



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	Fehlanschluss des Cell Savers
Fall-ID	72-2014-S6M7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Bei einer cervicalen Spondylodese bei einer Frau über 5 WS-Etagen bei auffälliger Gerinnungsanamnese wird interoperativ der Haemonetics Cell Saver 5 aufgebaut. Beim Umstieg vom normalen Sauger zum Cell Saver 5 fällt auf, dass das Blut im Reservoir stark sprudelt. Nach eingehender Untersuchung und nachdem insgesamt 500 ml im Reservoir ist, ist auch die Ursache gefunden und wird korrigiert: der sterile Saugerschlauch wurde mit dem falschen Ende zum Anästhesieteam angereicht. Die dann nicht mehr passenden Schläuche werden wie folgt angeschlossen: Das eigentlich an den im OP-Gebiet befindlichen Instrumentensauger gehörende Ende wird an den Auslass des Reservoirs angeschlossen und im OP-Gebiet wird das Ende mit dem Schraubgewinde abgeschnitten und auf den Sauger aufgesteckt. Das Blut aus dem OP passierte nicht den 170nm Filter. Es wurde trotzdem im Reservoir belassen, der neue Schlauch richtig konnektiert, ein erstes dünnes Ek mit nur einem Waschvorgang gewonnen und zurück ins Reservoir transfundiert. Dann wurde der Cell Saver auf automatisch gestellt und wie üblich bei der maschinellen Autotransfusion verwendet.</p>
Problem	<p>-Offensichtlich war der starke Blutverlust nicht vorausgesehen worden, obwohl das Ausmass der Operation fast die gesamt zervikaler WS betrifft und eine auffällige Gerinnungsanamnese vorlag. Eine Übersicht aus den eigenen Operationsdaten und die Transfusionshäufigkeit bei verschiedenen Elektiven und Notfaloperationen ist in den Richtlinien gefordert, um Operationen zu erkennen, bei denen eine Fremdblutexposition aufzuklären und die blutsparenden Verfahren anzubieten sind.</p> <p>- Der Fehlanschluss kam durch die ungeplante und damit vermutlich unter Anspannung stehende Instrumentierpflegekraft zustande: Nachdem der sterile Saugerschlauch mit dem Bypass-Schlauch zur Heparinkochsalz-zumischung angereicht wurde, war das</p>

	<p>falsche Ende an das Anästhesieteam abgegeben worden. Die dann nicht mehr passenden Ansätze waren am falschen Ansatz angeschlossen worden und zogen Luft am Cell Saver (Schaum im Reservoir). Auf der anderen Seite musste der Ansatz abgeschnitten werden, damit der Sauger konnektiert werden konnte.</p> <p>- Das nach der Entdeckung vom Meldenden vollzogene Vorgehen war korrekt.</p>
Prozesseilschritt**	5-Verabreichung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	MAT
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, ASA III
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein	C
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein / nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung: Cell Saver Anschluss 2. Verfahrensanweisung maschinelle Autotransfusion 3. SOP/Verfahrensanweisung: Fremdblutbereitstellung, autologe Zusatzverfahren bei Operationen mit großem Blutverlust 4. WHO-Checkliste: Blutgerinnungsstörung? Bluttransfusion geplant? 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Ausbildungsprogramm und Ausgabe eines

	<p>„Führerscheins“ für die MAT hätte vielleicht den Fehler verhindert, da die Abgabe des falschen Endes an das Anästhesieteam aufgefallen wäre.</p> <p>2. Die farbige Kennzeichnung der Schlauch-Enden zur schnellen Identifikation der Richtigen Saugrichtung hätte den Fehler vermutlich verhindert</p>
--	---

***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

****Prozesseilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei 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
6. - Hämostasemanagement,
7. - sonstiger Fehler -nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation