

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	Keine Einhaltung von präoperativen Standards
Fall-ID	CM-158187-2021
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Der Patient wird zur Operation vorbereitet. Die OP Checkliste wurde vollständig ausgefüllt. Bei Erythrozytenkonzentrate (EK) erforderlich war "nein" angekreuzt.</p> <p>Nach der Vorbereitung kam die Information vom Labor – Sie brauchen noch einmal Kreuzblut. Bei der Nachfrage nach dem Grund gab das Labor an, dass EKs gekreuzt werden sollten. Das Blut muss für weitere Bluttests geschickt werden. Der Zeitpunkt des Eintreffens verträglicher Konserven war unklar.</p> <p>Folge war, dass der Patient nicht operiert werden konnte und die OP für den Folgetag geplant werden musste.</p> <p>Zwischen der aufklärenden ärztlichen Person und der ausfüllenden Person der Checkliste gab es ein Kommunikationsproblem. Die ausfüllende Person der Checkliste konnte den Umfang des Eingriffs nicht richtig abschätzen. Präoperative Standards wurden nicht eingehalten.</p> <p>Beitragende Faktoren zu dem Ereignis sind Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.), Ausbildung und Training, Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) und Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.).</p> <p>Das Ereignis kommt jährlich vor.</p>
Problem	<p>Bei dieser Meldung treten mehrere Probleme zutage. Alle Faktoren zusammen führen zu einer Störung der Abläufe durch mangelnde Organisation der Bereitstellung und der Versorgung mit Erythrozytenkonzentraten. Aus unserer Sicht ist besonders hervorzuheben, dass der Fehler nur durch eine Nachfrage des Labors aufgedeckt wurde und es glücklichen Umständen geschuldet war, dass die Narkose noch nicht eingeleitet war.</p> <p>Ursächlich sind Fehler bei der OP-Planung und -anmeldung.</p>

	<p>Die Bereitstellung der EKs war trotz eines zu erwartenden Blutverlustes präoperativ nicht veranlasst worden. Anhand der Meldung ist jedoch nicht eindeutig erklärbar, warum Blutprodukte überhaupt bereitgestellt werden sollten und wer die Anforderung und Untersuchung veranlasst hat.</p> <p>Der Meldeorganisation zufolge gibt es offensichtlich eine präoperative Checkliste, die auch während der Einschleusung bearbeitet wurde. Ungünstig im gemeldeten Fall war es, dass die WHO-Checkliste zur OP nicht von der indikationsstellenden ärztlichen, sondern von einer dritten Person ausgefüllt wurde, die offensichtlich den Umfang des Eingriffes nicht sicher abschätzen konnte. Im Ergebnis war die Checkliste im Ergebnis fachlich inadäquat ausgefüllt und hätte ihre Aufgabe zur Erhöhung der perioperativen Sicherheit nicht erfüllen können.</p> <p>Wir stellen uns die Frage, ob es in der Meldeorganisation eine Indikationsliste zur perioperativen Bereitstellung von Blutprodukten gibt. Die Transfusionsbedarf-Liste ist gemäß Richtlinie Hämotherapie zwingend zu erstellen und hätte die Sicherheit der Delegation erhöht. Hierzu müsste jedoch der Wortlaut der OP-Anmeldung semantisch an die Transfusionsbedarf-Liste angepasst sein. Uns stellt sich die Frage, warum der medizinische Teil der Checkliste nicht durch die indikationsstellende Person vorbereitet (1 Schnittstelle weniger) wird. Wenn das Ausfüllen der Checkliste delegiert wurde, hätte eine Kontrolle durch die indikationsstellende Person den Fehler vermieden. Die Einführung einer Schnittstelle in dem Prozess der OP-Anmeldung erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers erheblich.</p> <p>Im Rahmen der Planung des OP-Tages fand offensichtlich keine Vorbesprechung statt in der das Risiko der Transfusion thematisiert wurde. Bei einer möglichen digitalen OP-Anmeldung ließe sich ein Kontrollmechanismus einrichten, der es ermöglicht, die Inhalte der OP-Anmeldung für das gesamte Team einsehbar zu machen und die Inhalte der Checkliste frühzeitig einsehbar zu machen.</p> <p>Es gibt verschiedene Strategien, um den gemeldeten Fehler in Zukunft im Team zu vermeiden. Hier sind Tipps, die helfen können:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fehler als Chance zum Lernen betrachten: Fehler sind menschlich und können jedem passieren. Wichtig ist, aus ihnen zu lernen und sie als Chance zur Verbesserung zu nutzen.2. Fehlerquellen identifizieren: Um Fehler zu vermeiden, ist es wichtig, die Ursachen zu kennen. Eine Fehleranalyse kann helfen, Fehlerquellen zu identifizieren und zu beseitigen.3. Checklisten verwenden: Checklisten können helfen, Fehler zu vermeiden, indem sie sicherstellen, dass alle notwendigen Schritte durchgeführt werden.
--	--

	<p>4. Regelmäßige Schulungen: Regelmäßige Schulungen können dazu beitragen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf dem neuesten Stand bleiben und sich bewusst sind, wie sie Fehler vermeiden können.</p> <p>5. Offene Kommunikation: Eine offene Kommunikation im Team kann dazu beitragen, dass Fehler schneller erkannt und behoben werden können.</p> <p>Uns stellt sich noch eine wichtige Frage, die aus der Meldung nicht beantwortet werden kann: War der Patient über eine mögliche Transfusion aufgeklärt?</p>
Prozesseilschritt*	7 - Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Nicht beurteilbar
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station, OP
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	k.A.
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A
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>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
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>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VA: OP-Anmeldung überarbeiten 2. VA: Rechtsichere Delegation 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronisches OP-Dashboard der Möglichkeit bietet Checklisten, den Untersuchungsgang und -status bei der Bereitstellung von Blutprodukten einzusehen.
---	---

Häufig verwendete Abkürzungen:

EK	Erythrozytenkonzentrat	VA	Verfahrensanweisung
OP	Operationssaal		

*** 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