



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH FehlerRegister



PaSOS/PaSIS-DGAI/BDA

Thema/Titel	Erschwerte Patientenidentifikation durch Prämedikation und Schwerhörigkeit
Fall-ID	PaSIS 91036931/11-2009
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet) und die	<p>Prämedizierter und schwerhöriger Patient kommt zur endoprothetischen Versorgung (elektiv?) in den OP. Er wird vom Anästhesisten mit dem Namen angesprochen, der auf den begleitenden Akten steht. Der Patient reagiert nicht. Der Anästhesist wendet sich der Kurve zu und bei Durchsicht der Laborwerte fällt ein niedriger Hb-Spiegel auf. Es werden Eks für den Pat. bestellt und ein Bedsidetest durchgeführt, der nicht mit der Blutgruppe auf dem Konservenbegleitschein übereinstimmt. Beim Anruf im Labor stimmen aber die hinterlegte Blutgruppe und die Konserven als auch die positive Verträglichkeitsprobe überein. Jetzt erst wird der Pat. nochmalig eindrücklich und laut nach seinem Namen befragt und der Irrtum geklärt: Eine falsche Akte war versehentlich mit dem Patienten in den OP gegeben worden.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Bei einem schwerhörigen Patienten (erschwerte Patientenidentifikation) sind falsche Akten mit in den OP gegeben worden. Der Irrtum ist nicht an der Schleuse aufgefallen. • Bei einem elektiven endoprothetischen Eingriff hätte eine präoperative Anämie diagnostiziert und therapiert werden sollen
Prozesseilschritt**	Verabreichung 5, Anforderung 2, Identitätskontrolle 15
Wesentliche Begleitumstände	Routine, Wochentag, ASA 3-4,
*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)	<p><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SOP-Niederschrift und schriftliche Dokumentation der Identitätskontrolle durch den Anästhesisten noch im wachen Zustand des Pat. oder anhand von eindeutigen Identifikationshilfen durch Station bei Einschleusung in OP gemäß Checkliste (WHO) • Clinical Pathway- Vorgehen bei präoperativer Anämie vor elektiven Eingriffen

	<p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Identifikationsarmbändern mit Barcode und Realtext-Name • Eine Vernetzung des PDMS mit der Blutbanksoftware sollte die Verwechslung (falscher OP-Saal, z.B.) sofort erkennen • Die Anforderung von Blutprodukten vor elektiven OPs in Verbindung mit einer präoperativen Anämie (Vernetzung mit der Laborbefundung) sollte von der Software hinterfragt werden
--	--

***Risikokala:**

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

****Prozessschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation