

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

Thema/Titel	Fehltransfusion aufgrund Unaufmerksamkeit und fehlender Patientenidentifikation
Fall-ID	174-2020-R4B5
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Zwei Patienten sollten zeitgleich transfundiert werden. Es wurde der Bedside-Test durchgeführt, aber beide hatten die gleiche Blutgruppe (A). Es bestand nur eine Unterscheidung im Rhesusfaktor.</p> <p>Leider ist der Kollege (Funktions-/Pflegepersonal) nach der Vorbereitung der Konserve mit d-Konserve zum D-Patienten gelaufen. Die Konserve wurde transfundiert! Der Begleitschein befand sich an jeder Bluteinheit.</p> <p>Nach Aussage des Kollegen war es Unaufmerksamkeit, die zur Fehltransfusion führte. Die Patientenidentifikation wurde offensichtlich nicht durchgeführt.</p> <p>Zum Glück wurde dies rechtzeitig bemerkt, sodass es nicht noch zu einer 2. Verwechslung kam (dann wäre AD auf Ad transfundiert worden). Der Fehler wurde taggleich an den TV von Pflege, den Transfusionsarzt per Mail und am Folgetag durch den TB telefonisch gemeldet.</p> <p>Es wurde ein Reklamationsprotokoll erstellt, an CIRS gemeldet, sowie an pharmazeutischen Hersteller und PEI.</p> <p>Fehler/Ursacheneruierung soll im Team ausgewertet werden. Bisher gab es noch kein Feedback.</p>
Problem	<p>Die beiden unabdingbaren Voraussetzungen einer sicheren Transfusionspraxis sind Bedside-Test und eine sichere Patientenidentifikation. Ob in diesem Fall eine Version des Bedside-tests verwendet wurde, die die Rhesusformel testet (z.B. Serafol), geht nicht aus der Meldung hervor. Eventuell hätte dies den Fehler verhindert und die Aufmerksamkeit der im Prozess befindlichen Akteure erhöht.</p> <p>Die hier beschriebene Unaufmerksamkeit ist wahrscheinlich Folge einer häufigen, aber nicht minder gefährlichen Praxis. Die Maßnahmen zur Vorbereitung einer Transfusion wurden ver-</p>

<p>[1] Spencer-Brown, G.; Riemann, Bernhard (2014): <i>Laws of form</i>. Rev. 6. Engl. ed. Leipzig: Bohmeier.</p>	<p>mutlich nicht im Patientenzimmer am Bett durchgeführt, sondern räumlich getrennt an einem anderen Ort. Damit entsteht eine vermeidbare Sicherheitslücke im Prozess, die den Fehler ermöglicht hat.</p> <p>Wir können der Meldung nicht entnehmen, ob die Verantwortung für die Durchführung der beiden geplanten Transfusionen bei einer Person lag oder zwei Transfundierende verantwortlich waren.</p> <p>George Spencer Brown hat in seinem Gesetz „The Law of Form“ [1] die Grundschrirte formaler Handlungen das Unterscheiden und Bezeichnen formuliert. Was geschieht, wenn bei zwei zeitgleich ablaufenden Untersuchungen das gleiche Ergebnis festgestellt wird? Der handlungsleitende Unterschied - der den Empfänger der Transfusion eindeutig markiert verschwindet in der Gleichheit des Untersuchungsergebnisses.</p> <p>Wenn der Test als Bestätigung der erwarteten Blutgruppe wahrgenommen (Konfirmation-Bias) wird und eine Zuordnung zu Patienten und Blutprodukt ausbleibt, ist das Fundament für den zweiten Fehler gelegt.</p> <p>Der fundamentale, in diesem Fall vernachlässigte, Arbeitsschritt ist die sichere Patientenidentifikation. Aus der häufigen Meldung von Fehlern in unserem Fehlerregister bei diesem Handlungsschritt ergibt sich unsere Forderung einer bewussten [zumindest mentalen] Checkliste vor jeder Transfusion. Hier kann die Medizin von den Erfahrungen der Fliegerei lernen. InPass, eine Organisation, die sich Patientensicherheit zur Aufgabe gemacht hat, plädiert für bewusste Haltepunkte („STOP-Injekt: Check“ Kampagne) vor der Durchführung von medizinischen Maßnahmen, die sich nicht zurücknehmen lassen. Sichere Arbeitspraktiken erfordern eine geringe Zeitinvestition, Fehler dagegen erhöhen, neben der Gefährdung der behandelten Patienten, den Aufwand erheblich.</p> <p>In der hausinternen kritischen Evaluation des berichteten Fehlers sollten neben den berichteten individuellen Fehlern auch systemische Voraussetzungen für die Realisation des Fehlers analysiert werden. Ist der geschulte Ablauf zur Durchführung der Transfusion robust genug, um die Entwicklung des Fehlers zu vermeiden? Werden geplante Handlungen im Team verbal geäußert („Ich gehe jetzt zu Patient XY und hänge die Konserve XY an“) und bewusst rückgekoppelt oder arbeiten die Teamteilnehmer ohne den Wunsch auf ein Feedback des therapeutischen Teams?</p> <p>Hochverlässliche Organisationen zeichnen sich nicht durch das Ausbleiben individueller oder technischer Fehler aus, sondern strukturieren ihre Handlungen so, dass sich diese unvermeidbaren Fehler nicht als Schaden am Patienten realisieren.</p> <p><i>“... For these organisations, the pursuit of safety is not so much about preventing isolated failures, either human or technical, as about making the system as robust as is practicable in the face of its</i></p>
---	---

[2] Reason, James (2000): „Human error: models and management“. In: <i>British Medical Journal</i> . 320, S. 3.	<i>human and operational hazards. High reliability organisations are not immune to adverse events, but they have learnt the knack of converting these occasional setbacks into enhanced resilience of the system ...” [2].</i>
Prozesseilschritt*	4, 15
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Nicht beurteilbar
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Bereitschaft, ASA 3
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Die notwendigen Meldungen wurden ausgelöst und es gibt ein strukturiertes Verfahren zum Umgang mit Fehlern in der berichtenden Organisation.</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. Überarbeitung SOP/VA Transfusion/Qualitätshandbuch und Information aller ärztlichen und Pflege-Mitarbeiter in einer Fortbildung 2. Training des Anwendungsprozesses der Blutprodukte anhand der Musterverfahrensanleitung der IAKH bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter [3]

<p>[3] Musterverfahrensanweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven - empfohlenes Vorgehen der IAKH</p> <p>Unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p>	<p>3. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung eines Bedside-Tests mit Rhesusfaktor 2. Patientenidentifikation mit RFID oder Barcode-Armbändern 3. Einführung einer strukturierten Supervision der Assistenzärzte auch in praktischen Dingen
--	---

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

*** Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei der Probenabnahme
2. Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
3. Fehler im Labor
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
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko		Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000	1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	gering/ selten max. 1/10 000	2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig max. 1/1000	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	häufig, min. 1/100	4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche bleibende Schäden
5/5	sehr häufig, min. 1/10	5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden