



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	Enoxaparin führt zur Transfusionspflicht
Fall-ID	CM-30883-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein Patient erhält laut Anordnungsbogen mehrere Tage nach einer Operation 2x täglich 60mg Enoxaparin s.c. Am Morgen beginnt der Patient rektal zu bluten, woraufhin die zuständige Pflegekraft das ärztliche Personal vor der Medikamenten-Gabe auf die sehr hohe Enoxaparin-Dosis sowie auf die bereits bestehende Blutung hinweist. Die Pflegekraft erhält die ausdrückliche Anordnung, das Enoxaparin zu verabreichen. Der Patient blutet daraufhin immer stärker und setzt über die nächsten 16h rektal massiv frisches Blut und Koagel ab. Der Hb-Abfall wird transfusionspflichtig und der Patient erhält mehrere EKs und doppelt so viele FFPs sowie eine forcierte Volumengabe (kolloidale und nicht-kolloidale Flüssigkeiten).</p> <p>Besonders ungünstig ist die Kommunikation von ärztlichem und pflegerischem Personal. Die Pflege hat auch später auf weitere Blutung hingewiesen, jedoch hat es gedauert, bis sich von Seiten des Arztes gekümmert wurde. In so einer Situation müsste die Pflegekraft die Verabreichung verweigern und begründet an das ärztliche Personal (zurück) delegieren.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"> Die antithrombotische Medikation in therapeutischer Dosierung muss vermutlich aufgrund eines hohen Risikos (hier leider keine Informationen, auch kein Körpergewicht angegeben) trotz bestehender rektalen Blutung weitergeführt werden oder die rektale Blutungsgefahr (Hämorrhoiden?, Grundleiden des Patienten?, nicht berichtet) wird von ärztlicher Seite als nicht transfusionsbedürftig unterschätzt Team-Konflikt: Die Kommunikation Arzt/Pflege scheint hier nicht zu einem Verständnis der Therapie aller Teammitglieder beizutragen. Ob die Antikoagulationsdosis zur Blutung beigetragen hat oder die Dosis angepasst

	<p>werden hätte müssen, ist ohne die Kenntnis des Thromboembolie-Risikos (und des Körpergewichts) nicht beurteilbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einer über 16h bestehenden auch stärkeren Blutung scheint eine FFP-Gabe vermeidbar. Der Ersatz der Gerinnungsfähigkeit, der durch eine zu hoch dosierte Antikoagulation notwendig wird, sollte mittels Protamin (ist auch zum Teil beim niedermolekularen Heparin wirksam) erfolgen und kann mit der Bestimmung des anti Faktor Xa-Tests gesteuert werden. Der Einsatz von FFP ersetzt Gerinnungsfaktoren unspezifisch, mit hohem Volumen, in geringer Dosis der benötigten Faktoren II und X und trägt zudem das Risiko der Initiation eines TRALI-Syndroms.
Prozesseilschritt**	6-Gerinnungsmanagement
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	GP
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	ITS / IMC
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	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 Verwechslung verhindert?	Nein/nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Das Pflegepersonal hat auf die zu hohe Dosierung und auf die Blutung deutlich und mehrfach hingewiesen.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5

<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. Fortbildung Thromboseprophylaxe: Abwägung des Blutungs- und Thromboserisikos unter einer prophylaktischen/halbtherapeutischen und therapeutischen Dosierung 2. Fortbildung Monitoring der Faktor anti-Xa Aktivität zur Therapiesteuerung 3. Verbesserung des Pflege/Ärzte-Dialogs: Teamsitzungen, Visitenstruktur, Coaching, Konflikttraining, etc. (s.u.) 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Anmeldung Blutprodukte mit Angabe der Indikation und Vernetzung des KIS mit der Anforderungssoftware- die erhöhte Heparindosierung 2. Einführung einer Unternehmenskultur, die Teamsitzungen und Coaching, Psychodrama etc. als Instrumente eines verbesserten Arbeitsklimas benutzt, um die hier offensichtlich gestörte Teamkommunikation zu verbessern. Die Meldung dieses Falls durch die Pflegekraft erfolgt offensichtlich aus dem Gefühl der Minderbeachtung dessen Warnungen- ein Hinweis auf zusätzliche Störungen der Kommunikation auf der emotionalen und persönlichen Ebene. Offensichtlich wurde auch die Gründe der Fortführung der Antikoagulation trotz bestehender Blutung nicht verständlich kommuniziert oder war dem meldenden Teammitglied nicht zugänglich. Konflikte im Team sind eine Quelle für Missverständnisse, Minderung der Versorgungsqualität und des Arbeitsklimas. Sie erfordern die Aufmerksamkeit der Direktion und professionelle Instrumente zur Beseitigung sind im Sinne der Patientensicherheit notwendig.
---	---

***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 |

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 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

****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