



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	Laboranzeige des präoperativen HB-Spiegels glücklicherweise falsch
Fall-ID	120-2016-N6E8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patientin zur Hüfte-Tep, 1937 geboren, 60 kg. Bei der Laborkontrolle des sonst sehr zuverlässigen und gewissenhaften Operateurs zeigt sich ein präoperatives Hb von 9,3g/dl. Die Narkose war schon eingeleitet, es gibt keine PBM-Ambulanz im Haus, die Laborwerte sind oft nicht ausgedruckt in der Akte und wegen des Drucks des OP-Managers wird sofort mit der Narkoseeinleitung angefangen und danach die Laborwerte und Blutverfügbarkeit gecheckt- so auch bei dieser Patientin. Der Einsatz der maschinellen Autotransfusion wird beschlossen.</p> <p>Es kommt bei der Femurkopf Extraktion zur arteriellen Blutung, die nicht sofort behoben werden kann. Es werden aufgrund dieser seltenen und unerwarteten Blutung 800ml autologes Retransfundat gewonnen und zurückgegeben.</p> <p>Bei einer späteren Kontrolle des Labors fällt auf, dass die Patientin am Ende der Operation einen Hb von 11,3 hatte, obwohl kein Fremdblut gegeben worden war. Das jetzt eingestellte Labor zeigte einen präoperativen HB wert von 13,7g/dl. Dieser Wert war am OP-Morgen aber noch nicht eingegeben. Glück im Unglück!</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> - Es wird eine Indikation zum MAT-Einsatz und dann auch zur Transfusion gestellt, obwohl der korrekte Ausgangs-Hb von der nicht aktuell war. - Es wird aufgrund einer sehr seltenen Komplikationen dennoch genügend Blut aufgefangen. Es wird dann auch retransfundiert, ohne dass der Hämoglobinwert des Patienten nochmalig durch POCT/BGA oder noninvasiv überprüft wurde. Erst postoperativ wird dann festgestellt, dass der Ausgangs-Hb höher war als

	<p>der Daten/Aktenlage zu entnehmen war.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine Schädigung des Patienten ist nicht erfolgt. Die Retransfusion des verlorenenen Wundbluts kann aber bei gleichzeitigem und großzügigen Volumenersatz selten mit einer Überladung des Herz-Kreislaufsystems verbunden sein, wenn der Volumenstatus des Patienten nicht überwacht wird. - Außerdem ist der Einsatz der maschinellen Autotransfusion, ohne dass ein nennenswerter Blutverlust zu erwarten ist und Bluttransfusionen vermieden werden können, kostentreibend. Kann man hier einen Bedienerfehler nicht ganz ausschließen, aber es ist anzunehmen, wenn kein Verlass auf das Softwaresystem des Labors ist, dass auch andere Werte nicht stimmen. Beängstigend , wenn man sich vorstellt, dass viele therapeutische Entscheidungen von Laborwerten abhängig gemacht werden. - Der Patient hätte zurückgestellt werden müssen und die Narkose bei diesem Grad der angenommenen tiefen Anämie nicht eingeleitet werden dürfen. - Eine PBM –Ambulanz in dieser Institution scheint es nicht zu geben. An sie hätte man sich in diesem Fall wenden können. - Die WHO-Checkliste beim Einschleusen des Patienten sollte abprüfen, ob einen Anämie vorliegt und ausreichend Konserven zur Verfügung steht. Das ist hier wohl nicht erfolgt - Das OP-Management lässt in diesem Haus auch elektive Punkte zu, die nicht optimal vorbereitet sind (zumindest nach aktueller Datenlage am Morgen der Operation)
Prozesseilschritt**	5 : Fehler bei der Verabreichung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	MAT-Retransfundat
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP

<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>ASA III, Endoprothetik (Implantation einer Hüft-TEP)</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</p>	<p>C</p>
<p>Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</p>	<p>Nein /nein</p>
<p>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar</p>	<p>Die MAT wurde ohne zwingende Indikation korrekt durchgeführt, es erfolgte keine Transfusion von Fremdblut ohne Indikation</p>
<p>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</p>	<p>2/5</p>
<p>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</p>	<p>2/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prozess und Software-Check zum Ausschluss einer Fehlfunktion ggf. SOP- Labor: Überprüfung der Laborwerteingabe 2. SOP- /Fortbildung für Chirurgen, Anästhesisten, Internisten: Laborkontrollen (Aktualität und Zuordnung von Laborwerten, Überprüfung der klinischen Plausibilität von Laborwerten, Abruf von Laborwerten, Bedienung der Software...) 3. Fortbildung Ärzte: Richtlinien Hämotherapie/Querschnittsleitlinien: Indikation zur Transfusion: klinisch, laborchemisch und pathophysiologisch) 4. Fortbildung PBM/individuelle Hämotherapie-Bedeutung der präoperativen Anämie 5. Fortbildung Anästhesie: Volumenmonitoring perioperativ 6. SOP Anästhesie: Vorgehen beim großen Blutverlust/Massivtransfusion 7. Fortbildung Anästhesie: MAT:Risiken und Nebenwirkungen 8. SOP- Überprüfung von Kreislauf, Volumenstatus und Sauerstoffträger während blutverlustreicher Eingriffe 9. Meldung an den Transfusionsverantwortlichen <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erneuerung / Kontrollsoftware der Laborwertübernahme der Analysatoren in die vernetzte Software inclusive Anzeige von

	<p>unplausiblen Werten /Deltacheck</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Einrichtung einer PBM-Ambulanz/präoperative Anämiesprechstunde 3. Anschaffung von POCT/noninvasiven und weniginvasiven Hämoglobinmessgeräten (Plethysmographisch, Pulskonturanalyse, Blutgasanalyse, Hämocue...) 4. Ausbildungs-Curriculum für alle transfundierenden Ärzte: Hämotherapie, PBM, Hämostaseologie, Bedienung der Laborsoftware 5. Etablierung einer Fehlerkultur : CIRS, Meldeverfahren, interdisziplinäre Fallbesprechung (M&M) 6. Vernetzung der OP-Management und Blutbank mit der Laborsoftware- keine Zulassung von elektiven Punkten von anämischen Patienten zur Endoprothetik
--	---

***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

****Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. -Fehler bei Fehler bei der Probenabnahme,

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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