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	Keine Eks bereitgestellt
Fall-ID	092-2015-N9H6
	65 j, extrem übergewichtige MS Patientin (135kg) zur Dekubitusausschneidung im OP. Diabetes , Niereninsuffizienz/Urämie (Krea 3,7, Hst 188) etc. Hypertonusbehandlung mit Candesartan, und Doxazepin in Maximaldosierung in Kombination mit Diuretikum (HCT) trotz hypotoner Blutdruckwerte (80/45). Wiederholte Dekubitustoilette in den Vorwochen, Patientin schildert auch wiederholte (großvolumige) Blutabgänge bei der Wundpflege zu Hause. Aufnahme am Vortag zur Operation mit einem Hb von 9,2, INR 1,27. CRP 211, Leukos 15000. Im OP ist ein großflächiges Ausschneiden notwendig. Intraoperativ Akrinor und Arterenol pflichtig, kreislaufinstabil im AWR. Hb 7,1 ohne nennenswerte Volumensubstitution. Erst dann fällt auf, dass keine Eks bereitsgestellt oder gekreuzt sind. Patientin erhält ein EK und 1 Liter Gelatinelösung, Hb dann bei Kontrolle 8,2. Verlegung nur auf Normalstation möglich, keine IMC vorhanden und ITS voll belegt.
Problem	- Bei relativ gut voraussagbarer hoher Transfusionswahrscheinlichkeit ist vermieden worden, die Eks bereitstellen bzw. Kreuzen zu lassen. Gewisser Volumenmangel bzw. Herzkreislaufschwäche bei SIRS unter Narkose in Zusammenhang mit einem leider nicht genauer bezifferten Blutverlust (ohne Volumensubstitution hier geschätzt 1-1,5 l) führt zu einem Absinken der Hb-Konzentration unter den Schwellenwert 8,0g/dl. Im Aufwachraum erfolgt dann die verspätete Transfusion, weil die Antikörpersuche negativ ausgefallen ist. - Ob ein Patient in dieser Situation auf Normalstation verlegt werden kann, hängt von

	der Ausstattung und der dortigen Überwachungsqualität ab, ist aber in den meisten Fällen nicht vorhanden. Wenn die Verlegung auf eine IMC oder durchgehendem Aufwachraum nicht möglich ist, sollten mindestens mobiles Monitoring auf Normalstation (Pulsoximeter, EKG-Monitor, Blutdruckmessung, Ein-Ausfuhr-Protokoll) und intensivierte Pflege angeordnet werden.
Prozessteilschritt**	Anforderung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA IV, Routine
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 den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein / nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	Es wurde nur ein EK leitliniengemäß verabreicht
***Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit**	**3/5**
***Potentielle Gefährdung/Schweregrad**	**4/5**
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** 1. Fortbildung für Ärzte und Pflegekräfte: präoperative Blutbereitsstellung in der Hämotherapie 2. SOP, Verfahrensanweisung: Blutbedarf der chirurgischen Abteilungen nach aktuellen Statistiken 3. Meldung des Falls an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. Bei Verkmüpfung des KIS mit der Blutbank und dem OP-Management, sollte bei der Eintragung

	der OP in die OP-Planung automatisch geprüft werden können, ob Eks bereitgestellt sind. 2. Elektronische Patientenakte auch auf Normalstation hätte verschiedene Aufmerksamkeitswarnungen herausgeben können- bei einer Verlinkung der Medikamentenliste mit dem Labor der Hinweis zur Kontraindikation edes Diuretikums und die Beeinflussung der Mediakmentenelimination- bei einer Verlinkung der Medikamentenliste mit der Registrierung der Vitalparameter die Warnung zur Reduktion der Antihypertensiva 3. Bei einem noch im Aufwachraum kreislaufinstabilem und immer noch anämischen Patienten unter Katecholaminen sollte eine anschließende Überwachung mit EKG und arteriellem Blutdruckmonitoriung auf IMC oder Intensivstation möglich sein- Alternativ -mobiles Monitoring und Sitzwache/erhöhter Überwachungsschlüssel

1

*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**

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

1. -Fehler bei 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

15. -Fehler bei der Patientenidentifikation