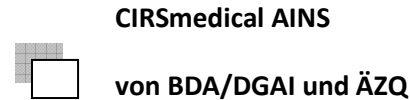




# Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmEdical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über



<b>Thema/Titel</b>	<b>Blutgruppenkompatible Transfusion nach Verwechslung an zwei Patienten</b>
<b>Fall-ID</b>	<b>32-2011-t4n9</b>
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	Internistischer Patient mit Blutgruppe B soll aufgrund Hb 4,0 mmol/l zügig eine Transfusion erhalten. Da sich im Depot Erythrozytenkonzentrate der Blutgruppe 0 neg kurz vor dem Verfall befinden, werden diese bereitgestellt. Auf Station keine Kontrolle der Konservenbegleitscheine und nach Durchführung des Bedside-Testes Beginn der Transfusion des EK bei ebenfalls transfusionspflichtigem Patienten im gleichen Zimmer. Nach 10 ml wird der Fehler bemerkt. Auf Nachfrage bezüglich des Konservenrestes wird mitgeteilt, dass der Rest dann doch dem "richtigen" Patienten gegeben wurde, da die Transfusion dringlich war!
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenverwechslung bei fehlender Kontrolle der Blutgruppenbegleitpapiere</li> <li>• Möglicherweise Kontamination des Produktes mit Patientenblut des 1. Patienten und entsprechendem Infektionsrisiko für den nachfolgenden 2. Patienten</li> <li>• 2 Patienten müssen als Empfänger des Produktes dokumentiert werden zur Identifikation bei Spenderausgelösten Look Back Verfahren.</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	15. -Fehler bei der Patientenidentifikation
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Im Bereitschaftsdienst, Arzt/Ärztin, weniger als vier Wochen am betreffenden Arbeitsplatz
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	<u>Glücklicherweise handelte es sich um die Blutgruppe 0, Fehler wurde entdeckt aber inadäquat gelöst.</u>
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	<b>3/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	<b>4/5</b>
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der</b>	<b>Prozessqualität:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOP Verabreichung von Blutprodukten: Korrekte</li> </ul>

**Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)**

Identitätssicherung, Abgleich aller Daten Patient und Produkt sowie Bedsidetest direkt vor Transfusion. Kompletter Datenabgleich bei jeder weiteren Transfusion. (Bei einer Transfusionsserie ist der Bedsidetest einmalig vor der ersten Transfusion ausreichend, ist aber von jedem übernehmenden Arzt zu wiederholen bzw. auch bei bekannter Patientin bei jeder neuen Transfusionsindikation z.B. am nächsten Tag)

- Ergänzung der SOP um Regelung des Verhaltens bei Fehltransfusion
- Verbot der Trennung von Produkt und Begleitschein bis das Produkt angehängt ist.
- Nur Zusammentransport von Produkten für einen Patienten erlauben oder klare Trennung der Konserven für verschiedene Patienten in einem Behältnis mit Unterteilungen
- Einführung des 4-Augenprinzips bei der Verabreichung von Blutprodukten
- Wiederholte Fortbildung zur Aufrechterhaltung der hohen Sensibilität für Verwechslungen, auch bei Notfalltransfusionen (Identitäts- und Bedsidetest)
- Wiederholte Fortbildungen zur korrekten Identitätssicherung bei bewusstlosen Patienten
- Prüfung ob neuer ärztlicher Mitarbeiter ausreichend qualifiziert bzw. geschult war ggf. Nachschulung und Prüfung sowie ggf. Änderung der generellen Schulungspraxis

**Strukturqualität:**

- Produkt mit Namen des Patienten extra etikettieren in der Blutbank
- Prätransfusioneller Check mittels Scanner , Blutbank-Software und PDMS/KIS der Übereinstimmung der Patienten ID z.B. auf einem Patienten Armband mit der Produktzuordnung.
- Evtl. auch nur der bettseitige automatisierte Scanner Vergleich von der Patienten ID auf dem Armband und auf einem Namens Etikett auf dem Produkt der z.B. mit einem Smartphone realisiert wird.
- Personalstärke ausreichend?- mehr Ressourcen notwendig zur Arbeitsteilung bei parallel Transfusion und für 4-Augen-Prinzip
- Einrichtung einer Dokumentationsmöglichkeit: ein Produkt für 2 Patienten (braucht man auch bei Sattelitenkonserven für pädiatrische Patienten)

## **\*Risikokala:**

<b>Wiederholungsrisiko</b>		<b>Schweregrad/Gefährdung</b>	
<b>1/5</b>	<b>sehr gering/sehr selten 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 max. 1/10 000</b>	<b>2/5</b>	<b>geringe Schädigung/wenig vorübergehende Beeinträchtigung</b>
<b>3/5</b>	<b>mittel häufig 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>

## **\*\*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