Bestellen Sie die Vollversion, um PDF Dateien ohne Test-Wasserzeichen zu erzeugen!!

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	Fehltransfusion im OP
Fall-ID	41-2012-g5h7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	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 am selben Tag 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.
Problem	• Fehlerhafte Identitätssicherung und Abgleich der der Konservendaten mit dem Bedside-test: die synchrone Abwicklung des Identitätschecks ist nicht zulässig und hat hier zum Fehler geführt. Arbeitsteilung ist gut, das Anhängen und das Starten der Transfusion ist delegierbar, aber der Identitätscheck muss unbedingt vorher passieren • 2 x Verwechslung von Blutkonserve? Die hier fehltransfundierte Konserve fehlt dem Patienten, für die sie bestimmt war und eventuell hat er die Konserve gebracht bekommen, die für den diesen Patienten gedacht war- erneute Gefahr der

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

Bestellen Sie die Vollversion, um PDF Dateien ohne Test-Wasserzeichen zu erzeugen!!

	Fehltransfusion! • Lagerung im nicht dafür zugelassenen Kühlschrank: Medikamenten-Kühlschränke in der OP Einleitung sind nicht für die erschütterungsarme temperaturkontrollierte Lagerung zugelassen. Das nicht benötigte EK könnte hier nicht wieder an die Blutbank zurückgegeben werden. Dieser Umgang mit begrenzt verfügbarem Spenderblut ist aus ethischen und ökonomischen Gründen zu kritisieren.
Prozessteilschritt**	5
Wesentliche Begleitumstände	Übergang Routine/Dienstzeit, ASA 3, erfahrene Anästhesiepflegekraft, junger Arzt
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	
***Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit**	4/5
***Potentielle Gefährdung/Schweregrad**	2/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** • Fortbildung und SOP: Identitätscheck vor Start der Transfusion • Fortbildung und SOP Lagerung von Blutkonserven • Fortbildung/Workshop und SOP: Teambildung und Aufgabenteilung bei der Massivtransfusion • 4-Augenprinzip: Der Abgleich jeder Konserve für einen Patienten mit dem Bedside und der Bluitgruppe der Konserve, der Verträglichkeitsprobe sollte von 2 Personen durchgeführt werden • Besprechung in der Transfusionskommission **Strukturqualität:** • Prätransfusioneller Check von und Patienten ID z.B. auf einem Patienten Armband mit der Produktzuordnung/ Konserve mittels Scanner , Blutbank-Software (Blutgruppe) und PDMS/KIS. • Simulatortraining mit dem Szenario Massivtransfusion • 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

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

Bestellen Sie die Vollversion, um PDF Dateien ohne Test-Wasserzeichen zu erzeugen!!

*Risikoskala:

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

**Prozessteilschritte 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

Created by eDocPrinter PDF Pro!!