

NE 4: Unbeabsichtigtes Zurücklassen von Fremdkörpern in Patientinnen/Patienten

Kurze Beschreibung des NE

nichtbeabsichtigtes Zurücklassen sämtlicher Arten von Fremdkörpern (bzw. von Teilen davon), die nicht zum Verbleib im Körper vorgesehen sind ...

Typische Vorereignisse?

- Vorbereitung der „falschen“ Instrumente
 - spontaner OP-Technik-Wechsel
 - Notfall (Blutung → mehr Tupfer notwendig, blutige Tupfer heben sich kaum vom OP-Gebiet ab etc.)
 - spontaner Wechsel der Operateurin / des Operators
- Tupfer von „außerhalb des chirurgischen Bereichs“ (Anästhesie)
- Tupfer wird durchgeschnitten
- Produkt beschädigt (reißt bei Post-OP-Verbandswechsel bzw. Reoperation)
- Unklarheit/Missverständnis bei der Dokumentation der im Bauchraum verbliebenen Materialien

Maßnahmen, welche die Eintrittswahrscheinlichkeit des NE bzw. der Vorereignisse minimieren?

- prä- und postoperative Zählkontrolle (auch z. B. Gefäßklemmen)
- Instrumentenablage nach Norm – erleichtert Kontrolle auf Vollständigkeit
- jeder Fremdkörper, der eingebracht wird, muss dokumentiert werden (Implantatausweis)
- Überprüfung der Vollständigkeit bei Entfernung der verwendeten Materialien
- Medizinprodukteschulung (neue Mitarbeiterin / neuer Mitarbeiter oder neues Medizinprodukt)

An welchen Barrieren / Bei welchen Checks fallen NE bzw. Vorereignisse auf?

- Zählkontrolle vor, während und nach der Operation zum geeigneten Zeitpunkt (z. B. vor dem Vernähen einer Schicht; bei Personalwechsel)
- Abarbeiten der OP-Checkliste (insbesondere Sign-out)

Welche Signale streuen NE bzw. Vorereignisse im laufenden Prozess (bzw. ermöglichen ein Speak-up durch Mitarbeiter:innen)?

- Abweichung vom geplanten Vorgehen

NE 4

weitere Informationen: <https://www.cirsmedical.at/neverevents>

Dieses Never-Event ist in laufender Bearbeitung. Ihre Ergänzungen und Hinweise richten Sie bitte an neverevents@plattformpatientensicherheit.at.

1

- fehlendes Instrument
- Operateur:in wartet nicht auf korrekte Zählkontrolle
- OP-Checklisten werden nicht/unvollständig abgearbeitet.

Welche Signale sind aus Patientensicht bemerkbar (bzw. ermöglichen ein Speak-up durch Patientinnen/Patienten)?

- (?)

Welches Vorgehen nach der Entdeckung des NE minimiert das Schadensausmaß?

- Stopp – sofortige Klärung der Situation
- Beheben/Begrenzen des Schadens
- Klärung: Wer informiert Patient:in/Angehörige in welcher Form?
- (OP-)Müll darf nicht abgeholt/entsorgt werden.
- Klärung: Wer meldet an wen (in der eigenen Organisation)?
- Klärung: Müssen Medizinprodukte oder Ähnliches sichergestellt werden?
- Klärung: Wer dokumentiert wo was?

Was ist zu regeln, um das NE zu vermeiden?

- Vorgaben und Rahmenbedingungen für die Durchführung der WHO-OP-Checks (mindestens Sign-in, Team-Time-out, Sign-out):
 - Wie werden die WHO-OP-Checks den lokalen Gegebenheiten angepasst (z. B. fachspezifische Ergänzungen)?
 - Wie wird das Personal in den WHO-OP-Checks geschult, wie werden diese besprochen und eingeführt (im multiprofessionellen Team)?
 - Wie werden die WHO-OP-Checks evaluiert?
 - bezüglich des Inhalts?
 - bezüglich der Compliance der Beteiligten?
- Vorgaben und Rahmenbedingungen, wann eine (bzw. – abhängig von der Art des Eingriffs – mehrere) Zählkontrolle(n) durchgeführt wird (werden).
- Regelung des Umgangs mit Tupfern
 - Tupfer von „außerhalb des chirurgischen Bereichs“ (Anästhesie)
 - Teilen/Durchschneiden von Tupfern