



## Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmEdical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über:



IAKH Fehlerregister



CIRSmEdical AINS

von BDA/DGAI und ÄZQ

<b>Thema/Titel</b>	Fehlabnahme der Blutprobe bedingt Übertransfusion
<b>Fall-ID</b>	122-2017-A5A8
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>ASA 4 Patient, der von einer Honorarkraft auf der Intensivstation betreut wird, erhält aufgrund einer schweren Anämie mit einem Hämoglobingehalt (Hb) von 8,3 g/dl morgens laut Dienstarztanordnung zwei Ery-Konzentrate. Die Kontrollabnahme zeigt einen unbefriedigenden Hb-Anstieg auf 8,9 g/l. Eine weitere Abnahme am anderen Arm erbrachte dann einen Hb von 10,1 g/l.</p> <p>Die Kontrollprobe wurde von der Aushilfskraft an einem Arm mit laufender Elektrolyt-Infusion abgenommen und durch die laufende Infusion verdünnt. Dies ist ihr kurz vor Dienstschluss angeblich nicht aufgefallen.</p>
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch die Fehlabnahme am Infusionsarm wird eine zu niedrige Hämoglobinkonzentration gemessen</li> <li>• Die abnehmende Pflegekraft ist in einem Honorarvertrag nach Prüfung ihrer Zulassung und Berufserlaubnis angestellt. Über die Qualität der fachlichen Arbeit, die Sprachfähigkeiten und den Wissensstand der dringend benötigten Kräfte weiß die einstellende Klinik bei der ersten Beschäftigung meist wenig. Auch sind zeitraubende Einweisungen und Informationen über existierende SOPs in der Personalknappheit schwer zuverlässig zu organisieren. In diesem Fall kann die Fehlabnahme aber aus Unachtsamkeit, Desinteresse oder Unwissenheit entstanden sein. Diese Faktoren könnten auch bei fest eingestellten Kräften eine zeitweilige eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bedingen. Für Honorarkräfte sind aber die Reputation und Karrieremöglichkeiten aus zuverlässiger und guter Performance nicht gegeben. Meist ist auch die Rückverfolgung eines Fehlers sehr schwierig, wenn nicht unmöglich ist, weshalb die persönliche Rückmeldung diese Zeitarbeiter wenig trifft und auch selten</li> </ul>

	<p>bekannt wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sowohl die Indikation für eine Doppeleinheit Erythrozytenkonzentrate als auch die Dosisberechnung bei einem vermuteten Hämoglobingehalt über 8g/dl ist bei einem symptomfreien stabilen Patienten nicht unbedingt richtig. Nur bei einem instabilen Patienten mit unkontrollierter Blutung ist eine einzelne Einheit vertretbar, nicht aber eine Doppeleinheit. Die Übertransfusion beinhaltet bei diesem Patienten 2 unnötige Einheiten!</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	2 Anforderung, 15 Indikationsstellung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	EK
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	nein
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Intensiv
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	ASA IV, Bereitschaftsdienst, Nacht, Routine
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)</b>	B
<b>Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b>	Nein/nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	<u>Immerhin war eine Erfolgskontrolle nach Transfusion beabsichtigt</u>
<b>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</b>	<b>2/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</b>	<b>4/5</b>
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>SOP/ Verfahrensanweisung/ Fortbildung: Präanalytik-Fehlerquellen: Ihre Häufigkeit, Bedeutung und Konsequenzen für Diagnostik und Therapie</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fortbildung/ SOP/ Verfahrensanweisung: Hämotherapie-Querschnittsleitlinien: Warum ist die Verabreichung von Doppeleinheiten mit einer Übertransfusion und einem schlechteren Outcome vergesellschaftet?</li> <li>3. SOP/ Fortbildung Intensivpersonal: Rechtliche Konsequenzen bei Behandlungsfehlern von Honorarkräften</li> <li>4. Meldung an die Transfusionskommission</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etablierung eines Curriculums bzw. Standardvorgehens zur Ausbildung und Wissens-/ Fähigkeitskontrollen von Honorarkräften</li> <li>2. Einführung einer seriösen internetbasierten Empfehlungsbörse von Honorarkräften</li> <li>3. Deltacheck (eine Abweichungsanzeige und Prüfung auf Plausibilität) auch der POCT-Laborgeräte mit einer Anzeige der möglichen Fehlerquellen (Verdünnung durch Abnahme am Infusionsarm?)</li> <li>4. Elektronische anwenderspezifische Dokumentation der abnehmenden und analysierenden Person (z.B. am BGA-Gerät - kein Stationspasswort)</li> </ol>
--	---

**\* Risikoskala**

**Wiederholungsrisiko**

1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000
2/5	gering/ selten max. 1/10 000
3/5	mittel häufig max. 1/1000
4/5	häufig, min. 1/100
5/5	sehr häufig, min. 1/10

**Schweregrad/Gefährdung**

1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden

**\*\* Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei Fehler bei der Probenabnahme
2. Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
3. Fehler im Labor

## Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

4. Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung
5. Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung
6. Hämostasemanagement
7. sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
15. Fehler bei der Patientenidentifikation