



Incidenten bij gebruik van spuitpomp

Het Portaal voor Patiëntveiligheid ontvangt met enige regelmaat meldingen rond het gebruik van spuitpomp. In 2018 is in dit kader al aandacht besteed aan verwisselingen van epidurale en intraveneuze lijnen (*Praktijkprikkel 2018-6: Verwisseling epidurale en intraveneuze lijnen bij toediening medicatie*). Naast verwisselingen treden nog andere (vermijdbare) incidenten op bij gebruik van spuitpomp. Onderstaande casussen illustreren dit.

Casus 1

Een man krijgt kaliumchloride (1 mmol/ml) intraveneus toegediend via een spuitpomp die over een perifere lijn loopt (dosering 60 mmol/dag). Daarnaast wordt een zout-glucose infuus via een perifere infuus over dezelfde lijn gegeven, zodat er voldoende flow over de lijn ontstaat. Omdat de man weer mocht gaan drinken, is het infuus verlaagd naar 15 ml/uur. De man ontwikkelt pijn bij zijn voet en de verpleegkundige constateert een blauw/witte verkleuring, waarna het infuus verwijderd wordt. De minimale flow mag volgens protocol niet lager dan 21 ml/uur zijn.

Casus 2

Een man krijgt bupivacaïne (0,125%) met sufentanil (1 microg/ml) toegediend via een epidurale pomp. Op het etiket van de spuit die in de pomp zit, wordt alleen vermeld dat er bupivacaïne in zit, zonder toevoeging van concentratie. Ook de toevoeging van sufentanil is niet genoteerd op het etiket. De verpleegkundige die dit constateert, overlegt met haar collega, met de vraag waarom het etiket onvolledig is. De collega geeft aan dat de spuit toch iedere 5 uur verwisseld wordt en vraagt zich af wie er belang bij heeft om dit te weten.

De patiënt geeft zelf tevens aan dat hij per ongeluk op de 'purge' knop drukte, toen hij probeerde het alarm uit te zetten. De knoppen zitten naast elkaar op de spuitpomp en zijn niet vergrendeld. De man heeft hiervan geen schade ondervonden.

Casus 3

Een man krijgt bupivacaïne (0,25%) toegediend via een epidurale pomp. De pomp wordt door een verpleegkundige verlaagd van 8 ml/uur naar 2 ml/uur. Als een tweede verpleegkundige drie uur later controles uitvoert bij de patiënt, staat de pomp weer op 8 ml/uur. Zij vraagt aan de man of de pomp eerder door een collega is verlaagd, waarop de man antwoordt dat hij zelf de pomp weer op de oude stand heeft teruggezet.

Het ziekenhuis maakt gebruik van open pompen, waardoor deze in principe door iedereen bediend kunnen worden. De patiënt heeft geen schade ondervonden van de verhoging van de pompstand.

Risico's

- Indien risicovolle middelen met behulp van een spuitpomp via een perifere lijn worden toegepast, is er risico op schade bij onjuist gebruik (zie casus 1).
- Indien niet iedereen het belang van juist etiketteren van spuiten doorziet, is er risico op onvolledige etikettering, waardoor juistheid van het gebruik niet gegarandeerd kan worden (casus 2).



- Wanneer patiënten zelf instellingen van pompen kunnen aanpassen, is er een groot risico op onjuiste toediening en dientengevolge schade (zie casus 2 en 3).

Aanbevelingen

Voor ziekenhuisapothekers / verantwoordelijken voor het thema 'high-risk medicatie':

- Het gehele proces rondom het veilig gebruik van spuitpompen is complex. Er zijn veel processtappen waarin fouten kunnen ontstaan. Het is aan te bevelen om lokaal een risico-inventarisatie uit te voeren op het gehele proces rondom toepassen van spuitpompen.
- Zorg voor duidelijke werkinstructies omtrent het gebruik van spuitpompen en zorg ervoor dat deze bij alle verpleegkundigen bekend zijn.
- Zorg ervoor dat risicovolle middelen bij voorkeur niet met behulp van een spuitpomp via een perifere lijn worden toegediend.
- Zorg ervoor dat alle verpleegkundigen bekend zijn met de regels en noodzaak omtrent juiste etikettering van spuiten.
- Zorg ervoor dat alleen geautoriseerd personeel spuitpompen kan bedienen, door bediening te vergrendelen voor derden.