



## 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

<b>Thema/Titel</b>	Verhinderung der Gabe veralteter FFP-Konserve
<b>Fall-ID</b>	CM-104574-2016
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Im Dienstbetrieb wurde der Dienstarzt am späteren Abend informiert, dass noch ein gefrorenes Frischplasma (FFP) auf Normalstation anzuhängen sei.</p> <p>Auf der Station ließ sich nicht eruieren, wie lange das FFP bereits aufgetaut war bzw. wann es vom Labor ausgegeben wurde. Es war vollständig auf Raumtemperatur. Ein Anruf bei der Laborbereitschaft erbrachte die Information, dass das Datum auf dem Begleitschein, dem Ausgabedatum entspräche. Das Datum war vom Vortag. Keine der anwesenden Pflegekräfte (Nachtdienst) konnte Auskunft darüber geben, wie lange das FFP bereits auf Station war. Das FFP wurde verworfen.</p> <p>Leider geht der Auftauzeitpunkt des Blutprodukts nicht aus dem Begleitschein hervor. Als Arzt muss man sich also darauf verlassen, dass man von der Pflege rechtzeitig Bescheid bekommt, dass da noch ein Blutprodukt anzuhängen ist. Man hat keine Möglichkeit, den Zeitpunkt des Auftauens zu verifizieren, wenn z.B. ein Schichtwechsel der Pflege stattgefunden hat und keiner mehr weiß, wann das EK/ FFP etc. aus dem Labor geholt wurde.</p> <p>Da eine ähnliche oder gleiche Situation jeden Monat auftaucht, müsste man folgendes einführen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verzicht auf Blutprodukte-Gabe außerhalb der Regelarbeitszeit (außer im Notfall)</li> <li>Es muss Ausgabe-Datum und Ausgabe-Zeit auf dem Konserven-Begleitschein stehen!</li> <li>Konkrete Infos, wie lange ein FFP bzw. EK bei Raumtemperatur gelagert werden darf, sind notwendig.</li> </ol>
<b>Problem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die empfohlene Lagerungsdauer nach Auftauen einer gefrorenen Plasmaeinheit orientiert sich an den Hygienerichtlinien von Arzneimitteln. Die Richtlinie Hämotherapie [1] ist diesbezüglich</li> </ul>
[1] Richtlinien Hämotherapie 2010 La-	

gerung und Transport	<p>unscharf: Sinngemäß darf die Kühlkette nicht wesentlich unterbrochen werden. Da aber ein aufgetautes Plasma nicht mehr wie gefordert bei -30°C transportiert und verabreicht werden kann, geht man von einer „unverzöglichen“ Verabreichung aller Blutprodukte nach Beendigung der in den Richtlinien vorgesehenen Lagerungstemperaturen aus. Pragmatisch und sicher sind Lagerungsperioden auf Station bei Raumtemperatur von ca. 6h, maximal im zugelassenen Depot-Kühlschrank von 24h. Diese Plasmaeinheit ist bei Raumtemperatur über 12-18h gelagert worden und damit mit einem erhöhten Risiko zur bakteriellen Besiedelung verbunden. Die Gerinnungsaktivität der Gerinnungsfaktoren verringert sich nicht wesentlich bei dieser Lagerungsperiode unter Raumtemperatur.</p> <p>Die daraus erwachsenden Fragen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ob die Kenntnisse der Lagerungs- und Transportbedingungen von Blutprodukten bei dem Behandlungsteam vorhanden sind?</li> <li>• Ob und warum die bisherigen Schichten keine Gelegenheit hatte, die Transfusion durchführen zu lassen?</li> </ul>
<b>Prozesseilschritt**</b>	5 Verabreichung
<b>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</b>	FFP
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Normalstation
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</b>	ASA 1, Routine, Wochentag
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben)</b>	A
<b>Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b>	Nein/nein
<b>Was war besonders gut? (wie gemeldet)</b>	„Es wurde erkannt, dass das Alter des FFPs unklar

<p>in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	<p>ist. Wäre es ein stressiger Dienst gewesen, so hätte es auch einfach "routinemäßig" angehängt werden können."</p>
<p>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</p>	<p><b>3/5</b></p>
<p>*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad</p>	<p><b>4/5</b></p>
<p><b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP - Stationspflege: Abholung der Blutprodukte erst nach Information des Dienstarztes, sowie Einrichtung eines besonderen Bereiches oder eines speziellen Prozesses für Blutprodukte, mit der Aufforderung bei sichtbarer Lagerung von Blutprodukten zu hinterfragen, warum das Produkt noch nicht verabreicht wurde</li> <li>2. SOP/ Verfahrensanweisung der GF für alle: Unverzögliche Verabreichung von Blutprodukten</li> <li>3. SOP/ Verfahrensanweisung - Stationspflege: Übergabedokumentation</li> <li>4. SOP/ Verfahrensanweisung - Labor: eine erweiterte Kennzeichnung des Konservenbegleitscheins durch die Angabe des Ausgabezeitpunkts</li> <li>5. Fortbildung - Ärzte und Pflege: Blut - eine wertvolle weil lebensrettende Ressource, Umgang und korrekte Verabreichung</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einrichtung eines Symbols oder eines deutlich sichtbaren Signals (rote Flagge) auf Station, das für jedermann ersichtlich ist um die Wahrscheinlichkeit eines Übersehens/ Vergessens zu verringern, dass eine zeitsensitive Transfusion ansteht und diese in die Wege geleitet werden muss.</li> <li>2. Elektronisches Anforderungsformular von Station und Ausgabedokumentation der Blutbank</li> <li>3. Überprüfung der Arbeitsorganisation, der Personalstärke oder der Visitenstruktur auf der genannten Station/ im gesamten Haus zur Klärung der Ursache der vergessenen Konserve</li> <li>4. Überprüfung der "Übergabekultur" von Station an Dienstarzt in der meldenden Klinik. Da sowohl Indikation als auch Durchführung einer</li> </ol>

	<p>Transfusion genuin ärztliche Aufgabe sind, sollte die entsprechende Information Teil des ärztlichen Übergabegesprächs sein, welches vermutlich auch in der meldenden Klinik etabliert ist. Da bei der Indikationsstellung für alle Transfusions- und Gerinnungsprodukte davon ausgegangen werden muss, dass der Patient diese unbedingt benötigt, hat gerade auch der anordnende Arzt ein genuines Interesse daran, dass die Transfusion zeitnah durchgeführt werden kann und - im Falle eines vorzeitigen Dienstendes - dass der Nachtdienst über die noch ausstehende Maßnahme informiert wurde. Zu diesem Aspekt finden sich jedoch keine Angaben in der Meldung</p> <p>5. Elektronische Patientenakte mit dokumentierter Indikationsstellung und scannerbasierter Verabreichung, Alert bei Verzögerung im Krankenhausinformationssystem (KIS)</p> <p>6. Vernetzung der Blutdepot/ -banksoftware mit dem KIS und der Patientenakte zur Nachverfolgung und Kontrolle des Verbleibs der Blutprodukte</p> <p>7. Chipmarkierung der Blutprodukte und Tracing innerhalb des Krankenhauses, sichtbares Display des Blutdepotkühlschranks im KIS</p>
--	---

**\* 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

**\*\* Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei der Probenabnahme
2. Fehler bei der Anforderung des Blutproduktes
3. Fehler im Labor

## Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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