehler!
- und....

eine gute, vertrauensvolle und eindeutige Kommunikation
ist bestimmt einer der besten Wege
Fehler zu vermeiden bzw. frühzeitig zu erkennen!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit