



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 | Versäumnis EK/ TK für OP zu bestellen |
| Fall-ID | CM-20001-2016 |
| Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet) | <p>Versäumnis, Thrombozyten- und Erythrozytenkonzentrate für Operation an der Wirbelsäule zu bestellen:</p> <p>Bei einem Patienten ist ein umfangreicher Eingriff an der Wirbelsäule geplant. Der Patient steht unter ASS-Dauertherapie und zeigt bei Laboruntersuchung eine Thrombozytenzahl von etwa 125000/µl; aufgrund des Aspirins ist der Thrombozytenfunktionstest erwartungsgemäß zusätzlich pathologisch verlängert.</p> <p>Nach präoperativer Absprache mit dem Operateur wird ASS nicht abgesetzt und der Eingriff unter Verfügbarkeit von 2 Thrombozytenkonzentraten (TK) geplant.</p> <p>Nach Narkoseeinleitung und Beginn der Operation kommt es zu mäßigen Sickerblutungen, die den Anästhesisten veranlassen, die bereitgestellten TK anzufordern.</p> <p>Jetzt wird bekannt, dass weder Blutkonserven noch TK in der Blutbank des KH bereitstehen.</p> |
| Problem | <p>Die Einstellung auf ASS alleine (welche Dosis? Welche Ursache) verursacht im Regelfall kein erhöhtes Blutungsrisiko. Gängige Leitlinien [1] gehen dennoch dahin bei Eingriffen am ZNS ASS präoperativ wenn möglich abzusetzen: Das Absetzen einer Monotherapie mit ASS (oder Clopidogrel) wegen KHK empfehlen Leitlinien nur bei sehr hohem Risiko durch Blutungen wie bei intrakraniellen oder Rückenmarksoperationen oder Eingriffen im hinteren Augenbereich. Ob die Nachblutungsgefahr an der Wirbelsäule und die Gefahr der Nervenkompression in diesem Fall relevant ist oder ob die Begründung der Aggregationshemmung so dringlich ist, dass die ASS-Einnahme nicht unterbrochen werden kann, ob sie nur versäumt wurde, der Eingriff an der Wirbelsäule dringlich war, etc., geht leider aus der Falldarstellung nicht hervor. Allerdings könnte man den Eindruck gewinnen, dass in dieser Einrichtung bzw. in diesem Fall die Operations- und Narkoseplanung nicht optimal geregelt ist. Zumindest scheint es kein Standardvorgehen oder regelhaftes hämostaseologisches Konsil bei Patienten zu geben, die unter einer vorbestehenden Koagulopathie, in diesem Fall nachgewiesen mittels Funktionstest (welchem, ist fraglich), operiert werden sollen. Ebenso ist nicht klar, mit welchem Blutungsrisiko der Eingriff einhergeht.</p> |
| | <p>[1] http://der-arzneimittel-brief.de/de/textdateiupload/2010,44,17_8398.pdf</p> <p>[2] https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/empfehlungen/531-vereinbarung-ueber-die-zusammenarbeit-bei-der-bluttransfusion/file.html</p> <p>[3] Die WHO-Sicherheitscheckliste der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: https://www.dgch.de/index.php?id=52 Entwurf der WHO: http://www.who.int/patientsafety/safe_surgery/ssl_checklist_german.PDF</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Die Zuständigkeit für die Konservenbestellung bei der Blutbank ist offensichtlich in dieser Einrichtung nicht eindeutig geregelt oder die Absprache hat nicht beinhaltet, wer die Anforderung der Konserven durchführen soll. Laut Übereinkunft der Fachgesellschaften von Chirurgie und Anästhesiologie [2] ist der Operateur letztendlich für die Bereitstellung verantwortlich. Er sollte sie aus Gründen des Einblicks in den geplanten Umfang und das übliche Ausmaß des Blutverlusts auch nicht an die Anästhesie delegieren oder in einer Anordnung zur Standardbereitstellung regeln. Allerdings obliegen Thrombozytenkonzentrate besonderen Lagerungs- und Vorhaltebedingungen, da sie anders als Erythrozytenkonzentrate nur eine kurze Lagerbarkeit unter Agitation auf einer Schaukel bei Zimmertemperatur haben. Thrombozytenkonzentrate sind nur in Einrichtungen der Maximalversorgung vorrätig oder jederzeit greifbar. In kleineren Einrichtung müssen oftmals Thrombozytenkonzentrate gut geplant und sicher indiziert sein, da die Transportlogistik Verzögerungen der Verabreichung von mitunter mehr als 2 Stunden bedingt.</p> <p>Die Überprüfung der Voraussetzungen für einen sicheren Eingriff gemäß der WHO-Checkliste [3] beinhaltet die Überprüfung der bereitgestellten Blutkonserven.</p> <p>Der Beginn der Anästhesie erfolgt normalerweise nach Kontrolle von Einwilligung, Patientenanamnese, Laborwerten etc. Dazu gehört auch die Überprüfung, ob die angeforderten Konserven tatsächlich bereitgestellt, reserviert oder gekreuzt sind. Beide der obig angeführten Sicherheitsmaßnahmen sind in diesem Fall missachtet worden.</p> |
| Prozesseilschritt** | 2-Anforderung |
| Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt | TK, EK |
| 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) | ASA 3, Routine, Wochentag |
| Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben) | A |
| Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Ver- | Nein/nein |

