



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	Verwechslung EK auf Intensivstation
Fall-ID	52-2013-R4H6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ausgangssituation: ICU-2-Bett-Zimmer Pat.W mit phlegmonöser gangränöser Cholezystitis nach Cholezystektomie am gleichen Tag mit Sepsis, prolongierter hämodynamischer Instabilität, Gerinnungsstörung, Massivtransfusion von 15 EK, 12 GFP, GF und 4 TK, aufwendiger personalintensiver Versorgung und Pat.M mit Z. n. abdominosacraler/perinealer Rectumextirpation, kardiopulmonal relativ stabil.</p> <p>Gegen 23:15 Uhr Anruf aus der Blutbank mit der Information, dass das letzte bereitgestellte TK für Pat.W nur noch bis Mitternacht freigegeben sei, aktuell Thrombozytenzahl 51 G/l. Etwa zeitgleich die Information an den Intensivarzt, dass der aktuelle Hb-Wert von Pat.M bei 8,8 g/dl läge (kontinuierlich leicht gefallen bei gleichzeitigem Volumenbedarf). Entschluss zur Anforderung des letzten TK für Pat.W und ein EK für Pat.M. Entsprechende Anforderungs-/Abholscheine wurden ausgefüllt. Eine Intensivschwester übergab diese übereinander gelegten Anforderungsscheine in die Blutbank an die diensthabende MTA mit den Worten: „Hier sind die Anforderungsscheine für ein TK für Pat.W und ein EK für Pat.M“.</p> <p>Im weiteren Verlauf unterhielten sich die beiden ausführlicher über den sehr kritischen Verlauf von Pat.W. Die MTA stellte ein TK und ein EK für Pat. W bereit. Die Intensivschwester übernahm beide Konserven mit Begleitscheinen und übergab auf der Intensivstation die Konserven dem Intensivarzt mit den Worten: „Hier ist das TK für Pat.W. Das EK für Pat.M lege ich zu Pat.M. auf die separate Ablage“. Zunächst wurde Pat. W das TK transfundiert. Nach Mitternacht wurde dann das in einer separaten Box liegende EK,</p>

	<p>nach Kontrolle der Blutgruppe, der Konservenummer und Durchführung des Bed-Side-Testes Pat. M transfundiert – ohne auffällige Transfusionsreaktion. Ca. 1 Stunde später wurde die Fehltransfusion durch eine Schwester bemerkt, als sie den Konservenbegleitschein für Pat. M suchte, in seiner Akte aber nur den EK-Begleitschein für Pat. W mit der entsprechenden Konservenummer fand. Eine sofort durchgeführte serologische Verträglichkeitsprobe ergab, dass die Konserve für Pat.M geeignet war und damit die Verwechslung für den Patient folgenlos blieb.</p> <p>In nachfolgenden vertrauensvollen Einzelgesprächen mit den beteiligten Mitarbeitern konnten die unzureichend durchgeführten Kontrollschritte und die besonderen Umstände, wie z. B. Nacharbeit, Massivtransfusion, Paralleltransfusion, die diese Verwechslung begünstigt haben, herausgearbeitet werden . Anschließend erneute Schulung und Sensibilisierung von Ärzten, Pflegepersonal und MTA.</p> <p>In einem ausführlichen Gespräch zwischen den ärztlichen Leitern des Labors und der Intensivstation wurde dann die Relevanz und Umsetzung folgender Optimierungsmaßnahmen diskutiert. (siehe unten unter Empfehlungen in “)</p>
<p>Problem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aus wirtschaftlichen Gründen wird ein TK ohne Angaben zur Gerinnungs- und Blutungssituation eines blutenden und massivtransfundierten Patienten großzügig indiziert, aber bei Pat M. keine eindeutige und zwingende EK-Indikation. In den viele Köpfe und Aktionen einbezogenen Prozess wird nebenbei noch eine Routinemaßnahme vollzogen- das erscheint routiniert, birgt aber Risiken. • Es existiert in dem Krankenhaus ein elektronisches Anforderungsprogramm (zur Abrechnung), das aber umgangen werden kann und das auch nicht mit der Ausgabekontrolle per Scan vernetzt ist.

	<ul style="list-style-type: none"> • Problematisch, aber kein echter Fehler: Gemeinsamer Transport der Papier-Anforderungen von 2 unterschiedlichen Blutprodukten für 2 verschiedene Patienten einer ICU in eine Blutbank • Ebenfalls ganz normal und menschlich- Ablenkung der ausgebenden und abholenden Personen durch kollegiales Gespräch. • Ungenügender bettseitiger Empfänger- und Produktecheck. Bedsidetest bei der EK-Fehltransfusion wurde auf Pat. M durchgeführt, vermutlich zufällig gleiche Blutgruppe
Prozesseilschritt**	3- Ausgabefehler des Labors, 15- Fehler bei der Patientenidentifikation, 2- Indikation stimmt in mindestens einem Fall nicht
Wesentliche Begleitumstände	Im Nacht- und Notdienst, ASA 4, Massivtransfusion bei Pat W.
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	Nacharbeitung und Empfehlungen (s.u. in „“)
*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"> • Eine räumliche Abtrennung des Ausgaberaumes z.B. durch eine zwingend geschlossene Ausgabetür bis zum fertigen Produktecheck und zur kompletten Verpackung hätte ein konzentriertes Arbeiten der ausgebenden MTA erzwungen. „Die Pfortentür zur Blutbank muss für Anforderer/in und Abholer/in geschlossen bleiben, damit der/die MTA gerade in stressigen Situationen nicht abgelenkt werden kann.“ • Anforderungs-/Abholscheine sollten getrennt nach Patient für jede Konservenart separat erstellt werden. • 4-Augenprinzip für die Ausgabe: „Der Abholer muss ebenfalls die Übereinstimmung bei der Übernahme der Konserven durchführen und dokumentieren.“ • Kennzeichnung der Blutprodukte selbst (außer durch den Begleitschein) noch zusätzlich durch Aufkleber (mit erforderlichem Spezialklebstoff zB. Von ICS von einem „Zebra“-Drucker „Zusätzliche

	<p>Befestigungsmöglichkeiten von Patientenetiketten an den Konserven im Rahmen der Bereitstellung sollten überprüft werden“.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SOP und Fortbildung zur Indikationsstellung von TKs und EKs auf der ICU • SOP und Fortbildung zur Verabreichung von TKs und EKs auf der ICU <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anforderungs-EDV sollte Indikation abfragen und hier die nicht zwingende Transfusionsindikation anmerken • Elektronische Anforderungsprogramm für die Blutprodukte- und/oder gescannter Abgleich der Anforderung mit dem Blutprodukt unter Verifizierung: „Abholscheine sollten eingescannt werden, so dass über ein entsprechendes EDV-Programm eine zusätzliche Kontrolle der Übereinstimmung von angeforderten zu ausgegebenen Konserven erfolgen kann.“ • PDMS-elektronische Patientenakte auf der ICU mit Scannen der Blutprodukte hätte Fehler aufgedeckt, vorausgesetzt das PDMS ist mit der Blutbanksoftware vernetzt.
--	--

***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

****Prozessschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei der Probenabnahme,
2. -Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes, einschließlich Indikationsstellung
3. -Fehler im Labor,
4. -Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung,
5. -Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport, oder Verabreichung
6. -Fehler beim Gerinnungsmanagement
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation