

Naamsverwarring

Een medicatieopdracht voor polyethyleenglycol verandert in het proces in propyleenglycol. De fout wordt pas ontdekt als de patiënt met een hartmassage moet worden gered.

DOOR MARE BERGSMa, MEDIRISK

DE CASUS

Als een patiënt met een overdosis ibuprofen wordt opgenomen in een ziekenhuis komt de Spoedeisende Hulp meteen in actie. De dienstdoende arts adviseert om te starten met een polyethyleenglycol lavage-vloestof via een maagsonde. Omdat het noodzakelijk is de patiënt goed te bewaken, gaat hij naar de IC. De IC-arts schrijft de toediening van het laxans polyethyleenglycol (PEG) voor. Daarna gaat het mis. De schriftelijke medicatieopdracht blijft op de IC-afdeling achter. De gehele medicatieaanvraag is verder mondeling afgehandeld waarbij de naam polyethyleenglycol per abuis wordt veranderd in propyleenglycol. Hierdoor wordt de ver-

keerde medicatie afgeleverd op de IC-afdeling en ondanks controle door de verpleegkundige aangehangen. Als de patiënt achteruit gaat en een hartmassage moet krijgen, wordt de toediening van het verkeerde middel ontdekt en direct gestaakt. In overleg met de nefroloog en de ziekenhuisapotheker krijgt de patiënt daarna nog vier uur hemodialyse en een dag continu venoveneuze hemofiltratie. Gelukkig kan de patiënt zonder meetbare schade het ziekenhuis verlaten.

DE RECONSTRUCTIE

De ernst van deze fout was voor het ziekenhuis aanleiding om direct actie te ondernemen en de oorzaak van het incident te on-

derzoeken. Dat deden ze - met subsidie van MediRisk - via de Prisma-methode (zie kader). Deze analyse laat zien dat de oorzaak van het incident - zoals vaker het geval is - bij een combinatie van factoren ligt, zowel menselijke als organisatorische. Zo bleek al snel dat de twee verpleegkundigen die de medicatie controleerden, er beiden van uitgingen dat de naam propyleenglycol op het etiket een synoniem was voor polyethyleenglycol (PEG). Zij hebben de IC-arts gevraagd of dit laatste inderdaad het juiste middel was en deze beaamde dat. Ook vertrouwden zij erop dat de apothekersassistent het juiste middel had afgeleverd. Uit het onderzoek bleek dat deze aangenomen dat hij het juiste medicijn pakte, zonder dit als dubbele controle af te stemmen met de dienstdoende apotheker. Deze bleek niet de apotheker van het eigen ziekenhuis te zijn, hetgeen de apothekersassistent ervan weerhield om te bellen. Daarnaast bleek uit het onderzoek dat de verpleegkundige de infuus pomp verkeerd had ingesteld, ondanks een juiste notering door de arts. Voor het instellen van pompen was in dit ziekenhuis op het moment van het incident geen dubbele controle verplicht.

Er lag ook een oorzaak in de communicatiesfeer. Dat de apotheek de propyleenglycol in plaats van polyethyleenglycol afleverde kon gebeuren doordat er geen recept was. Er

CLAIMRECONSTRUCTIE

was wel een schriftelijke medicatieopdracht, maar die was achtergebleven op de IC. Ook speelde het incident zich 's nachts af, waarbij zaken soms anders verlopen dan gebruikelijk. Het ontbreken van het recept zorgde daarna voor een communicatiestoornis tussen de IC-arts, de opnamecoördinator en de apothekersassistent waardoor het woord polyethyleenglycol ineens veranderde in propyleenglycol. Dat middel was namelijk wel in huis in tegenstelling tot de polyethyleenglycol. Ondanks een lichte twijfel ging de apothekersassistent er, mede door de grote tijdsdruk, van uit dat hij propyleenglycol moest leveren. Hieruit blijkt dat de procedure voor aflevering van medicatie buiten kantooruren niet sluitend is. Ook zijn er geen duidelijke afspraken dat je bij twijfel altijd bij de dienstdoende apotheker aan de bel moet trekken. Als laatste kwam in de analyse naar voren dat intoxicatie in het algemeen sporadisch voorkomt op de IC. Daardoor


zijn de zorgverleners niet goed bekend met het gebruik van polyethyleenglycol.

WAT KAN EEN ZIEKENHUIS DOEN?

Belangrijk onderdeel van de Prisma-methode is het formuleren van verbeteracties. In deze casus heeft het ziekenhuis verbeteringen doorgevoerd op de volgende onderdelen:

- De procedure voor het controleren van de medicatie-opdracht met de geleverde medicatie is verbeterd en direct ingevoerd. Voortaan moeten twee verpleegkundigen controleren of er sprake is van de juiste medicatie en de juiste pompinstelling.
- Er is een procedure opgesteld en ingevoerd voor het uitwerken en afleveren (buiten kantooruren) van de medicatie-opdracht wanneer medicatie niet op een afdeling aanwezig is. Bij twijfel moet altijd de ziekenhuisapotheker worden gebeld. Ook is nog eens benadrukt dat er op de apotheek nooit zonder een recept mag worden gewerkt.
- In de procedure is opgenomen dat de ziekenhuisapotheker standaard geraadpleegd wordt bij vragen betreffende een intoxicatie.
- Medewerkers op de IC krijgen regelmatig bijscholing over toxicologie-protocollen.
- Er wordt een elektronisch voorschrijfsysteem aangeschaft om de receptenstroom geautomatiseerd te laten verlopen en continue medicatiebewaking uit te voeren.

Met dank aan het ziekenhuis dat met openheid van zaken medewerking verleende aan deze claimreconstructie.

 Op www.medirisk.nl/kennisbank staan handige praktijkvoorbeelden om medicatiefouten te voorkomen en methodes om incidenten te analyseren.