



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	Unkenntnis über das Transfusionsprocedere des neuen ärztlichen Mitarbeiters
Fall-ID	CM-89551-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Unkenntnis über das Procedere der Bluttransfusion verzögert Gabe von Erythrozytenkonzentraten:</p> <p>Der Patient war seit OP-Beginn transfusionsbedürftig. Nach einem Wechsel der betreuenden Anästhesisten gab der neue Anästhesist an, nicht in der Lage zu sein, zu transfundieren. Weder wusste er, wie ein Bedside-Test funktioniert, noch wie die Transfusionsysteme zu handhaben sind. Auch die Aufbewahrungsfristen der verbrauchten EKs und die Online-Neubestellung durch unser EDV-System Lauris waren ihm nicht geläufig. Der diensthabende Oberarzt wollte die Einweisung an die anwesende Pflegekraft delegieren, was diese strikt ablehnte.</p> <p>Es kam deshalb zur Zeitverzögerung bei der Transfusion und Neubestellung von Konserven und zur Patientengefährdung.</p> <p>Ein konsequentes Einweisen (mit Nachweis) aller Anästhesisten in die Lauris-Funktion und Kenntnisse über das Transfusionsgesetz ist dringend notwendig und schon seit langem ein Problem. Dieses Ereignis tritt jeden Monat mindestens einmal auf!</p>
Problem	<p>Der neue Mitarbeiter bekam offensichtlich noch keine Einweisung in die in dieser Institution gängige Vorgehensweise bei der Bestellung und Verabreichung der Blutkonserven. Lauris ist eine Laborsoftware, die die Anforderung von Blutprodukten und Laboruntersuchungen, die Einsicht in Blutgruppen, Antikörpersuchtest und weiterer Laborwerte ermöglicht. Der Anordnungs- und Anforderungsprozess unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung relativ stark, ist aber stark reguliert, weil Fehler potenziell tödlich für den Patienten und schädlich für die Einrichtung hinsichtlich der Pressewirkung eines solchen Zwischenfalls sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Üblicherweise bekommen neue Mitarbeiter vor Einstellung eine praktische Anleitung und Einweisung in wesentliche Bereiche und Geräte, bzw. es wird ihnen für andere Inhalte eine Verfahrensanweisung ausgehändigt. Ob diese Unterweisung in diesem Sinne hier erfolgt ist, unzureichend war oder ob der neu eingestellte Arzt sie wieder vergessen hat, kann der Meldung nicht entnommen werden. Denkbar ist auch, dass in der Abteilung eine hohe Fluktuation herrscht,

	<p>viele Mitarbeiter neu eingestellt worden sind oder dass es sich um Honorarkräfte handelt, die generell nicht oder unzureichend eingewiesen werden. In Zeiten des Personal mangels und Ressourcenknappheit werden aus kaufmännischem Kalkül allzu oft Aspekte vernachlässigt, die mit einer geringen Wahrscheinlichkeit zu nachteiligen Effekten führen, aber bei Eintreten zu nicht behebbaren Schäden führen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dass der neue Arzt nicht einmal die Durchführung des Bedside-Tests beherrscht, ist ein großes Risiko. Obwohl die in Deutschland gebräuchlichen Transfusionsysteme sich nicht groß von den Infusionssystemen unterscheiden, kann ein ausländischer Gastarzt theoretisch mit diesen Systemen unvertraut sein. Diese Unsicherheiten existieren dann vermutlich auch auf allen anderen Gebieten, weshalb der unbegleitete Einsatz des neuen Arztes eine potenzielle Patientengefährdung darstellt. Eine Supervision und Überprüfung der praktischen und theoretischen Fähigkeiten seitens des Abteilungsleiters oder des Oberarztes, sowie ein initiales Begleitprogramm für neues Ärzte erscheint hier geboten. • Um die Teamkooperation scheint es nicht gut bestellt zu sein, eventuell aus Protest gegen die geschilderten Mängel. Der/die Meldende ist hier von der Pflege, der/die sich auch weigert, einer vermutlich organisatorisch bedingten Ursache der Verzögerung abzuhelpen, auch wenn er/sie es könnte. Der Oberarzt kann die Anordnung an die Pflegekraft delegieren, zeichnet aber persönlich verantwortlich für die korrekte Ausführung. Der bessere Weg wäre hier auf den Missstand hinzuweisen, und im Wiederholungsfalle die Transfusionskommission zu informieren.
Prozesseilschritt**	2 - Anforderung
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	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- Geräte-technik C- Personen mit Gerät v.v., D- nein, keine Angaben	A, B

<p>Hat der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</p>	<p>Nein/evtl.</p>
<p>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	<p>„Die Anästhesiepflegekraft gab Hinweise, bediente den Konservenmonitor und kümmerte sich um die Neubestellung via Lauris.“</p>
<p>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</p>	<p>2/5</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. Regelmäßige Fortbildungsserie – ärztliche MA aller Kliniken: Anforderung, Vorbereitung und Durchführung der Bluttransfusion gemäß der Richtlinienvorgaben 2. Persönliche Überprüfung der fachlichen und sprachlichen Eignung neuer Mitarbeiter am ersten Arbeitstag 3. Teamkonfliktmanagement, Teambuilding, Gespräch mit Oberarzt und der Pflegekraft über die Natur ihres Konflikts 4. Mitteilung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vor der Einstellung empfiehlt es sich, eine Hospitation in der Einrichtung anzubieten. Vorrangig, dass der neue Mitarbeiter seine Entscheidung für eine neue Umgebung, Stellenwechsel oder/ und einen neuen Arbeitsplatz besser einschätzen kann. Gleichzeitig kann aber der Mitarbeiter auch beurteilt werden 2. Integrationsinstrumente für neue Mitarbeiter wären außer einer Vorstellungsrunde, Hausführungen, ein Begleit-/ Supervisionskonzept, Mentorenschaften, Hospitations-/ Rotationsprogramme, Einarbeitungszeiten, soziale Integration bei gemeinsamen Unternehmungen und interdisziplinäre/ Berufsgruppen-übergreifende Veranstaltungen 3. Etablierung einer Einweisungsroutine hinsichtlich medizinischer Geräte (MPG) und Transfusionsunterweisungen (TG) für neue Mitarbeiter, inklusive Honorarkräfte für die Dauer mindestens eines Tages. 4. Regelmäßige und dokumentierte Fortbildungen der Transfusionsmedizin und Hämotherapie mit Erfassung der Teilnahme 5. Einführung eines Konzepts, das die berufsgruppenübergreifende Teamarbeit am Arbeitsplatz fördert: M&M-

	Konferenzen, Balint-Gruppe, Fallpräsentationen, etc.
--	--

***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