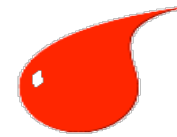


# Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters



**IAKH**

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

<b>Thema/Titel</b>	Fehltransfusion im OP
<b>Fall-ID</b>	41-2012-g5h7
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Bei einem Patienten von der Intensivstation mit einem langandauerndem Wiederholungseingriff war eine wiederholte und massive Blutsubstitution notwendig. Der betreuende Anästhesist forderte Blut nach und ging in die Pause, da er Dienst hatte. Nach seiner Rückkehr war die OP beinahe zu Ende, aber der HB niedrig, sodass nochmal eine letzte Blutkonserve notwendig war. Die Blutkonserve wurde vom Pflegedienst wie zuvor aus dem Kühlschrank in der Einleitung, geholt, der Begleitschein dem Arzt überreicht und angehängt. Diese konnte aufgrund von Nachtragungen im Narkoseprotokoll den Konservenbegleitschein nicht sofort bearbeiten. Nach ca. 80 bis 100 ml des EKs bot der Patient massive Kreislaufprobleme und wurde verstärkt katecholaminpflichtig, arrhythmisch und musste reanimiert werden. Das Ek lief beinahe vollständig ein, war aber für einen anderen Patienten bestimmt gewesen. Es war bei der Lieferung mit anderen Eks in den OP gekommen und wegen des hohen Transfusionsbedarfs des Revisionspatienten mit in den Einleitungs-Kühlschrank, und fälschlicherweise nicht in den zugelassenen OP Kühlschrank mit Fächertrennung gelegt worden.</p>
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verwechslung von Blutkonserve</li><li>• Fehlerhafte Identitätssicherung und Abgleich der der Konservendaten mit dem Bedside-test</li><li>• Lagerung im nicht dafür zugelassenen Kühlschrank</li></ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	5
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Unwesentlich
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der</b>	Schwester informiert sich über die erlaubte Lagerdauer außerhalb der Kühlung

<b><u>Kommissionskommentar</u></b>	Schulungen durch Transfusionsmediziner/in
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	4/5
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	2/5 (Kontamination des EK)
<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SOP: Konserve darf nur auf Station geholt werden, wenn ein Arzt verfügbar ist (ggf. Ausgabe von Blut nur an Arzt)</li> <li>• QB: transparente Rechnung der verfallenen EKs und der assoziierten Kosten (EK, Labortests, Entsorgung) stellen und ggf. dem Geschäftsführer vorlegen</li> <li>• Besprechung in der Transfusionskommission</li> <li>• Fortbildung über Lagerungsschäden und zulässige Lagerungsdauer von Blutprodukten</li> <li>• SOP Nachtdienst: Sicherstellen der ärztlichen Versorgung (Möglichkeit einen Arzt innerhalb von 6 Stunden zu erreichen), ggf. den Patient zum Arzt bringen z.B. in die Ambulanz</li> </ul> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temperaturchip auf EKs oder Chip in Transport/Kühlbox: Mit aktiven Sensorchips kann die Temperatur und Lagerungsdauer von EKs selbst oder in einer Lagerungsbox aufgezeichnet werden.</li> <li>• Kühl-/ Transportboxen: Die Konserven werden so verpackt, versiegelt und Temperatur überwacht, dass sie längere Zeit auf Station gelagert werden und noch an das Depot zurückgegeben werden können. Auf dem Transportgefäß kann die Zeit angebracht werden bis zu der das Produkt noch zurückgenommen wird. Im Depot erfolgt dann eine Kontrolle auf Hämolyse</li> <li>• Explizit nicht empfohlen wird die Anlage eines Sattelittendepots mit der Notwendigkeit der Überwachung. Die Erfahrung lehrt, dass in einer Vielzahl von Kühlschränken die dort hingebachten EKs vergessen und noch mehr Konserven verfallen. Dies ist nur praktikabel, wenn eine sehr teure und fortschrittliche Technik benutzt wird (Ich kenne keine Anwendung derzeit), die nicht nur dem Zentrallager in der BB anzeigt, dass EKs außerhalb gelagert sind sondern auch noch welche (ist ebenso mit RFID Chips zu realisieren)</li> </ul>

## **\*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