



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	fehlende Kommunikation der EK-Übergabe
Fall-ID	CM-119540-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>In den OP gelieferte EKs werden versehentlich einem Patienten mitgegeben, der aus dem OP abgeholt wird. Der Patient ist bis zu diesem Zeitpunkt stabil.</p> <p>Bei einer laufenden kardiochirurgischen Operation werden EKs benötigt und in der Blutbank angefordert. Bei Anlieferung der EKs in der OP-Schleuse wird zeitgleich ein anderer Patient an die Station übergeben. Die EKs werden in der Annahme, dass sie zu dem verlegten Patienten gehören, versehentlich mitgenommen.</p> <p>Der Zustand des Patient im OP-Saal verschlechtert sich zusehends. Nach mehrmaliger Nachfrage und Nachforschungen zusammen mit der Blutbank und dem Trägerdienst, werden neue EKs als Notfall geordert. Nach Auffinden der ersten EKs werden diese zurück in den OP geschickt.</p> <p>Meiner Ansicht nach hätte das Ereignis dadurch vermieden werden können, dass man den OP-Betrieb geordneter organisiert und entschleunigt. Unter dem erhöhten Tempo und der erhöhten Schlagzahl in den OPs leidet die Qualität seit Monaten.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf</p> <p>1. S „Situation“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name - Alter - Geschlecht 	<ul style="list-style-type: none"> • Der Transport von Blut und Blutprodukten ist in diesem Fall ohne die notwendige Sorgfalt bei der Auslieferung und auch bei der Annahme erfolgt. Das Transportpersonal ist vermutlich nicht über die speziellen Vorschriften des Transports, sowie über die Risiken und Gefahren der Fehltransfusion informiert. Ebenso scheint in dieser Institution keine Möglichkeit zu bestehen, den Verbleib der Blutprodukte auszumachen, da es kein Dokumentations- und Trackingsystem gibt. • Die Patientenzuordnung von bestellten Konserven im OP bereitet in diesem Fall Probleme, da die Schnittstelle des Transports an der OP-Schleuse unreguliert ist. Die Abgabe der Blutprodukte an Personal unter der ungeprüften

<ul style="list-style-type: none"> - Diagnose - operativer Eingriff/ Intervention - Anästhesieverfahren <p>2. B „Background“</p> <ul style="list-style-type: none"> - präoperativer Hautzustand - Wertsachen - Allergien - präoperative Medikamente - Komorbiditäten - präoperative Diagnostik - Intraoperative Ereignisse (z.B. schwieriger Atemweg/ schwierige Punktion) <p>3. A „Assessment“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring, Lagerung, Wärmemanagement - Zugänge - Ort für Applikation von Notfallmedikation - Perfusoren - Volumentherapie, Ein- und Ausfuhr - Kumulativer Blutverlust - Blut-/ Gerinnungsprodukte (gegeben/vorhanden) - aktueller Stand der OP - letzte Laborwerte - Antibiotikagabe, Relaxangabe, Opioidgabe <p>4. R „Recommendation“</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operationsdetails: Drainagen (welche, Lage) - Anordnungen des Operateurs - Extubation geplant/ postop. Nachbeatmung - AWR,IMCU oder ICU - PostoperativeSchmerztherapie 	<p>Annahme, dass die Zuordnung von verlegtem Patient und Blutprodukt stimmt, hätte einfach nachgeprüft werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Mitverlegung“ von Blutkonserven ist mit der erhöhten Gefahr der Fehltransfusion verbunden (siehe Fall Nr. CM-23214-2015). • Folgen für den Patienten: Die verzögerte Versorgung des sich im OP befindenden Patienten bedingt oder aggraviert eine klinische Verschlechterung während der Operation. • Folgen für die anderen Patienten des Krankenhauses: Vermutlich muss er mit kostbaren Null-neg-Universalkonserven ohne Verträglichkeitsprobe versorgt werden, diese stehen dann echten Notfällen nicht mehr zur Verfügung. Die fehlgeleiteten EKs sind vermutlich zu verwerfen, da die Kühlkette fraglich unterbrochen oder die Lagerung und Transportzeit nicht fachgerecht war. • Die vom Meldenden angeklagte Geschwindigkeit mit der heutige OP-Managements den teuren OP-Bereich gewohnt sind zu steuern, mag ein wenig zur Ursache beigetragen haben. Allerdings ist die Übergabe von Blutprodukten und Patienten in der Schleuse ein Routineprozess, der standardisiert und entsprechend der Empfehlungen der DGAI zum SBAR Konzept geregelt gehört [1]. Für die Überprüfung der Zuordnung von Blutprodukten und Patient muss immer, auch im Notfall, Zeit sein.
<p>Prozesseilschritt**</p>	<p>3 Transport</p>
<p>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</p>	<p>k.A.</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Schnittstelle OP/ Transport</p>

<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>ASA III, Routine, Wochentag</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</p>	<p>A</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 <u>Kommissionskommentar</u></p>	<p>„Die schnelle Kommunikation mit allen Beteiligten, um ein schnelles Auffinden der EKs zu ermöglichen.“</p>
<p>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</p>	<p>3/5</p>
<p>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</p>	<p>4/5</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. SOP/Fortbildung: Transport, Dokumentation und Übergabe von Blutkonserven - Abgleich der Begleitscheine mit dem Empfänger 2. Checkliste: Abgabe der Blutkonserven 3. SOP/Fortbildung: Die geordnete Übergabe - das SBAR-Konzept [1] 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empfängerausweisung/ -markierung auf Transportbox 2. Getrennte OP-Schleuse für Material 3. Tracerchip für Blutkonserven bzw. der Transportbehältnisse (RFID-Labels zur Temperaturaufzeichnung gibt es bereits). Dies ist nicht nur für den hier berichteten nicht so häufigen Fall der Fehlzuordnung und des Verlusts von Blutkonserven sinnvoll, sondern auch zum Temperaturmonitoring (Kühlkette eingehalten) und vor allem zur Verwurfzählung der nicht transfundierten, aber angeforderten und dann im Depot vergessenen oder im Stationszimmer entsorgten Konserven interessant.

***Risikokala:**

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