



IAKH

Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

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

Meldung über

IAKH Fehlerregister



CIRSmEdical AINS



von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Notfallindikation zur Transfusion wird von Blutdepot bei irregulärem Antikörper mißachtet
Fall-ID	49-2013-E3R6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Bei einem Patienten mit hepatorenalem Syndrom und Thrombopenie fiel nach Wiederaufnahme auf die interdisziplinäre Intensivstation Sonntagabend um 22:30 Uhr nach einem Revisionseingriff ein Hb von 7,7 g/dl auf. Der Patient hatte bereits mehr als 8 EKs und 2 TKs im Hause erhalten. Die Diensthabende bemerkte, dass keine Eks mehr gekreuzt waren und ließ Blut abnehmen und erneut 2 Eks kreuzen. Daher wurde wie üblich die dringliche Bearbeitung auf dem handschriftlich auszufüllenden Formular angefordert, die Indikation sei die Anämie und der zu erwartende postoperative Blutverlust bei Thrombozytopathie. Um 6:30 Uhr Montag morgen wurde die Intensivstation von der Blutbank des ortsansässigen Blutspendedienstes angerufen- mit der Frage, ob die Transfusion noch erforderlich sei. Die Konserven seien nicht bereit, man beginne jetzt aber zügig mit der Elution. Auf Nachforschung ergab sich, dass sich bei der Kreuzprobe im Labor des KHs selbst ein klärenswerter nicht eindeutiger Befund eines fraglichen AKs ergeben hatte und das Kreuzblut an das Labor des Blutspendedienstes weitergeleitet wurde. Die Dringlichkeit war übersehen worden und auch keine Rücksprache mit der anfordernden Station gehalten worden. Die Elutionen laufen im großen Labor des Blutspendedienstes nur tagsüber.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none">• Dringlichkeit der Notfallanforderung geht verloren. Eine gestufte Dringlichkeit sollte angegeben werden können bei der Anforderung von Konserven

	<ul style="list-style-type: none"> • Dringlichkeit der Notfalleinforderung zur Blutbereitstellung „Kreuzen“ war nur bedingt gegeben. Offensichtlich hat der Patient die Wartezeit auf die Konserven bis Montag mittag gut überstanden. Das ist aber bei der Konstellation „postoperativ“ mit „bereits verabreichtes großes Transfusionsvolumen“ und „Gerinnungsstörung“ nicht vorauszusehen • Mangelnde Kommunikation aller Beteiligten miteinander, hauptsächlich aber des immunzytologischen Labors im Krankenhaus • Nachts werden nur an wenigen Orten Elutionen durchgeführt. •
Prozesseilschritt**	2, 3, 5, Kommunikation
Wesentliche Begleitumstände	Wochenende, ASA 4
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*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>Prozessqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitenstruktur auf der Intensivstation- sind alle ungelösten Probleme und Aufträge besprochen? • SOP-Labor: Mitteilung eines positiven AKS an den Einsender <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elektronische Blutanforderung unter Angabe der gestuften Dringlichkeit • Elektronische Ausgabe des AKS in das PDMS/KIS • Kommunikation der Blutbanksoftware mit dem KIS

***Risikokala:** _____

Wiederholungsrisiko

1/5 sehr gering/sehr selten
max. 1/100 000

2/5 gering/selten
max. 1/10 000

3/5 mittel häufig

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende
Beeinträchtigung

2/5 geringe Schädigung/wenig vorübergehende
Beeinträchtigung

3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche

	max. 1/1000		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