



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	Verhinderung einer Fehltransfusion
Fall-ID	CM-102949-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Ein Patient benötigt dringend Erythrozytenkonzentrate. Die Pflegekraft wird gebeten, zwei Konserven aus dem Labor zu holen. Sie bringt zwei Konserven inkl. Konservenbegleitschein in den OP. Bei der Kontrolle des Konservenbegleitscheins/ der Konserven fällt dem Anästhesisten auf, dass eine Konserve für einen anderen Patienten bestimmt ist und eine AB0-Inkompatibilität besteht. Das Labor hatte aus Versehen eine falsche Konserve herausgegeben und die Anästhesiepflege hat das bei der Ausgabe nicht kontrolliert. Die Konserve wird zurückgegeben, die richtige Konserve wird geholt.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ausgabe von insgesamt 2 auszugebenden Blutkonserven für 2 Patienten... <ul style="list-style-type: none"> - wird vom Laborpersonal bei der Ausgabe an dieselbe Pflegekraft nicht hinterfragt. - erfolgte vermutlich in einem Transport von 2 Blutprodukten mit Begleitscheinen für 2 unterschiedliche Empfänger in demselben Transportbehältnis. - wird von der Anästhesiepflegekraft, die weiß, dass es sich um denselben Empfänger für beide Konserven handelt nicht kontrolliert. • Es scheint keine schriftlichen Anforderungsformalitäten gegeben zu haben und keine Kontrolle zum Beispiel als Nachweis der Patientenetiketten bei der Abholung. • Es scheint keine geregelte Ausgabekontrollen in dieser Blutbank durch ein Vier-Augen-Prinzip oder technische Hilfsmittel wie Scanner zu geben. Transportable Scanner mit WLAN-Anschluss können erheblich zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen. • Eventuell hat der Notfallcharakter dazu beigetragen.

	tragen, dass die falsche Konserve von dem Blutdepot ausgegeben wurde und die abholende Pflegekraft die Kontrolle vielleicht nicht sorgfältig genug durchführte. Sonst wäre die Anforderung einer Doppeleinheit nicht leitlinienkonform.
Prozesteilschritt**	Ausgabe, Transport 3
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	unklar
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	OP, Labor
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 4, Wochentag, Notfall
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 den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Nein/ Ja
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Konsequente Kontrolle der Konserven inkl. Konservenbegleitschein durch Anästhesisten.“
*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit	2/5
*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 - Laborpersonal/ Transporteure/ Anästhesiepflege: Stellenwert von Zuordnung von Blutprodukten und Identifizierung des richtigen Empfängers: Bedeutung und Folgen beim Verlassen der korrekten Vorgehensweise 2. SOP/ Verfahrensanweisung - Laborpersonal und Transporteure: Transport, Ausgabe und Abgabe von Blutprodukten 3. SOP/ Verfahrensanweisung - Transporteure und OP-Personal: Übergabe der Auslieferung

	<p>von Blutprodukten</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. SOP/ Verfahrensweisung - Anästhesiepflege und Ärzte: Korrekte Zuordnung und Identitätsabgleich von Konserven zum Empfänger vor der Transfusion 5. Fortbildung - Ärzte: Gefahren der Notfalltransfusion und Gefahr der Übertransfusion durch die Transfusion von Doppeleinheiten <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische Anforderung 2. Aus- und Übergabedokumentation von transportierten Blutprodukten 3. Scannerbasiertes Zuordnungssystem vor Transfusionen 4. Chiperkennung der eingelagerten EKs des Depotkühlschranks und elektronische scannerbasierte Zuordnung zum Patientenetikett und der Kreuzprobendokumentation 5. Dokumentation der Auslieferung von Blutprodukten mit Ortsangabe und Signatur im KIS/ in der elektronischen Akte/ dem Labor-/Blutbank-Softwaresystem, alternatives aktives Tracking von Blutprodukten 6. Etablieren von Instrumenten zur Fehlerkultur: M&M-Konferenz dieses und weiterer Fälle, Einrichten eines CIRS-Meldesystems
--	---

*** 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

**** Prozessschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei der Probenabnahme

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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
15. Fehler bei der Patientenidentifikation