



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	Vermeidbare Verzögerungen beim Einkreuzen von EKs
Fall-ID	CM2014-11826886
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Etwa 90 Minuten vor Bestellung des nächsten Patienten für eine mehrstündige Operation in unmittelbarer Nähe der großen abdominalen Blutgefäße bei einem kardiopulmonal gesundem Patienten fällt dem Anästhesisten auf, dass kein Antikörpersuchtest und keine Blutgruppe vorliegt. Nötig sind laut Blutbereitstellungsliste unseres Hauses mindestens 2 eingekreuzte Erythrozytenkonzentrate. (Dies wäre normalerweise in der Morgenbesprechung aufgefallen, da die tagesaktuellen Antikörpersuchtests regelhaft auf positive Befunde hin kontrolliert werden. Die Morgenbesprechung fand nicht im gewohnten Ausmaß statt, da ausnahmsweise kein geeigneter Besprechungsraum vorhanden war.) Es erfolgt daher eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Operateur mit der Bitte um AKS/BG/2 eingekreuzte Erythrozytenkonzentrate. Der Operateur beauftragt einen Stationsarzt mit der Anforderung/Blutentnahme.</p> <p>Beim Einschleusen des Patienten ist der AKS/BG noch nicht im Laborsystem vermerkt. In der Annahme, dass der Anforderungsprozess korrekt läuft, wird die Narkose eingeleitet. Nach einer Einleitungszeit von einer knappen Stunde erfolgt ein erneuter telefonischer Kontakt mit dem Blutdepot. Noch immer ist kein AKS/BG vorhanden.</p> <p>4 Stunden nach Anforderung ist der Antikörpersuchtest und die Blutgruppe des Patienten ermittelt und im Laborsystem eingepflegt. Die Operation läuft bereits seit knapp zwei Stunden. Es fällt auf, dass keine Erythrozytenkonzentrate angefordert wurden. Auf Nachfrage erklärt das Labor, dass keine EK-Anforderung gestellt wurde und die Analyse mit der Dringlichkeitsstufe "Routine" gelaufen sei. Dies sei der Grund für die mehrstündige Dauer der Analyse. Sofort wird das erforderliche große EDTA-Röhrchen ins Labor geschickt, das bei der Anforderung nicht mitgeschickt wurde. Etwa 5 Stunden nach (unzureichender) Anforderung und einer OP-Dauer von bereits ca. 200 Minuten stehen 2 Erythrozytenkonzentrate bereit.</p> <p>Patienten mit fehlenden wichtigen Befunden sollten nicht eingeschleust werden. Fehlen Befunde, die in unmittelbarer zeitlichen Nähe nachgeliefert werden sollen, müssen diese mit der</p>

	<p>nachliefernden Person persönlich abgesprochen werden. In diesem Fall hätte sich die Unzulänglichkeit der Anforderung bereits in der Schleuse herausgestellt.</p> <p>Bei Handlungsabläufen, an denen viele Personen beteiligt sind und Aufgaben an Nichtbeteiligte delegiert werden, ist die Fehlerrate deutlich erhöht. Erhöhte Wachsamkeit ist daher geboten.</p>
<p>Problem</p>	<p>Im Grunde gibt es hier 2 Probleme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Bereitstellung der Eks ist nicht erfolgt. 2. Die nachträgliche Bestellung der EKS wird als Routineanforderung abgeschickt und dauert deshalb lange. <p>Die Bereitstellung von Eks scheint hier vorbildlich nach einer ermittelten Bedarfsliste für jeden Eingriff geregelt zu sein. Hier ist eine typische Fehlerkette aufgetreten, die seriellen Fehler führen hier glücklicherweise nicht zur Katastrophe führt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der zuständige Stationsarzt, der die OP plant, hätte am Vortag der OP die Notwendigkeit der Bereithaltung von Blutprodukten erkennen müssen und den Anforderungsprozess starten müssen. - Das OP-Planungsprogramm hätte die Operationsanmeldung mit einer Kontrolle der Blutbereitstellung im vernetzten Blutdepot versehen können. - Die Pflegekräfte der Station haben im Spätdienst am Vortag der OP die Aufgabe, sämtliche erforderlichen Befunde zu kontrollieren. Dabei hätte die fehlende BG/AKS auffallen müssen. -An diesem Tag wurden die tagesaktuellen Antikörpersuchtests wegen Raummangels nicht in der Morgenbesprechung kontrolliert. - Bei Einschleusen in den OP- Trakt hätte die WHO Checkliste durchgeführt werden sollen, sie enthält die Frage nach bereitgestellten Blutkonserven. Durch eine zeitintensive Anästhesie-Einleitung und eine darauffolgende Mittagsablösung wird diese Erkenntnis weiter verschleppt. -Der nachträgliche Anforderung der Blutkonserven war ohne Dringlichkeit gesendet und von zu geringer Priorität für den Arbeitsanfall im Labor. Der Anästhesist hat zu spät die Fehlerhaftigkeit des Anforderungsprozesses erkannt. -Im Falle einer Blutung mit Indikation zur Notfalltransfusion hätte ohne Verträglichkeitsprobe transfundiert werden müssen.

Prozessteilschritt**	2, Anforderung von Blutkonserven
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EKS
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, Wochentag, ASA3
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	A
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>	„Das Fehlen von Blutprodukten wurde bereits 90 Minuten vor OP-Beginn erkannt und die Dringlichkeit und der Umfang der Anforderung sofort an die chirurgischen Kollegen kommuniziert.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	3/5
*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/Verfahrensanleitung Stationspflege/Ärzte: Anforderung von Blutkonserven, Bereitstellung und Einkreuzen, Angabe von Indikation und Dringlichkeit 2. Fortbildung: Bedeutung der Verträglichkeitsprobe und mögliche Folgen der Notfalltransfusion 3. SOP/Labor: Annahmebedingungen für Anforderungen ohne komplette Angabe von Indikation und Anamnese 4. SOP-OP-Personal: Durchführung der WHO-Checkliste und Konsequenzen 5. SOP-Anästhesie: Prämedikation und Vorbereitung des Eingriffs

	<p>6. Erstellung einer Checkliste Anästhesie: Überprüfungen vor Natkose-Einleitung</p> <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Anforderungssoftware für Bestellungen bei der Blutbank mit der obligaten Eingabe der Dringlichkeitsstufe 2. Vernetzung des OP-Managements mit der Blutbank und Laborsoftware 3. Rückfrageschleife elektronisch oder per Rufanlage ins Labor bei dringlichen Aufträgen und Massivtransfusionen
--	---

***Risikoskala:**

Wiederholungsrisiko

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

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

3/5 mittel häufig
max. 1/1000

4/5 häufig, min. 1/100

5/5 sehr häufig, min. 1/10

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
Beeinträchtigung/leichte bleibende Schäden

4/5 starke akute Schädigung/beträchtliche
bleibende Schäden

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