



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	Nicht leitliniengerechte Gabe von Erythrozytenkonzentraten
Fall-ID	CM-137183-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Meldende kam in einem anderen Zusammenhang zu dem Patienten, bei dem gerade ein Kollege einer anderen Abteilung eine Bluttransfusion durchführte. Dabei wurden zwei Konserven von Anfang an mittels eines Dreiwegehahns gleichzeitig transfundiert. Auf Nachfrage warum er das so macht und wie er eine mögliche Transfusionsreaktion einer bestimmten Konserve zuordnen wolle, wurde geantwortet, das machen wir schon immer so.</p> <p>Das tritt anscheinend Abteilung fast täglich auf, so dass meine Hinterfragung der Praxis auch ergebnislos war.</p> <p>Meine Empfehlung ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bessere Schulung • Transfusionsleitlinien • Kommunikationsfähigkeiten
Problem	<p>Es werden 2 Erythrozytenkonzentrate über einen Dreiwegehahn an einen Patienten angeschlossen. Das umgeht scheinbar die Notwendigkeit der zweimaligen Arztpräsenz zum Anhängen der Konserve (nicht delegierbare ärztliche Handlung) und bei Arztwechsel auch die Wiederholung des Bedsidetests. Die Überwachung während der Transfusion kann delegiert werden. Eigentlich muss aber der Arzt nach Einlaufen der ersten Konserve die 2. Konserve starten durch Umliegen des Dreiweghahns. Das soll wohl in diesem Fall dann auch das überwachende Pflegepersonal besorgen.</p> <p>Bei diesem Vorgehen ist neben diesem Vorgehen auch die fehlende Kontrolle der Indikation zwischen beiden Erythrozytenkonzentraten anzumerken. Die</p>

	Doppelgabe ist nur leitliniengerecht, wenn es sich um die rasche Korrektur einer akuten Blutung oder sehr tiefen Anämie handelt. Dann würde man aber beide Einheiten über 2 Zugänge synchron einlaufen lassen und nicht seriell mit Zeitverzug über einen Venenzugang und Dreiwegehahn verabreichen. Die Transfusion einer Einheit führt zwar zu einem errechenbaren Anstieg des Hämoglobingehalts über den Transfusionstrigger, nicht aber bei unbekanntem, weil schwer zu messendem Volumenstatus. Mit dem Vorgehen nach Leitlinie könnte die eine oder andere unnötige Übertransfusion vermieden werden (1,2) und die Patienten hinsichtlich der ungünstigen Effekte geschützt werden. Dabei halfen zuletzt auch Softwarelösungen bei der Anforderung (2, 3) (siehe auch unter www.iakh.de/nachricht/items/nature-artikel-2016-IAKH.html)
Prozesseilschritt**	Indikationsstellung, Verabreichung 5
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	Nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Periphere Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	k.A.
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	4/5

<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 Ärzte: Risiken und Gefahren der Fremdbluttransfusion und Übertransfusion 2. SOP/Ärzte Indikationsstellung der Blutprodukte nach Querschnittsleitlinien 3. SOP/Ärzte und Stations/Pflegepersonal: Übernahme und Delegierbarkeit von ärztlichen Tätigkeiten 4. SOP/Fortbildung Ärzte: Transfusionsreaktionen und Überwachung der Patienten während der Bluttransfusion 5. SOP/Fortbildung Ärzte: Anforderung von Blutkonserven unter Angabe der Dringlichkeit und Indikation vor Notfall- und Routine-Transfusion inklusive Transfusionsanamnese falls verfügbar 6. SOP-Labor/Blutbank: Keine Annahme von Blutbereitstellungs- und Konserventest-Aufträgen ohne Angabe von Indikation und Dringlichkeit 7. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Anforderung von Blutkonserven mit obligaten Angaben zu Dringlichkeit, Indikation und Transfusionsanamnese 2. Vernetzung der Blutbank mit dem Labor: Bei bekanntem und stabilen Hb-Verlauf müssen klinische Symptome oder Blutungsereignisse als Begründung einer Doppeltransfusion angegeben werden 3. Begrenzung der Anforderungszahl von Blutprodukten auf Einzeleinheiten- elektronisch oder papierbezogen 4. Elektronische Hinweise auf die Leitlinien, bei offensichtlichen Verstößen gegen übliche Transfusionsgrenzen und Anforderung von Mehreinheiten 5. Optimierung der Kommunikation unter Kollegen- Schulung und Unterweisung in Form der Abgabe und Annahme einer konstruktiven Kritik, insbesondere auch für die Fehler bei Routinetätigkeiten. Errichtung einer Fehlerkultur evtl.

	durch ein gelebtes CIRS 6. Wertschätzung von Angestellten, Coaching und Teamschulung bei den Mitarbeitern weg vom „das ist hier schon immer so“-Geist zur Eigeninitiative und Verbesserungsvorschlägen.
--	--

***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

****Prozessteilschritte 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