Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

IAKH

Meldung über: ☐ **IAKH Fehlerregister** ☒ **CIRSmedical AINS von BDA/DGAI und ÄZQ**

Thema/Titel	Akzidentelle Infusion von heparinhaltiger Cellsaver-Spüllösung
Fall-ID	CM-124810-2015
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Direkt nach der Lagerung zur OP steckt der Anästhesist das Infusionsbesteck von der durchgelaufenen i.v.-Antibiose auf die am Ständer hängende Infusion um. Nach 150ml bemerkt die Pflegekraft, dass die Cellsaver-Lösung einläuft (NaCl 0,9% 500ml mit 15.000 Heparin!). Die Infusion wird gestoppt. Es war besonders ungünstig, dass • der Anästhesist die Infusion umgesteckt hat ohne hinzusehen • die Cellsaver-Lösung nicht an einem separaten Infusionsständer gerichtet war, so dass es zur Verwechslung kommen konnte • eine HEP-TEM Messung im TEG der Anästhesie nicht möglich war (keine Reagenz) --> ein Ausweichen auf ACT-Messung (Innere) notwendig war In Zukunft muss man - Immer wieder im Alltag gegen die selektive Wahrnehmung ankämpfen - Cellsaver-System immer separat halten und/oder Infusion mit gesondertem Label (z.B. signalrot) markieren
Problem [1] Verwechslung von Medikamenten gemäß EU Richtlinie 2001/83/EG https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Medikationsfehler/20150626.pdf	Die versehentliche Infusion eines Medikamentes kann schwere Folgen haben. Auch Medikamentenverwechslungen stellen nach EU-Norm einen meldepflichtigen Vorgang dar [1]. In diesem Fall ist es als positiv zu werten, dass glücklicherweise ein „verträgliches“ und reversierbares Medikament zugeführt wurde, dass der Fehler vor der großen Blutung entdeckt wurde und dass gesteuert mit der ACT (Activated clotting time) antagonisiert werden konnte. Die Begleitumstände und begünstigenden Faktoren in diesem Fall würden eine gute Basis zur profunden Analyse und zur Ver-

	hinderung einer weiteren Verwechslung bieten. Wie war die Arbeitsbelastung und der Ausbildungsstand des Anästhesisten? Wie häufig wird in dieser Einrichtung die maschinelle Autotransfusion (MAT) benutzt? Wie war die Heparin-Kochsalzspüllösung der MAT gekennzeichnet? Hat das MAT-Gerät einen eigenen Hänger zur Infusion der Spüllösung? Da all die Faktoren im Bericht nicht beleuchtet sind, können wir zusätzlich zu den vom Meldenden nur allgemeine Vorschläge zur Verhinderung geben. (s.u.) Die Reagenzien für die Thrombelastographie haben Verfallsdaten und müssen auch für die drei Basistests (Intem, Extem, Fibtem) immer nachbestellt werden. Eine Person, die sich darum kümmert oder eine SOP, die die Nachbestellung regelt, sollte es geben.
Prozessteilschritt*	7 - MAT-Herstellung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	MAT
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochentag, Routine, ASA3
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	C
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	– „Eine aufmerksame Pflegekraft“ – „Die sofortige Bereitstellung von Protamin und die Abnahme von Kreuzblut“ – „Die sofortige ACT-Messung im Katheterlabor, tolle Kooperation der Internisten. Die ACT betrug dann 200 sec“ – „Die OP verlief ereignislos“

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)	**Prozessqualität:** 1. SOP/VA bzw. Einweisung nach Med GV in die MAT- Anästhesie: Insbesondere sollte der heparinisierte Beutel klar und deutlich gekennzeichnet und nur an den Ständer des MAT-Gerätes gehängt werden 2. SOP/VA – Anästhesiepflege: Wöchentliche Kontrolle der Reagenzien und Tests im POCT-Bereich 3. Meldung an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. Abteilung: Bestellung eines Verantwortlichen mit Stellvertreter für die MAT, auch Verantwortlich für die laufende Fortbildung aller Mitarbeiter und die Aktualität der Einweisungen 2. Abteilung: Bestellung eines Verantwortlichen für die Thrombelastographie, auch verantwortlich für die Nachbestellung der Reagenzien. Alternativ: Bedienung im Zentrallabor mit den dort eingeübten Qualitätssicherungs- und Materialkontrollen 3. Regelung der Qualitätssicherung für die Thrombelastographie über das Labor im Haus (falls vorhanden) 4. Industrie: Auslieferung des MAT-Gerätes mit (nur) einer Halterung für die heparinisierte Spüllosung. Eventuell bereits vorgefertigte und farblich eindeutig gekennzeichnete Beutel

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie
ACI	Arteria carotis interna
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass
AHT	Arterielle Hypertonie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
3GE	3-Gefäßerkrankung
EK	Erythrozytenkonzentrat
FFP	Gefrierplasma
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum
Hkt	Hämatokrit
ICU	Intensivstation
KHK	Koronare Herzkrankheit
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
OP	Operationssaal
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
SOP	Stand Operating Procedure
TB	Transfusionsbeauftragter
TEP	Totalendoprothese
TFG	Transfusionsgesetz
TK	Thrombozytenkonzentrat
TV	Transfusionsverantwortlicher
VA	Verfahrensanweisung
VHFL	Vorhofflimmern

*** Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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
6. Hämostasemanagement
7. Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** 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