

## 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>	Rückgabe eines Eks wegen unerwartetem HB-Anstieg
<b>Fall-ID</b>	75-2014- L6N8
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Ein Ek wird, wie in der handschriftlichen Anforderung eingetragen, wegen Anämie angefordert. Bedsidetest und ein Identitätscheckgemacht sowie die Verträglichkeit und das Verfallsdatum des AKS geprüft. Dann wird das EK zurückgegeben, weil es zu einem unerwarteten HB-Anstieg gekommen ist.
<b>Problem</b>	-Unnötiger EK-Transport: Die Indikationsstellung beruhte hier vermutlich lediglich auf einen Laborwert und nicht auf einer symptomatischen Anämie. Die Überprüfung eines Laborwerts auf Plausibilität ist wohl zwischenzeitlich erfolgt, davor wurden alle Vorbereitungen zur Transfusion getroffen. Dieses synchrone Arbeiten macht Sinn, wenn Zeit gewonnen werden muss. Da die Anämie nicht symptomatisch ist, führt die Vorgehensweise hier aber zu einem unnötigen Transportaufwand als auch zu dem potenziellen Risiko, der Verwechslung und dass die Kühlung des EK unterbrochen wird. Wenn keine Dringlichkeit geboten, ist, sollte der versuchsweise Abruf eines EK aus der Blutbank/Depot und wieder zurück unterlassen werden.

	<p>- Die EKS waren bereits gekreuzt und ein AKS lag ebenfalls vor- die Transfusion war also erwartet worden. Wenn die Wahrscheinlichkeit zur Transfusion nicht allzu hoch eingeschätzt wird, könnte man sich den gegebenfalls den AKS, sicher aber die Kreuzprobe schenken und somit die Blutbereitstellung effektiver gestalten und noch dazu Kosten sparen.</p> <p>- Die Indikationsstellung für die Transfusion eines EK infolge Anämie sollte auf eine klinische Ursache zurückzuführen sein. Sind keine plötzlichen Ursachen wie peranale Blutabgänge, chirurgische Nachblutungen oder sonstige Gründe eruierbar, sollten Variationen des Volumenstatus eruiert werden. Es existiert in der Institution offenbar kein intraoperatives HZV- und Volumenmonitoring (oder wurde nicht benutzt oder war nicht benutzbar/verfügbar).</p>
<b>Prozessteilschritt**</b>	2-Produktanforderung, 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>	Intensivstation
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA )</b>	ASA III
<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 Kommissionskommentar</b>	
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	3/5
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	4/5
<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>1. SOP/Fortbildung: Anforderung von Blutgruppe und Blutkonserven</li> <li>2. SOP/Verfahrensanweisung: Indikationsstellung in der Hämotherapie</li> </ol>

	<p>3. Fortbildung/Rotation zur Organisation eines Blutdepots, Blutbank und zur Laborarbeit im immunhämatologischen Labor</p> <p>4. SOP-noninvasive HZV- und Volumenmonitoring bei Anämie und Volumenverlust</p> <p>5. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <p>1. Deltacheck bei der Laborsoftware</p> <p>2. Die Nutzung einer noninvasiven HZV- bzw. Volumenmessung erhöht die Sicherheit einer Volumenmangeldiagnose. Die Indikation eines Eks sollte sich nicht alleine auf den Laborwert Hämoglobingehalt beziehen.</p>
--	---

**\*Risikoskala:**

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

**\*\*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