

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

Thema/Titel	Beinahetransfusion einer blutgruppeninkompatiblen Blutkonserve
Fall-ID	CM2013- 37668
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Der Notarzt meldet einen vital bedrohten Patienten mit einer akuten Blutung an. Aufgrund der kritischen Kreislaufsituation des Patienten und eines relevanten Hb-Abfalls, wurde in der Notaufnahme vorsorglich eine Notfallblutkonserve mit der Blutgruppe 0 Negativ bestellt. Kurz vor Transfusion dieser Konserve, welche bereits transfusionsfertig am Patienten war, kam aus dem Labor die Meldung, dass es sich bei dieser Konserve nicht um eine Notfallkonserve mit der Blutgruppe 0 Negativ, sondern um A Positiv handelt. Laut MTLA wurde die Transfusion in der falschen Schublade gelagert. Ebenso war keine Beschriftungskontrolle der Blutkonserve weder von MTLA, noch von Pflege oder Arzt erfolgt.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Falsche Ausgabe durch die MTA- ("Notfall-Konserven") müssen immer so gelagert sein, dass eine Verwechslung ausgeschlossen ist. • Keine Überprüfung des EK durch den transfundierenden Arzt. Wie war die Blutkonserve gekennzeichnet? War eine Eurocode/Barcode-Verschlüsselung und Etikettierung erfolgt? • Auch bei der Notfalltransfusion sollte ein Bedside Test gemacht werden, war dieser erfolgt? War Kreuzblut abgenommen worden? Waren weitere EK bestellt worden? • Ist der Umfang der Notfall- Bereitstellung ausreichend? (Kein Patient (kaum ein Patient) kann mit 1 EK "gerettet" werden). Normalerweise enthalten Notfallboxen min. 4 Universal EKs der Blutgruppe 0 und entsprechende Plasmakonserven/konzentrate. • Stimmt die Notfallindikation des Notarztes? Wenn eine Konserve einen Zeitpuffer zur Verträglichkeitsprobe weitere Konserven verschafft, ist die Dynamik der Blutung doch evtl.zu kontrollieren. Unter Umständen wäre Zeit für eine Regeltransfusion gewesen. • Stimmt der Prozess der Ausgabe und die Standardisierung der Prozesse in der Notfallaufnahme? Eine so grosse Zeitnot und Hektik, dass nicht einmal die Beschriftung einer Blutkonserve kontrolliert werden, sollte unbedingt vermieden werden.
Prozesseilschritt**	2,3,5,15
Wesentliche Begleitumstände	Wochentag; Notaufnahme; ASA IV
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der	„- sofortige Rückmeldung aus dem Labor, sodass die Transfusion nicht erfolgte- der zuständige MTLA brachte

Kommissionskommentar	zeitnah die passende Transfusion - Alle beteiligten Berufsgruppen sollten auch in Notfallsituationen die standardisierten Sicherheitsmaßnahmen einhalten.“
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	1/5 (Fehler bei der Medikamentengabe)
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5 (Risiko einer lebensbedrohlichen Blutung)
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"> • Labor-SOP- Ausgabe der Blutprodukte in der Blutbank/depot/Labor, auch für den Notfall • Labor SOP- Check des Blutdepots • Arzt-SOP- Verabreichung Identitätscheck, Bedsidetest und Check der Blutprodukte hinsichtlich Blutgruppe und Verfallsdatum. Bei einer starken Blutung sollte eine Blutgruppenbestimmung und ein Antikörpersuchtest vor Beginn stattfinden, da dann relativ rasch blutgruppengleich weiter transfundiert werden kann weiteren Konserven und diese Tests nach einer Massivtransfusion dann sehr schwer interpretierbar werden und die Kenntnis der ursprünglichen Blutgruppe hilfreich ist. • Fortbildung zur Dringlichkeit einer Bluttransfusion für Notärzte und Notaufnahmeteam <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwickeln einer „Notfallbox“-eines festgelegten Sets, in der standardisiert im Labor eine immer gleiche Anzahl von Notfallkonserven und Gerinnungspräparate ausgegeben werden. • Eindeutige Kennzeichnung des Notfallkonserven im Blutdepot bzw.- Barcodescanning der Blutkonserven vor Lagerung im Depot- hier wäre sofort die Fehllagerung aufgefallen

***Risikostkala:**

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,
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