

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	Einhaltung der Transportprozesse
Fall-ID	CM-239005-2022
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Leider wurden Thrombozytenkonzentrate (TK) auf den Schreibtisch der Pflege gelegt, ohne eine Pflegekraft darüber zu informieren. Diese Konserven wurden dann erst ca. eine Stunde nach Lieferung (Uhrzeit auf der Tüte) dort gefunden.</p> <p>Ergebnis war, dass die Konzentrate neu bestellt werden mussten.</p> <p>Gründe für dieses Ereignis sind, das nicht Einhalten der Transportprozesse bzw. dass die Übergabe von Blutprodukten durch den Transportbediensteten an die Pflege erfolgen muss.</p> <p>Faktoren, die zu dem Ereignis beigetragen haben sind Kommunikation, Ausbildung, Training und Organisation.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Richtlinie Hämotherapie 2017 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf</p>	<p>TKs sind zelluläre Blutpräparationen, die nur maximal 4 Tage bei 22°C unter ständiger Agitation (Schaukelwaage) [1] (Kap. 3.3.4.1.) gelagert werden dürfen. Danach sprechen die erhöhte Rate an bakteriellen Kontaminationen und die stark nachlassende Thrombozytenfunktion gegen eine Transfusion.</p> <p>Für den Transport und Lagerung innerhalb der Klinik sind gemäß RiLi Hämotherapie [1] (Kap. 4.4.3) entsprechende Vorschriften geltend. Beides soll „durch eine schriftlichen Anweisung“ geregelt sein. Nach Übernahme in den „Verantwortungsbereich des Anwenders“ sind Letztere für die korrekte Verwendung der Produkte verantwortlich. Speziell TKs sollen „unverzüglich nach Auslieferung“ (RiLi Kap. 4.10.3.2) angewendet werden.</p> <p>Der Verwurf der Konzentrate durch die unsachgemäße Aufbewahrung muss in diesem Fall als</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unethischer Umgang mit einer potenziell lebenswichtigen Konserve 2. Durch die unkritische Verordnung vermutlich verzichtbare Therapie (wie hätte sie sonst für eine Stunde nicht vom Therapeuten nachgefragt werden können?)

<p>[2] Querschnittsleitlinien Hämotherapie https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien_BAEK_zur_Therapie_mit_Blutkomponenten_und_Plasmaderivaten-Gesamtnovelle_2020.pdf</p>	<p>3. Unachtsamer und Unkosten-verursachender Umgang mit wichtigen Therapeutika gewertet werden.</p> <p>Die Ursachen des Versäumnisses gehen allerdings nicht klar aus der Meldung hervor.</p> <p>Es kann aus der Meldung geschlossen werden,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass das Stationszimmer zum Zeitpunkt der Auslieferung für eine Stunde nicht besetzt war (Personalnot (allerdings nicht erwähnt bei den möglichen Ursachen!)? Keine Stationssekretärin? Ist das Stationszimmer unverschlossen?) 2. dass eine Auslieferungsübergabe nicht erfolgt ist (Gibt es eine Vorschrift oder SOP? Hat das Transportpersonal eine Einweisung in den besonderen Blutproduktetransport?) 3. dass der verordnende Arzt die Auslieferung nicht erwartet hat (War die Transfusionsindikation elektiv oder prophylaktisch? Eventuell zu liberal? Siehe die Indikationen der Thrombozytentransfusion gemäß Querschnittsleitlinien Hämotherapie ([2] Kap. 2.5)! Warum waren es mehrere TK - mehrere Patienten (onkologische Station) oder ein refraktärer Patient?) 4. dass kein Trackingchip bei Konserven oder Behältnis installiert war (bei einer Ausstattung von Konserven mit einem aktiven RFID-Chip könnte die unsachgemäße Lagerung im Stationszimmer auffallen. <p>Die genauen Umstände sollten im Rahmen einer Aufarbeitung (M&M, Fallkonferenz, persönliches Gespräch) eruiert werden und Konsequenzen aus diesem Vorfall gezogen werden. Für eine onkologische Station mit einer häufigen Transfusionstherapie sollten der Vorgang geregelt sein. Falls die Konserven für einen refraktären Patienten (evtl. sogar mit HLA/HNA-Match), ist ein Verwurf von den aufwändig ausgetesteten Konserven besonders dramatisch, vorrangig wegen der erheblichen therapeutischen und oftmals vitalen Bedeutung.</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>3 - Transport und Lagerung</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>TK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>k.A</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Station</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende),</p>	<p>k.A.</p>

Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	
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**	5/5
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 und SOP/VA – alle Mitarbeiter der Einrichtung, besonders der Transportdienst: Richtliniengetreuer Transport und Umgang mit Blutprodukten 2. SOP/VA – Transportdienst: Transport und Übergabe von Blutpräparationen 3. M&M zum Fall mit Pflege, Transportdienst, anordnendem Arzt 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TV, ÄD, Transfusionskommission: Niederschrift der besonderen Einweisung des Transportdienstes in die Besonderheiten des Transports von zellulären Blutprodukten 2. PDL, ÄD, GF: Überprüfung der Personaldecke, Zugang zum Stationszimmer, etc. 3. TV, Blutdepotleiter, IT: Einrichtung eines Modulsystems/Trackingsystems zur Überprüfung der klinikinternen Anwendung der Konserven 4. ÄD, TV: Rotationskonzepte der Ärzte ins immunhämato-logische Labor/Thrombozytendepot zum Verständnis der

	besonderen Herstellung, Lagerung und Austestung von TK
--	--

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ÄD	Ärztlicher Direktor	OP	Operationssaal
ACI	Arteria carotis interna	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PDL	Pflegedienstleitung
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
GF	Geschäftsführer	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TV	Transfusionsverantwortlicher
Hkt	Hämatokrit	VA	Verfahrensweisung
ICU	Intensivstation	VHFL	Vorhofflimmern
KHK	Koronare Herzkrankheit		
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