



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRSmedical

Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Pathologischer Gerinnungswert nicht übermittelt
Fall-ID	38-2011-m3g5
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Pathologischer Gerinnungswert nicht übermittelt: Stationsarzt erinnert sich im Dienst, dass er die Gerinnungswerte eines lysierten Patienten noch nicht gesehen und auch nicht mitgeteilt bekommen hat. In der Befundübermittlung eines auswärtigen Labors sind die Felder noch immer offen, wie gerade bei der Analyse und noch nicht fertig. Auf Nachfrage stellt sich heraus, dass die Ergebnisse alle hoch pathologisch waren und ein Messfehler vermutete wurde. Maßnahme Die Standardanweisung des zuständigen Labors wurde aktualisiert. Das zuvor nur mündlich festgelegte Verfahren zum Umgang mit Proben, deren Ergebnis außerhalb des Messbereiches der Methode liegt, wurde unter dem Punkt „Grenzen des Verfahrens“ in die Standardanweisung mit aufgenommen. In Zukunft wird die Klinik vom Labor informiert.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none">• Offensichtlich in der kardo/angio/neurologischen Intensiv-/ Wachstation wird ein Patient lysiert, aber der Station bekommt hochpathologische Gerinnungsbefunde vom Labor nicht rückgemeldet. Das auswärtige Labor kommuniziert offensichtlich sehr schlecht mit den anfordernden Abteilungen. Entweder es hat keine Information über die stattgehabte Lyse, die Diagnosen der Patienten und die klinische Situation oder es hat hier versäumt, sich rechtzeitig mit dem Stationsarzt zur Alarmierung oder zur Anfrage nach dem klinischen Befinden des Patienten in Verbindung zu setzen.• Ein Fehler beim Stationsarzt lag unseres Erachtens nicht vor: Je nach dem, wann der Stationsarzt die Lyse durchgeführt und die Laborkontrolle durchgeführt hat- Kontrollbedürftig nach einer Lyse sind evtl die PTT/TZ zur Steuerung einer Infusions-Therapie mit unfraktioniertem Heparin, den Anti-Faktor Xa Test bei niedermolekularem Heparin (unsensitiv), der Antithrombinspiegeln bei Verdacht auf AT-Mangel und länger nach akuter Lyse der INR zur Überlappung mit Cumarinen- eine echte

	Notfallanalyse, die die Therapie innerhalb von Stunden kontrollieren soll, ist hier nicht notwendig.
Prozesseilschritt**	3
Wesentliche Begleitumstände	Bereitschaftsdienst
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Prozessqualität: <ul style="list-style-type: none"> • SOP Labor- Umgang mit fehlerhaften Messwerten Strukturqualität: <ul style="list-style-type: none"> • Tablet-PC /Smart-phone für den Diensthabenden oder automatische Benachrichtigungen des Stationsarztes über hoch -pathologische Laborwerte auf das Tablet-PC / Smart-phone

***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

****Prozesseilschritte 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