



Situation: Verwechslung von LUER Verbindern

Debora Simmons et al. *Nutr Clin Pract* 2011;26:286-293

Tubing misconnections: normalization of deviance.

Table 1. Data on Enteral Tube Misconnections From Case Studies

Case Reports	Patient Outcome From 116 Cases	Threats Identified From 32 Reports	Recommendations From 32 Reports
(N = 116 in 34 reports) Patients <ul style="list-style-type: none"> • Adult (N = 60) • Child/infant (N = 30) • Not specified (N = 26) 	Death (N = 21) Survival <ul style="list-style-type: none"> • Hypersensitivity and hypercoagulopathy reaction (N = 1) • Septicemia/sepsis (N = 16) <ul style="list-style-type: none"> ◦ 2 with neurologic damage ◦ 2 with respiratory arrest ◦ 33 with hypoxia ◦ 1 with seizure and hypoglycemia ◦ 5 with intracranial hemorrhage • Renal impairment (N = 8) • Respiratory arrest/distress (not listed above) (N = 2) • Neurologic damage (not listed above) (N = 2), 1 with blindness and deafness • No harm or outcome not given (N = 12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Similar appearance of enteral feeds and IV infusion (N = 6) • Compatible (luer) tubing connectors (N = 15) • Enteral pumps and IV pumps <ul style="list-style-type: none"> ◦ On same IV pole ◦ Identical in appearance or used interchangeably ◦ Tubes running from pumps which look the same (N = 5) • Inadequate lighting (N = 2) • Lines <ul style="list-style-type: none"> ◦ confused ◦ Use of tubes or catheters for unintended purposes ◦ Placing functionally dissimilar tubes in close proximity to one another (N = 5) • Using luer lock syringes instead of oral syringes and unlabeled syringes (N = 1) • Human factors <ul style="list-style-type: none"> ◦ Knowledge deficit ◦ Confusion ◦ Fatigue ◦ Mistake (N = 11) • Modified tubing connector (N = 1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Write the order in full (N = 1) • Redesign connectors to prevent misconnection (eliminate cross-system-compatible connectors) (N = 22) • Visual cues <ul style="list-style-type: none"> ◦ Label or color to indicate system and contents ◦ Place catheters and tubing for differing systems on different sides of patient's body (N = 7) • Use oral syringes for feedings (N = 2) • Modify human factors through <ul style="list-style-type: none"> ◦ Training ◦ Changes in policies and protocols ◦ Routinely trace lines back to source/increased vigilance ◦ Increased supervision ◦ Double checks (N = 6) • Other equipment modifications <ul style="list-style-type: none"> ◦ Use an IV-incompatible NG tube and administration set ◦ Use different pumps for different purposes, when possible (N = 1)

IV, intravenous.

CIRS Meldung



Zwischenfall:

Patient wurde am 5. Post-op-Tag auf eine internistische Station zurückverlegt. Zur perioperativen Schmerztherapie erhielt der Patient einen thorakalen PDK, der bei unklarem Gerinnungstatus vor Rückverlegung nicht entfernt werden konnte. Am

Ursache:

Verminderte Aufmerksamkeit. Patient selbst konnte ebenfalls keine Auskunft geben, da schwerhörig und mit Situation überfordert. Keine Übergabe durch Stationspflege/Arzt, dass noch ein PDK vorhanden ist. Aufgrund der unklaren Gerinnungsproblematik

Maßnahmen:

Sofortiger Abbruch nach Applikation dieser unklaren, aber minimalen Menge und Information an die Anästhesie. Direkte Gerinnungskontrolle via Multiplate und Rotem mit anschließender Entfernung des PDKs.

CIRS Meldung

CIRSmedical.de-Plus - CIRSmedical.de



Fall-Nr: 107896

 Drucken |
  Kommentieren |
  Zurück

Fall

Titel: Verwechslung von PDK und ZVK auf Normalstation

Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?	Normalstation
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochentag
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	ASA III
Patientenzustand:	<i>leer</i>
Wichtige Begleitumstände:	<i>leer</i>
Was ist passiert?	<p>Patient liegt nach der Operation auf Normalstation. Er hat einen thorakalen PDA-Katheter. Bei der morgendlichen Schmerzvisite fällt dem Anästhesisten auf, dass Ropivacain über den ZVK läuft und die Antibiose über die PDA. Der Patient wird zur Zeit gewaschen. Es lässt sich rekonstruieren, dass die Infusionen (10 min.) kurz vorher zum Waschen diskonnektiert wurden und dann falsch wieder angeschlossen wurden. Insofern ließ sich der Zeitraum exakt rekonstruieren und die Menge von Ropivacain war insofern sehr gering. Die Vitalparameter waren stabil.</p>
Was war besonders gut?	- Verwechslung wurde dank der Morgensvisite direkt bemerkt.
Was war besonders ungünstig?	<ul style="list-style-type: none"> - Katheterende und Infusionsleitung waren nicht mit Etikett gekennzeichnet. - Personal war beim Wiederanschluss nicht aufmerksam.
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilanz beim Umgang mit Schmerztherapiekatheter - Konsequente Kennzeichnung der Katheter (im AWR und Intensiv vor Verlegung) - Personalschulung

CIRS Meldung

CIRSmedical.de-Plus - CIRSmedical.de

Fall-Nr: 38712
 Drucken |
 Kommentieren |
 Zurück

Fall

Titel: Leitungsverwechslung Schmerzpumpe statt an PDK an i.v.-Zugang angeschlossen

Zuständiges Fachgebiet:	Anästhesiologie
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
In welchem Bereich ist das Ereignis aufgetreten?	Normalstation
Tag des berichteten Ereignisses:	Wochentag
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
ASA Klassifizierung:	ASA I
Patientenzustand:	<i>leer</i>
Wichtige Begleitumstände:	<i>leer</i>
Was ist passiert?	<p>Ein Patient war schmerztherapeutisch mit einem Periduralkatheter und kontinuierlicher Ropivacain-Infusion via PCEA-Pumpe versorgt worden.</p> <p>Bei der Verlegung von der ITS löste sich wohl die gelbe Leitung von dem PDK-Filter und wurde dann von der Pflegekraft auf Station unwissentlich an den i.v.-Zugang angeschlossen. Infolge dieses Fehlers wurde kontinuierlich Ropivacain intravenös verabreicht. Der Fehler wurde rechtzeitig erkannt, der Patient kam durch diesen Zwischenfall nicht zu Schaden.</p> <p>Die Pflegekraft auf Station kannte das System nicht.</p>
Was war besonders gut?	Verfügbarkeit des Akutschmerzdienstes: Durch beginnende ineffektive Schmerztherapie konnte der Fehler schnell erkannt werden.
Was war besonders ungünstig?	- baugleiche Verbindung zwischen Katheter/i.v.-Zugang
Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?	<ul style="list-style-type: none"> - sofort: Kennzeichnung der Leitung patientennah: "PDK-kein i.v.!" - im Verlauf: Entwicklung spezieller Konnektoren für PDK-Pumpen/Katheter, die nicht an i.v.-Zugänge passen

Klinische Beispiele



Klinische Beispiele



Schlussfolgerung

Persistierende Verwechslungsgefahr

Potentielle Lebensgefahr



**Umstellung der Verbindungen zur Steigerung
der Patientensicherheit zwingend notwendig**