



**IAKH**

## 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

<b>Thema/Titel</b>	Unkenntnis über Procedere verzögert EK-Gabe
<b>Fall-ID</b>	CM89551-2013
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Der Patient war seit OP-Beginn transfusionsbedürftig. Nach einem Wechsel der betreuenden Anästhesisten gab der neue Anästhesist an, nicht in der Lage zu sein zu transfundieren. Weder wusste er, wie ein Bedsidetest funktioniert, noch wie die Transfusionssysteme zu handhaben sind. Auch die Aufbewahrungsfristen der verbrauchten EKs und die Neubestellung via Lauris war ihm nicht geläufig. Der diensthabende Oberarzt wollte die Einweisung an die anwesende Pflegekraft delegieren, was diese strikt ablehnte.</p> <p>Was war besonders gut:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Die Anästhesiepflegekraft gab Hinweise, bediente den Konservenmonitor und kümmerte sich um die Neubestellung via Lauris.</li></ul> <p>Was war besonders ungünstig:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Es kam zur Zeitverzögerung bei der Transfusion und Neubestellung von Konserven.</li></ul> <p>Eigener Ratschlag (take-home-message):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Konsequentes Einweisen (mit Nachweis) aller Anästhesisten in die Lauris-Funktion und Kenntnisse über das Transfusionsgesetz</li></ul>
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der neue Anästhesist ist in der elektronischen Bestellung von Blutkonserven wie der Verabreichung von Blutprodukten nicht geübt, kennt die notwendigen Arbeitsschritte der Befüllung der Transfusionssysteme und das Durchführen des Bedsidetests nicht. Er sagt das aber und macht den Misstand deutlich. Dieser offene und rechtzeitige Umgang mit persönlichen Schwächen ist eigentlich eher zu bewundern wie auch immer die Fehlerkultur in dieser Institution ist. Natürlich ist es in dieser Situation hinderlich und hat hier zur Verzögerung der Versorgung geführt. Letztendlich aber hat der Mitarbeiter vermutlich eher institutionelle und Systemschwächen als persönliche Defizite – und damit auch Verbesserungspotenzial aufgedeckt.</li><li>• Die Delegation der Einweisung des ärztlichen Mitarbeiters bezüglich ärztlicher Maßnahmen zur Transfusion ist möglich, nur die Durchführung der eigentlichen Verabreichung des</li></ul>

	<p>Blutprodukts nicht. Wenn die Einweisung fachlich und sachlich korrekt ist, braucht sie nicht durch einen Arzt erfolgen. Wenn die Pflegekraft sachlich und fachlich geeignet war (und auch Zeit dazu hatte), ist ihre Weigerung eigentlich nicht statthaft. Dass der Oberarzt in dieser Situation eigentlich der richtige Supervisor war (und hoffentlich auch vor Ort), bleibt unbestritten. Die Einweisung kann und sollte jedoch nicht in der Notfallsituation erfolgen. Ob aber der zuständige Oberarzt zu dieser Zeit gerade anderweitig beschäftigt war und ob er versuchte, die brisante Situation mit Hilfe der Pflegekraft zu regeln geht aus der Schilderung nicht klar hervor, wäre aber natürlich in dieser Situation eindeutig der falsche weil patientengefährdende Weg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei der Einweisung in medizinische Geräte und Software wird es immer neue Mitarbeiter geben, oder Auffrischungen der Einweisung werden immer wieder notwendig sein, weshalb turnusmäßige Auffrischungs- und Neueinweisungen generell angeraten sind. Eine Protokollisierung zur Übersicht, welcher Mitarbeiter welche Fortbildung und Einweisung erhalten hat, hat sich gerade in der Hämotherapie als sehr positiv herausgestellt. Da die elektronische Anordnung von Blutkonserven einem Rezeptstatus gleichkommt (Blutprodukte sind rezeptpflichtige Arzneimittel), ist dies auch besonders wichtig.</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	<b>2,5</b>
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Wochentag;Routine; ASA 3, neuer Kollege
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	<b>3/5</b>
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	<b>4/5</b>
<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>• Fortbildungsserie- Hämotherapie- praktische Transfusionsmedizin, von der Blutgruppenbestimmung, über die Durchführung des Bedsidetests, Transfusionsfilter, und dem Antikörpersuchtest bis hin zur autologen Stammzelltransfusion</li> <li>• Einweisung alle Ärzte und regelmäßige Updates-SOP- elektronische Anforderung der Blutprodukte in der Blutbank/Depot/Labor, auch für den Notfall</li> <li>• Fortbildung zur Dringlichkeit einer Bluttransfusion für Anästhesisten, Notärzte und Notaufnahmeteam, Pflege und Laborpersonal</li> <li>• Meldung an die Transfusionskommission</li> </ul> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildungscurriculum für Assistenzärzte, inclusive Führung eines Geräte und Softwareführerscheins</li> <li>• Etablierung einer Fortbildungs- und Einweisungslogistik mit katalogisierten Inhalten und modulartigen Fortbildungsnachweisen für Ärzte, Pflege und allen im Hämotherapieteam</li> <li>• Etablierung einer Fehlerkultur mit Hilfe eines CIRS, interdisziplinäre Fallbesprechung und/oder Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen</li> </ul>

**n.**

## **\*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