



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	Hb-Abfall wird vor Verlegung von Intensivstation auf Normalstation nicht bemerkt
Fall-ID	CM2014-114944
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Routinemäßige Verlegung eines postoperativen Patienten von ICU auf Normalstation. Dokumentierter Hb-Verlust von ca. 3,5 Punkten/24 h (BGA-Kontrollen!) wurde von dem Personal der ICU nicht bemerkt und damit weder bei der Verlegung dokumentiert noch übergeben. Vielmehr wurde der Hb-Abfall "zufällig" auf Station bemerkt. Ursächlich ist vermutlich die hiesige Personalknappheit, die an allen Ecken und Enden zu spüren ist. Die tägliche Arbeitsbelastung steigt kontinuierlich. Dadurch sind nach der Meinung des Verfassers solche Probleme nicht vermeidbar, sollten jedoch dokumentiert werden. Solange alles möglich gemacht wird, wird sich nichts ändern.
Problem Empfehlung der DIVI zur strukturellen und personellen Ausstattung der DIVI http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf	<ul style="list-style-type: none"> - Ein kontinuierlicher Hb-Abfall über 24h im geschätzten Ausmaß eines Blutverlusts von ca. 2 Litern oder der Korrektur eines erheblichen Volumenmangels im gleichen Ausmaß sollte nicht nur an der häufigen Diagnostik liegen. Dieser Hämoglobinwertabfall sollte klinisch durch Veränderungen am Patienten (Umfangsmessungen, Organ/-Wundbefund, etc.) deutlich zu Tage treten und auch bemerkt werden. Ob es tatsächlich am Personalmangel wie vom Melder nahegelegt oder an anderen Faktoren lag, ist anhand der Meldung nicht eindeutig zu beantworten. Es gibt es einen besseren Personalschlüssel zur Betreuung von Intensiv-Patienten und entsprechende Empfehlungen zum Personalbedarf der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für

	<p>Intensiv – und Notfallmedizin DIVI (siehe links). Die Verlegung des Patienten auf Normalstation ist in dieser Situation wahrscheinlich nicht gerechtfertigt und vermutlich gefährlich (es sei denn , der Patient hatte vorher eine erhebliche Exsikkose mit einem Hämoglobinwert über 13g/dl). Er müsste hinsichtlich des Blutverlusts diagnostiziert und therapiert, sicherlich aber noch bis zur Stabilisierung überwacht werden.</p> <ul style="list-style-type: none">- Handelte es sich hier um einen fortschreitenden traumatisch/chirurgisch bedingten und/oder chirurgisch zu behandelnden Blutverlust? Oder eher um eine im Zusammenhang mit der Herstellung der Normovolämie Korrektur des Hämoglobinwerts? Erfolgte die Volumentherapie basiert auf ein verlässliches Monitoring (z.B.: noninvasive HZV- Messung)? Möglich ist, dass das letztere ohne Steuerung der Volumentherapie durch Monitoring zutreffend ist (der Melder hatte die dann von Normalstation angeregte Ursache des starken HB-Abfalls nicht berichtet). Die flussvariablen-gestützte Volumentherapie sollte im Hinblick auf die klinische Bedeutung eines fortschreitenden Blutverlusts und oder Transfusionsbedarfs hinsichtlich der künftigen Therapiesteuerung erfolgen. Sie detektiert auch einen zunehmenden Volumenbedarf als ersten Hinweis auf eine Blutung. Alternativ kann auch der Hb-Verlauf kontinuierlich und non-invasiv mittels Fingerclip beobachtet und als Anhalt für eine andauernde Blutung gedeutet werden(verfügbare Geräte kommen auch mit einer ausreichend verlässlichen Schätzung des Schlagvolumens/Volumenbedarfs)- Eine Fehlannahme oder präanalytischer Fehler sollte bei einer solchen Diskrepanz zweier aufeinander folgender Laborwerte ausgeschlossen und der Hb-Wert erneut bestimmt werden.- Intensivteam- die Pflegekraft hat vermutlich die Blutgaskontrollen (2, 3, mehr?) abgenommen und
--	--

	<p>analysiert. Der kontinuierliche Hb-Abfall oder die auffällige Diskrepanz zum Vorbefund wurde nicht bemerkt oder dem Arzt möglicherweise nicht mitgeteilt. Eine Informationsmöglichkeit wäre die regelmäßige Visite und Übergabe, wenn der Arzt wegen Personalmangel selten ansprechbar ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es scheint keine Checkliste zu geben, die vor der Verlegung auf Normalstation abgearbeitet werden muss. Sonst wäre eventuell der letzte Hb-Wert aufgefallen.
Prozesseilschritt**	Indikationsstellung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK, Gerinnungsmanagement
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Intensivstation
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA III, Routine, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	D
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	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
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/Fortbildung für Intensivpflege und Ärzte- HZV-Messung und Volumentherapie-welche Steuerung, welche Lösungen 2. SOP/Verfahrensanleitung Intensivpflege: Abnahme von Blutproben, Interpretation der Blutgasanalyse 3. SOP/Verfahrensanleitung: Visiteninhalte, Austausch im Therapeutenteam 4. SOP/Fortbildung Intensivstation Ärzte/Pflegeteam: Checkliste vor Verlegung

	<p>5. Fortbildung: Patient Blood Monitoring- PBM Blutabnahmeprogramm auf Intensivstation- Möglichkeiten zur Vermeidung der Fremdbluttransfusion</p> <p>6. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <p>1. Überprüfung der Personalstärke auf Intensivstation und Abgleich mit den Empfehlungen der DIVI</p> <p>2. Etablierung einer täglichen Visitenstruktur, Festlegung wie häufig das Therapeutenteam sich abspricht (Interdisziplinär, Interprofessionell, Hygiene/Bakteriologie, Ethik, Pflege, Physiotherapie, etc.), Teamsitzungstermine regelmäßig? Etablierung von Team-/Fallbesprechungen oder M&M-Konferenzen</p> <p>3. Einführung der Checkliste vor Verlegung/ Schreiben eines Verlegungsbriefs an Normalstation?</p> <p>4. Investition in noninvasive Monitoringstechnik zur Beurteilung HZV und kontinuierliche Hämoglobinwertmessung</p> <p>5. Automatisierte Alarm/ALERT Anzeige der Laborsoftware (DELTA-CHECK) zur Plausibilitätsprüfung und Beachtung von Sprüngen im Verlauf eines wiederholt gemessenen Laborparameters : Das wäre vor Verlegung dann dem Stationsarzt aufgefallen...</p>
--	---

***Risikokala:** _____

Wiederholungsrisiko

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

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

Schweregrad/Gefährdung

1/5 sehr geringe akute Schädigung/ohne bleibende Beeinträchtigung

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 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