

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	Wrong-blood-in-Tube - reloaded
Fall-ID	169-2019-H6G8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Notaufnahme in der ZNA: Am späten Samstag Abend soll bei einer Patientin eine Kreuzprobe und Blutgruppenbestimmung mit AKS wegen starkem Blutverlust nach einem Fahrradunfall mit Frakturen an Oberschenkelhals, Clavicula und Handgelenk (alles rechts) abgenommen werden. Links hat die mittelalte Dame nach Mamma ablatio ein Lymphödem und schlechte Venen. Der Chirurg muss selbst Blut entnehmen und bekommt mit Mühe und Not 3 fast volle Röhrchen.</p> <p>Der Arzt geht gleich zum nächsten Patienten am nächsten Monitor, nimmt die Röhrchen der vorherigen Patientin aber mit und lässt sie da liegen, weil er in den OP gerufen wird.</p> <p>Das Labor ruft in der ZNA an, die Röhrchen des Patienten (männlich) seien unzureichend gefüllt. Da zufällig in diesem Schichtabschnitt nur die Frau Blutgruppe und Kreuzblut brauchte, der Mann aber nicht, fällt auf, dass hier eine Verwechslung passiert war. Ein Anästhesist hat dann am Fuß links ganz einfach die neue Blutprobe abgenommen.</p>
Problem	<p>Dass der Fehler frühzeitig aufgefallen ist, ist dem Zufall geschuldet. Wären die Röhrchen gut gefüllt gewesen, hätte das Labor keinen Grund zur Nachfrage gehabt. Dann wäre im günstigen Fall die Bereitstellung von Blutprodukten verzögert worden. Im ungünstigen Fall wäre die Verwechslung auch durch einen Bedside-Test nicht aufgefallen.</p> <p>“Short cuts make long delays.” J.R.R. Tolkien, The Fellowship of the Rings [1]</p> <p>Zeitdruck = gefährliche Praxis.</p> <p>Wir verweisen auf die Diskussion des ähnlich gelagerten Falls Fehlerregister 167-2019-A4H7. Die IAKH stellt als Arbeitshilfe eine Musterverfahrensanleitung Blutprobenverwechslung zur Verfügung [2].</p>
[1] Tolkien JRR. The lord of the rings. Three-vol. ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.	
[2] Handreichungen - IAKH e.V. n.d. https://www.iakh.de/sonstiges.html (accessed May 26, 2020)	

	<p>Der Fehler konnte aus unserer Sicht nur entstehen, da die Röhren für die Blutentnahme nicht vor Entnahme etikettiert waren und eine sichere Patientenidentifikation im Abgleich mit den ausgezeichneten Röhren nicht erfolgt ist.</p> <p>Der vorgelagerte, beitragende Fehler war wahrscheinlich die Blutentnahme unter Zeitdruck aus dem ungeeigneten linken Arm. Hier wäre ein Klima im Team, dass den Ruf nach einer helfenden Hand einfach macht ein guter Beitrag für mehr Sicherheit. Die Problemlösung der Blutentnahme lag hier in der genauen Inspektion des Venenstatus, die eine sinnvolle Lokalisation für die Abnahme zeigte.</p>
Prozesseilschritt*	1 - Fehler bei der Probenabnahme
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	ja
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Notaufnahme
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Notfall, Wochenende, ASA 2
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-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	5/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5

<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[3] https://www.shotuk.org/2018-annual-shot-report-published/</p> <p>[4] https://www.iakh.de/fehlerregister.html</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung der Verfahrensanweisung Probengewinnung 2. Fortbildung/SOP/VA: Häufige Fehler und mögliche Folgen in der Hämotherapie am Beispiel des SHOT Reports [3] und/oder des Fehlerregisters der IAKH [4]. 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scanner-basierte elektronische Identitätssicherung und Abgleich mit Etiketten auf Probengefäßen und Blutprodukten
---	---

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationsaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

*** Prozessteilschritte 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
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko		Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000	1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	gering/ selten max. 1/10 000	2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig max. 1/1000	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