



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	Fehler bei der Ausgabe von Erythrozytenkonzentraten werden vor der Transfusion bemerkt
Fall-ID	CM-140960-2017
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Bei einer Anämie mit nicht dringlicher Transfusionsindikation wird 1 EK angefordert und beim Blutspendedienst (BSD) nach Antikörper (AK)-Differenzierung außerhalb verkreuzt. Die vom Arzt angeforderte und vom BSD fremd verkreuzte Konserve wird nach Bereitstellung im Labor von der Pflegefachkraft vom Labor abgeholt und dem Arzt übergeben. Dieser überprüft die Konserve und die zwei Begleitscheine (bei uns werden immer zwei identische Begleitscheine mitgeliefert, ein Exemplar für die Akte, das zweite geht nach Dokumentation der Transfusion zurück zum Labor). Der Arzt stellt fest, dass die 2 Begleitscheine nicht identisch sind: der erste trägt die Nummer der Konserve, ist aber für einen anderen Patienten ausgestellt und dokumentiert die Kreuzprobe mit dem anderen Patienten. Der zweite Begleitschein ist auf den Namen des behandelten Indexpatienten ausgestellt, stimmt aber in Blutgruppe und Konserven-Chargennummer nicht mit der ausgelieferten Konserve überein.</p> <p>Der Arzt erkennt die Verwechslung und schickt die Konserve inklusive BegleitPAPIERE sofort zum Labor zurück, wo diese nach Testung der Temperatur wieder in den Bestand aufgenommen wird.</p>
Problem	<p>Als Ursache muss angenommen werden, dass im Labor und bei der Ausgabe Fehler begangen wurden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein falscher Begleitschein und ein richtiger Begleitschein wurden dem EK nach dem Verträglichkeitstest falsch zugeordnet und in einem Fach/ Beutel im Konservenkühlschrank gelagert (Verwechslung bei der Lagerung/ Bereitstellung der Konserve). 2. Bei der Ausgabe der Konserve wurden a) die Begleitscheine nicht überprüft und b) die falsche Patientenzuordnung beim Scannen des Barcodes der Konserve nicht bemerkt (Regel-

	<p>missachtung + fehlende Aufmerksamkeit).</p> <p>3. Die annehmende/ transportierende Pflegekraft hat die Begleitscheine nicht bei Ausgabe kontrolliert.</p> <p>Laut Information durch den Meldenden sind die SOPs im Labor hinsichtlich der Abläufe bei der Ausgabe von Blutkonserven sehr detailliert, sodass die Existenz von bestehenden Regeln nicht das Problem zu sein scheint.</p> <p>Da der Fehler (ebenfalls durch die Zusatzinformation des Meldenden) nicht mit einem erhöhten Arbeitsaufkommen (Parallelanforderungen) oder mit Zeitdruck (keine Notfalltransfusion) assoziiert war, müssen andere Faktoren existiert haben, die zum Fehler geführt haben. Da es sich um eine Verkettung in verschiedenen Prozess-Schritten und um mehrere Fehler in einer Schicht handelte, sollte eine gründliche Ursachenrecherche erfolgen. Menschliche Fehlerquellen wie mangelnde Aufmerksamkeit sind jedoch schwer komplett zu vermeiden. Deshalb sind mehrere Verfahren zur Fehlervermeidung erprobt und hilfreich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Vier-Augen-Kontrolle: Bei kritischen Prozessschritten wie der Zuordnung der Konservennummer zu einer Patientenidentität, dem Vergleichen von Blutgruppen oder Antikörperprofilen ist die zeitgleiche und gemeinsame Beauftragung von 2 Personen hilfreich (z.B. Labor/ Blutbankpersonal und Transportdienst, Arzt und Pflegekraft, etc.) - Die Verwendung von Checklisten bei der Transfusion gemäß den Empfehlungen des SHOT-Reports 2012 ("The use of a transfusion checklist is recommended and a model template can be found on the SHOT Website": http://www.shotuk.org/) kann auch für das Labor z.B. vor Ausgabe der Produkte dringend empfohlen werden.
Prozesseilschritt**	3 Labor/ Ausgabe
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	Ek
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Not-	ASA III, Wochentag, Routine

fall, ASA)	
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>	<p>„Der transfundierende Arzt hat nach SOP und der im Haus verwendeten Checkliste alle kritischen Punkte abgeprüft (Identität Patient, Übereinstimmung Konservenschein-Patient, Übereinstimmung Konserve-Begleitschein etc.) und dadurch den zuvor aufgetretenen Fehler sicher erkannt und einen Schaden für den Patienten verhindert.“</p> <p><u>Ausgesprochen gut ist hier die Dokumentation der Transfusion und die Verträglichkeit, vermutlich auch der Transfusionsindikation etc. geregelt. Durch die Rücksendung des 2. Begleitscheins als Verabreichungsbestätigung ist dokumentiert, durch wen, wann, warum und ob eine ausgegebene Konserve verabreicht wurde.</u></p>
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad	3/5
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/ Verfahrensanweisung Labor: Benutzung einer Checkliste oder eines Algorithmus bei der Ausgabe von Blutkonserven 2. Analyse des Lagerungsprozesses der Blutkonserven und des Zuordnungsprozesses von Verträglichkeitsproben nach Ausdruck zu den Blutprodukten – Verbesserungsfähig? SOP/ Algorithmus? 3. Fortbildung und SOP/ Verfahrensanweisung: Standardvorgehensweise im Vier-Augen-Prinzip 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Scanner oder chipbasiertes Zuordnungssystem für Blutkonservennummern, Blutproben und Patientenidentitäten bei Ausgabe, Lagerung, Dokumentenzuordnung, Transfu-

	sion etc.
--	-----------

*** 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

**** 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