

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	Transfusions[Nicht-]management
Fall-ID	CM-198320-2020
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein Patient kommt aus der Ambulanz direkt in den OP. Im Anschluss ist die Verlegung auf Station geplant.</p> <p>Es erfolgt der Anruf von ärztlichem Personal aus dem OP, dass EKs und Blutgruppe (BG) für Pat. X benötigt werden. Es standen keine weiteren Daten des Patienten zur Verfügung.</p> <p>Die Pflegekraft soll den Patient im OP Plan streichen. Der Ablauf war unstimmig und gefährlich.</p> <p>Gründe für das Ereignis und wie es hätte vermieden werden können: Die Station druckt die Zettel, geht damit in den OP, wartet auf das Ausfüllen und Abnehmen der Blutprobe und bringt das Blut dann ins Labor. Warum wird die Anforderung und der Ausdruck nicht direkt vom Arzt selber gemacht oder von der Ambulanz? Transport zum Labor dann auch über den OP organisieren?</p> <p>Faktoren die zum Ereignis beitrugen sind unter anderem fehlende Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) und mangelnde Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.)</p>
Problem	<p>Die Meldung beschreibt eine akute Indikationsstellung zur operativen Versorgung ohne eine umfassende Vorbereitung des Patienten. Die nicht sofort durchgeführte Maßnahme lässt vermuten, dass eine Dringlichkeit nicht bestand.</p> <p>Vor der operativen Therapie ist die Diagnose zu sichern und die Begleitumstände der geplanten Therapie sind zu bewerten. Hierzu gehört insbesondere die Abschätzung eines möglichen Transfusionsbedarfes des Patienten. Wenn eine Bereitstellung von Blutprodukten erforderlich war, ist eine Verzögerung der immunhämatologischen Untersuchungen nicht sinnvoll. Hier sind umgehend die notwendigen Proben für die Bestimmung der Blutgruppe und Kreuzprobe zu gewinnen.</p>

<p>[1] Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. <i>N Engl J Med.</i> 2009;360(5):491-499. doi:10.1056/NEJMs0810119</p>	<p>Dass die für diese Arbeitsschritte erforderliche Infrastruktur und Kompetenz nicht in der Ambulanz verfügbar war ist nicht vorstellbar. Sollte es hier Defizite oder ungünstig gestaltete Arbeitsanweisungen in der Meldeorganisation geben, sind diese auf ihre Sinnhaftigkeit neu zu bewerten und gegebenenfalls zu optimieren.</p> <p>Der sinnvolle Kontrollschritt ist eine OP-Checkliste beim Sign-In in den OP-Bereich [1]. Spätestens zu diesem Zeitpunkt muss die Wahrscheinlichkeit eines relevanten Blutverlustes überprüft werden. Für einen effizienten Prozess im klinischen Ablauf bedeutet das, dass die Vorbereitungen bereits erfolgt sind, um unnötige Verzögerungen zu vermeiden.</p> <p>Die Meldung lässt vermuten, dass das individuelle Transfusionsrisiko und die Wahrscheinlichkeit zum Zeitpunkt der Indikationsstellung nicht reflektiert wurden. In Zukunft kann ein leichter Ablauf gewährleistet werden, wenn die Verantwortlichkeiten für Indikationsstellung und notwendige, folgende Arbeitsschritte in einer SOP als Handlungserleichterung festlegen werden!</p> <p>Im Ergebnis sparen solide beschriebene Prozesse aufwendige Fehlerverfahren ein und dienen der Patientensicherheit.</p> <p>Kontextfaktoren, die zu dem Fehler führten, sind leider nur sehr allgemein benannt worden. Aus unserer Sicht wäre es sinnvoll den Ablauf spezifisch zu analysieren, um Ausbildungs- und Strukturprobleme im Ablauf des Hauses aufzudecken und gezielt zu optimieren.</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Fehler bei der Probenabnahme, 2 - Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>vermutlich</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Ambulanz, OP</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>k.A.</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>A</p>

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/nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Auch wenn die hier beschriebenen Abläufe unsinnig erscheinen ist positiv anzumerken, dass die OP nicht unter ungeklärten Voraussetzungen begonnen wurde.</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	5/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	1/5
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[2] IAKH Muster für Indikationsliste für Kreuzprobe - empfohlenes Vorgehen der IAKH, Unter dem Buchstaben „I“ bei https://www.iakh.de/musterformulare-IAKH-2017.html</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP-Transfusionsindikation 2. Schulung zur Indikationsstellung und den Verantwortlichkeiten in der perioperativen Therapie 3. Einführung einer Indikationsliste Kreuzproben (Beispiel unter [2]) 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Checkliste OP-Indikation mit Abfrage der hämotherapeutisch relevanten Aspekte im Rahmen der OP-Anmeldung

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
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

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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

- | | |
|-----|--|
| 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 |