



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	Kein Einkreuzen von EKs im Schockraum bei einem Traumapatienten
Fall-ID	CM2014-116286
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Traumapatient mit mehreren Verletzungen wurde zur Schockraumversorgung eingeliefert und anschließend in den Aufwachraum übernommen. Im Verlauf fiel der Hb-Wert, so dass die Indikation für eine Transfusion bestand. Bei dem Versuch EKs in den AWR zu bestellen wurde festgestellt, dass für den Patienten kein Kreuzblut in der Blutbank angekommen oder dieses im Schockraum nicht abgenommen worden war. Seit der Aufnahme im Schockraum waren mehr als 10 h vergangen. Der Schockraum-Algorithmus sieht jedoch die Abnahme, bzw. Bereitstellung von EKs vor. Angesichts des Verletzungsmusters des Patienten war dies auch gerechtfertigt. Bei der Übernahme des Patienten in den Aufwachraum war wahrscheinlich nicht nachgefragt worden. Bei einer stärkeren Dynamik der Blutung wäre der Patient akut gefährdet gewesen.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> - Die zeitverzögerte Stabilisierung der Gerinnung und der Versorgung mit Blutprodukten ist vor allem bei der trauma-induzierten Koagulopathie (TIC) ein Faktor, der wesentlich zur Mortalität beiträgt. Die Verkürzung dieser Zeit ist vor allem durch die frühe Gabe von Gerinnungskonzentraten und die POCT-gesteuerte Stabilisierung der Blutungssituation zu erreichen. Die Gabe von EKs und die frühe Bereitstellung ist natürlich ein dazugehöriger Behandlungsschritt, der in dieser Institution die SOP bedingt hat, bei entsprechenden Verletzungsmustern bereits Kreuzblut abzunehmen, obwohl per se (noch) keine Transfusionsindikation besteht. Die

	<p>Transfusionsindikation ergibt sich meist erst nach Wiederherstellung der Normovolämie. Warum hier die Abnahme des Kreuzbluts und der Blutgruppe entsprechend eines existierenden und wichtigen Schockraum-Algorithmus nicht erfolgt ist, kann nur vermutet werden. Die wahre Ursache aber sollte mit dem Behandlungsteam des Schockraums eruiert und diskutiert werden und als Verbesserungspotenzial evtl. im Rahmen einer Team/Fallbesprechung, einer Morbiditäts & Mortalitätskonferenz o.ä. eingebracht werden.</p> <ul style="list-style-type: none">- Die Verlegung des Patienten von Schockraumpatienten in den Aufwachraum kann zweierlei Ursachen haben- der Patient ist zur Operation am nächsten freiwerdenden OP-Tisch vorgesehen oder/und soll noch eine unbestimmte Zeit überwacht, diagnostiziert und therapiert werden. Es ist kein Grund für den im Aufwachraum auftretenden Hb-Abfall angegeben: Handelt es sich hier um einen fortschreitenden 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)? Es ist anzunehmen, dass das letztere ohne Steuerung der Volumentherapie durch Monitoring zutreffend ist (alles andere würde evtl. gemeldet und erwähnt werden). Die flussvariablen-gestützte Volumentherapie sollte im Hinblick auf die klinische Bedeutung eines fortschreitenden Blutverlusts und oder Transfusionsbedarfs hinsichtlich der künftigen Therapiesteuerung erfolgen. 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)
--	--

Prozesteilschritt**	Blutentnahme 1, Indikationsstellung , 6 Notfallgerinnungsmanagement
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK, Gerinnungsmanagement
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Schockraum/Notaufnahme
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) http://www.aps-ev.de/hempfehlungen/tipps-fuer-eine-sichere-arzneimitteltherapie-des-bmg/	Prozessqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Verfahrensanweisung/Fortbildung für anästhesiepflege und Ärzte- HZV-Messung und Volumentherapie-welche Steuerung, welche Lösungen 2. SOP/Verfahrensanweisung: Überwachung von Schockraumpatienten in den ersten 24 Stunden 3. SOP/Fortbildung Ärzte/Anästhesieteam: noninvasive Techniken zur Beurteilung von Hämoglobinwert im Verhältnis zur Volumenstatus 4. Meldung an die Transfusionskommission Strukturqualität: <ol style="list-style-type: none"> 1. Institution- Etablierung von Team- /Fallbesprechungen oder M&M-Konferenzen 2. Investition in noninvasive Monitoringstechnik zur Beurteilung HZV und kontinuierliche Hämoglobinwertmessung 3. Automatisierte Anfrage/Erinnerung des KIS beim Schockraumteam in der Laborsoftware, ob auch für das immunhämatologische Blutlabot

	Blutproben abgenommen und versandt sind?
--	--

***Risikokala:**

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 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