

NE 5: Fehldosierung Hochrisikomedikament

Kurze Beschreibung des NE

Tod oder schwere Schädigung einer Patientin / eines Patienten durch Fehldosierung von Hochrisikomedikamenten

Typische Vorereignisse?

- Patientenverwechslung
- unzureichende Kommunikation von Medikamentenumstellungen (Generika, Lieferengpässe)
- zu viele verschiedene Konzentrationen der Medikamente in Verwendung
- falsche Berechnung
- fehlende Kenntnisse
- falsche/fehlende Pumpenprogrammierung
- schlechte Lesbarkeit der Verordnung
- unruhiges Umfeld – konzentriertes Arbeiten ist nicht möglich (Lärm etc.)
- Medikamentenverwechslung (Look-alike/Sound-alike)

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

- Definition: Was sind Hochrisikomedikamente, und welche besonderen Umgangsweisen sind damit verbunden?
- Schulungen/Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen (Risikobewusstsein)
- technische Unterstützung (elektronische Medikation, CDSS [clinical decision support system], Scanner, Warnsignal von Software etc.)
- Standards (Berechnungshilfen, Handlung bei Überdosierung ...)
- einheitliche Konzentrationen der Medikamente (bei Verdünnungen etc.)
- ruhiges und ungestörtes Arbeitsumfeld sicherstellen, um Verordnung, Vorbereitung und Verabreichung konzentriert durchführen zu können
- Vier-Augen-Prinzip
- Überprüfung der Praxistauglichkeit unterstützender IT-Systeme vor deren Einführung
- systematisches Hinzuziehen von Expertinnen/Experten (klinische Pharmazeutin / klinischer Pharmazeut ...)
- Einbindung der Patientin / des Patienten
- praxisgerechter Zugang zu allen relevanten Informationen zu jedem Zeitpunkt

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

- Warnings: Unterstützung durch IT-Systeme
- Abgleich der festgelegten kritischen Daten:
 - Patientenidentifikation

- 6-R-Regel/PMA (Patient:in, Medikament, Allergie)
- stop inject: check!

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

- Patient:in reagiert auf seinen/ihren Namen nicht
- Informationen stimmen nicht mit den eigenen Vorstellungen davon überein.
- Unterbrechungen bzw. Störungen bei der Verabreichung
- unübliche Variationen im üblichen (festgelegten) Ablauf
- unerwartete Reaktionen der Patientin / des Patienten

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

- falsche/unerwartete Angaben auf der Infusionsflasche (Name, Dosierung etc.)
- Personal spricht Patient:in mit falschem Namen an
- Vor Verabreichung wird keine Identifikation durchgeführt.
- Der tatsächliche Verabreichungsablauf stimmt nicht mit dem besprochenen Ablauf überein.
- unerwartete Empfindungen bzw. Nebenwirkungen

Welches Vorgehen nach der Entdeckung des NE minimiert das Schadensausmaß?

- Zufuhr stoppen – sofortiges Beenden der Medikation
- sofortige Klärung der Situation
- Hinzuziehen anderer Kolleginnen/Kollegen bzw. Berufsgruppen, wenn nötig, bis zum Herzalarm
- Schaden begrenzen (ggf. Notfallbehandlung)
 - Antagonisierung, wenn möglich
 - Diagnostik bei Bedarf
 - engmaschige Überwachung der Patientin / des Patienten
- Klärung: Wer informiert Patient:in bzw. seine/ihre Angehörigen in welcher Form (über Geschehenes informieren, in Beobachtung der Symptomatik miteinbeziehen, Verhaltensweisen)?
- Klärung: Wer dokumentiert wo was?
- Klärung: Wer meldet an wen (in der eigenen Organisation)?
- Klärung: Müssen Medizinprodukte oder Ähnliches sichergestellt werden?

Was ist zu regeln?

- Definition: Was sind Hochrisikomedikamente, und welche besonderen Umgangsweisen/Standards sind damit verbunden?
 - Berechnungshilfen
 - einheitliche Konzentrationen der Medikamente
 - Handlungsweisen bei Überdosierung

- Checkregelung:
 - Patientenidentifikation
 - 6-R-Regel/PMA (Patient:in, Medikament, Allergie)
 - stop inject: check!
- Regelung der Rahmenbedingungen bei Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten (z. B. Umgebung, Ungestörtheit, Vorgehen bei ungeplanten Unterbrechungen, Verwerfen bei Unklarheiten)