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	Verwechslung eines Erythrozytenkonzentrats bei gleichem Nachnamen
Fall-ID	xx-CM2015-128734
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Ein Patient mit Anämie soll eine Konserve erhalten. Das Stationspersonal bekommt den Auftrag eine Konserve aus dem Labor zu besorgen. Das Stationspersonal holt aus dem Labor jedoch eine Konserve eines Patienten mit einem fast gleichen Nachnamen (anstatt eines Vokals ein Umlaut) aber mit unterschiedlichen Vornamen und Geburtsdaten. Zudem liegen die Patienten auf unterschiedlichen Stationen. Der Stationsarzt führt den Bedside-Test durch, die Blutgruppe ist identisch, die Konserve wird angehängt, nach kurzer Zeit wird die Verwechslung bemerkt und die Transfusion gestoppt. Nach Rücksprache mit dem Transfusionsverantwortlichen wird die Konserve ins Labor zurück gebracht und für den richtigen Patienten nachgekreuzt, Antikörpersuchtest und Rhesus Faktor sind korrekt, sodass die Konserve doch noch transfundiert wird (nach Nachkreuzen). Keine weiteren Folgen für den Patienten
Problem	- Das Stationspersonal holt die falsche bereits „gekreuzte“ (mit einem unauffälligen Antikörpersuchtest befundeten) Konserve aus dem Labor. Offenbar ist der Zugriff auf die Blutkonserven nicht kontrolliert oder die Labor-MTA hat nicht bemerkt, dass für 2 Patienten mit gleichem Nachnamen Eks gekreuzt worden sind. - Vermutlich sind die Blutkonserven im Kühlschrank nach Blutgruppe und Verträglichkeit geordnet. Eine RFID- oder scannerbasierte Entnahme , Stationszuordnung oder eine Markierung der Lagerung von Blutkonserven mit zwei gleichen Empfänger-Nachnamen hätte den Fehler vermutlich verhindert. - Die Bestellung des Eks ist nicht digital erfolgt oder mit

	Patientenetikett auf dem Anforderungsschein erfolgt. Das scheint ebenfalls nicht geregelt zu sein. - Der Arzt führt keinen Abgleich der Kreuzprobe oder eine mangelhaften Identitätskontrolle des Patienten durch. Die Nummer des Erythrozytenkonzentrates auf der Konserve und dem Befund des Antikörpersuchtests muss übereinstimmen. - Für den zweiten Patienten ist nun ein EK weniger ausgetestet. Hier muss ein AKS nachgeholt werden. Das könnte ebenfalls zu Verzögerungen und Problemen führen.
Prozessteilschritt**	2, 3
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Nicht angegeben
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, Labor
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Keine ANgabe
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	A, B
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 <u>Kommissionskommentar</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:** 1. Kliniker-Fortbildung auch für Pflegekräfte: Anforderung und Transport von Blutprodukten 2. Labor-SOP, Verfahrensanweisung: Blutprodukteerfassung, Lagerung und Ausgabe 3. Aerzte-SOP u. Berufsgruppenübergreifende Fortbildung zur korrekten Identitätssicherung und Verabreichung von Blutprodukten 4. Meldung des Falls an die Transfusionskommission

	Strukturqualität: 1. Elektronische Anforderung von Blutkonserven bzw. Ausgabe nur gegen Kopie eines Anforderungsscheines mit Patienten-ID und Indikation, Transfusionsanamnese, etc. 2. Ausgabe der Blutprodukte im Vieraugenprinzip, bzw. nach erfolgter Einscannung und Zuordnung im Lagerbestand 3. Besondere Trennung bei gleichen Patientennamen im Blutkühlschrank- RFID- oder scannerbasierte Entnahme , Stationszuordnung oder eine einfache Markierung der Lagerung von Blutkonserven mit zwei gleichen Empfänger-Nachnamen mit Textmarker auf dem Begleitschein oder Empfängeretikett auf Konserve 4. Scannerbasierter Abgleich der Blutprobenetiketten mit dem Barcode auf dem Bett bzw. dem Patientenarmband vor der Verabreichung von Blutprodukten

*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