| | |
|--|--|
| wechslung verhindert? | |
| Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u> | <p>„Aufgrund der frühzeitigen Reaktion des Anästhesisten wurde das Versäumnis der EK-/TK-Bereitstellung von Station aufgedeckt und unter Einsatz einer Blaulichtfahrt konnten rasch die benötigten Blutprodukte aus einem Nachbar Krankenhaus besorgt werden.</p> <p>Eine interne intensive Auswertung dieses Vorkommnisses wurde mit allen Beteiligten unverzüglich durchgeführt.“</p> |
| *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) | <p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung/ SOP – Chirurgie/ Anästhesie: Zuständigkeit für die perioperative Bereitstellung von Blutprodukten gemäß/ oder abweichend von den Empfehlungen der Fachgesellschaften 2. SOP – Chirurgie/ Anästhesie: Routinevorgehen bei präoperativ koagulierten Patienten 3. SOP – Anästhesie: Notwendige Maßnahmen vor Einleitung einer Narkose, Identitätssicherung bis Verfügbarkeit von Beatmungsmöglichkeiten und Blutprodukten 4. SOP/ Fortbildung – OP-Personal: WHO-Sicherheitscheckliste 5. SOP/ Fortbildung – Anästhesie und Chirurgie: Strukturierte Regelkommunikation, Kommunikation im Krankenhaus und insbesondere in der perioperativen Phase 6. SOP – Anästhesie: Abteilungsinterne und -übergreifende Informationsweitergabe relevanter Informationen von prämedizierten (= präoperativ untersuchten) Patienten 7. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einrichten eines Klinikpfads für Patienten mit hohem Blutungsrisiko und/ oder präoperativer Antikoagulation 2. Einrichtung einer am besten interdisziplinären Eingriffs- und Patientenbesprechung („OP-Konferenz“) am Vortag oder OP-Morgen 3. Zentrale Anamnese- (auch Medikamenten-) Erfassung und Verlinkung mit dem OP-Management sowie dem Blutbankmodul: Die Übertragung der Anforderung der erforderlichen Blutprodukte im Rahmen einer Anästhesieaufklärung („Prämedikation“) in ein digitales Eingriffs-/ Vorbereitungsmodul würde durch die Einsehbarkeit im gesamten |

| | |
|--|--|
| | <p>Haus die Informationsweitergabe optimieren. Bei automatisch verlinktem Eintrag in eine digitale OP- und Anästhesie-Planungsdatei, die mit der Blutbank-Software verlinkt ist, könnte ein ALERT generiert werden, wenn der Patient am OP-Tag keine Konserven bereitgestellt hat</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anschaffung eines speziellen Informationstelefon der chirurgischen Organisationsplanung und OP-Anmeldung, das 24/7 erreichbar ist. 5. Einrichtung eines Klinikpfades, in dem festgelegt ist, welcher Informationsweg bei wichtigen Auffälligkeiten bei der anästhesiologischen Prämedikation gewählt werden soll, um eine zuverlässige Weitergabe von Besonderheiten zu gewährleisten (z.B. Email ans Sekretariat des Chefarztes, Telefonat an den Dienstarzt, etc.) 6. Einrichtung der Möglichkeit eines verfügbaren Hämostase-Konsils und evtl. Integration in den Klinikpfad |
|--|--|

*** Risikoskala**

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 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