

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	Falsche Ausgabe von LyoPlas
Fall-ID	198-2021-N605
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Im Rahmen eines Notfalls kam es zu einer Verwechslung einer Bluteinheit bei der Laborausgabe. Es handelt sich um 2 AB Lyo Plas. Es erfolgte die falsche Zuordnung des Konservenbegleitscheins der AB Lyo Plas durch das Laborpersonal. Das Lyo Plas lagert im behandelnden Krankenhaus. Es wurde ein falscher Konservenbegleitschein im Labor gedruckt.</p> <p>Es erfolgte Korrektur des Lieferscheins/Konservenbegleitscheins bzw. Neuausdruck.</p>
Problem [1] BAEK. (2020). <i>Querschnittsleitlinien Hämotherapie—Gesamtnovelle 2020.</i> https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien_BAEK_zur_Therapie_mit_Blutkomponenten_und_Plasmaderivaten-Gesamtnovelle_2020.pdf [2] Blutspendedienst West. (2017). <i>LyoPlas P : Gebrauchsinformation und Fachinformation.</i> https://www.blutspendedienst-west.de/sites/default/files/2019-04/GeFa_lyoplas_p.pdf	<p>Es ist zu vermuten, dass die Verwechslung vor einer Anwendung auffiel.</p> <p>Die Auswahl des Plasmaproduktes erfolgt blutgruppengleich oder in Ausnahmefällen blutgruppenkompatibel nach den Vorgaben der Querschnittsleitlinie Hämotherapie [1] (BAEK, 2020, S.78). Das Produkt Lyoplas hat den Vorteil, dass es P 15 Monate bei + 2 °C bis + 25 °C bis zu dem auf dem Etikett angegebenen Verfalldatum haltbar und somit unproblematisch zu lagern ist [2] (Blutspendedienst West, 2017).</p> <p>Uns stellt sich die Frage, ob das Labor bei der Produktausgabe aus einem dezentralen Depot die Aufgabe übernehmen muss den Begleitschein zu drucken. Es gibt Häuser, die diese Aufgabe zusammen mit der Anforderung in einen Prozess integrieren und damit eine Schnittstelle mit potentiellen Fehlern reduzieren.</p> <p>Bei der Anwendung von Blutprodukten ist der Abgleich von Produktdaten ein sich wiederholender Arbeitsschritt, der kritisch für die Sicherheit ist. Das Ziel ist nicht nur das kompatible Produkt für die notwendige Behandlung bereitzustellen, sondern auch die Rückverfolgung für den Fall eines in späterem Verlauf bekanntwerdenden gesundheitlichen Risikos sicherzustellen.</p> <p>Die Herausforderung ergibt sich aus dem Abgleich von Chargennummern. Der Modus der Wahrnehmung des Menschen ist hier gegenüber digitalen Verfahren im Nachteil. Für digitale Systeme</p>

	<p>ist die Trennung beim Abgleich klar. Sie gleichen minutiös eine exakte Übereinstimmung ab, die binäre Entscheidung lautet gleich oder ungleich.</p> <p>Menschen dagegen nehmen assoziativ im Kontext Ähnlichkeit wahr und können damit erstaunlich schnell Muster oder Gesichter wahrnehmen. In vielen Lebenssituationen ist das rasche, assoziative Erkennen eine fantastische Fertigkeit, aber sie birgt auch Fehlerquellen, wenn ähnliches nicht gleich ist.</p> <p>In Arbeitsschritten, die eine eindeutige Übereinstimmung abgleichen müssen, sollten wir die Assoziation in eine Pause schicken und durch einen kognitiven Prozess ersetzen. Hier hilft es Zahlen beim Abgleich in Zifferngruppen zu teilen, rückwärts zu lesen oder bewusst innerlich laut zu lesen.</p> <p>Die knappe Meldung gibt leider außer dem Hinweis auf eine Notfallsituation keine Informationen zu den genauen Umständen, unter denen der Fehler aufgetreten ist. Hier sollte in der meldenden Organisation reflektiert werden, ob die Prozesse der Ausgabe bzw. der Erstellung des Ausgabebescheines so organisiert sind, dass ein sicheres Verfahren begünstigt wird.</p>
Prozesseilschritt*	5 - Fehler im Bereich von Produktausgabe, Transport oder Verabreichung
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	Lyo Plas
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	vermutlich
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Labor
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochentag, ASA 5, Notfall
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/nein

Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Offensichtlich ist der Fehler vor der Anwendung aufgefallen</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	2/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	1/5
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. M & M Konferenz 2. Peer Review Hämotherapie 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RFID- oder Barcode-gestützte Produktausgabe

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
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

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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