



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	Transfusionszwischenfall Normalstation
Fall-ID	CM-120429-2016
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patient ASA III mit Anämie auf Normalstation, Indikation zur Transfusion wird im Routinebetrieb/Wochentag gestellt. Zeitgleich soll auf Station ein zweiter Patient transfundiert werden. Beide Konserven werden vom Pflegepersonal auf Station geholt. Es werden vom Arzt von beiden Patienten zunächst die Bedside-Tests durchgeführt. Dann sollen die Transfusionen durchgeführt werden. Der Arzt begibt sich mit der ersten Konserve ins Patientenzimmer und fragt den Patienten "Sind Sie Herr Müller?" (Name geändert). Der Patient bejaht – es handelt sich um einen älteren Herren, der schwerhörig ist. Die Blutkonserve wird angehängt und die Transfusion wird gestartet. Der Arzt begibt sich zurück ins Stationszimmer und fragt in welchem Zimmer Herr Schmitt ist (Name geändert). Die Stationspflegekraft antwortet, er komme doch gerade aus dem Zimmer von Herrn Schmitt. Arzt und Pflegekraft begeben sich sofort ins Zimmer des ersten Patienten, die Verwechslung wird bemerkt, die Transfusion wird sofort gestoppt – glücklicherweise waren nur 20 ml Blut eingelaufen. Beim Überprüfen der Blutgruppe wird festgestellt, dass es sich um eine A/B inkompatible Transfusion handelt. Gabe von 1 g Prednisolon und Überwachung der Vitalparameter. Bei unauffälligen Befunden Transfusion der zweiten, richtigen Konserve. Während dieser Transfusion Entwicklung von Schüttelfrost und Fieber. Hieraufhin Aufnahme auf die Intensivstation, Überwachung, Meldung des Transfusionszwischenfalls. 24 h Überwachung ohne auffällige Parameter, keine relevante Hämolyse.</p>

<p>Problem</p> <p>Empfehlung der IAKH zum Wortlaut einer korrekten Patientenidentifikation und zum Ablauf der Prozesskette vor dem Starten der Bluttransfusion</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) „Wie heißen Sie?“ (Vor- und Zuname abfragen, keine Suggestivfragen) 2) „ Wann sind Sie geboren?“ (Tag, Monat, Jahr abfragen) 3) Grund und Ursache der Transfusion nochmalig ansprechen und die unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten einsehen. 4) Blutabnahme des Blutes für den Bed-Side Test und Durchführung am Bett 5) Überprüfung der Konserve auf Blutgruppe und Abgleich mit dem Bedside Test am Bett 6) Überprüfung der Konserve auf Haltbarkeitsdatum und visuelle Inspektion auf Lager/Transportschäden und Hämolyse am Bett 7) Abgleich der Konservenummer mit der Nummer, die für den Patienten vorgesehen und getestet worden ist 8) Überprüfung der Verträglichkeitsprobe und deren Gültigkeit 9) Überprüfung des liegenden Gefäßzuganges beim Patienten auf Fließgeschwindigkeit und Paravasat 10) Füllung des Transfusionssystems an der Konserve. 11) Anschluss der Konserve an den Patienten und Starten der Schwerkraftinfusion 12) Beobachtung der Kreislaufparameter und des klinischen Erscheinungsbildes in den ersten 10 Minuten nach Start der Bluttransfusion 13) Anordnung der Erfolgskontrolle nach Beendigung Transfusion und 14) Dokumentation des Transfusionsverlaufs 	<p>Die Tatsache, dass mehrere Bluttransfusionen auf einer Station für verschiedene Patienten zeitgleich notwendig sind, führte hier nicht zu besonderer Wachsamkeit, sondern zur Zusammenlegung der Prozesse im Sinne einer Aufwandsökonomisierung.</p> <p>– Die Identifikation der Patienten vor der Transfusion als Suggestiv- bzw. Ja/Nein- Frage ist aufgrund der Erfahrung bei Älteren und Schwerhörigen sowie bei Patienten mit anderweitigen Verständnisschwierigkeiten (Demenz, Psychiatrische Grunderkrankung, Migrationshintergrund) unzureichend. Die richtige Fragetechnik ist links im Wortlaut aufgeführt.</p> <p>– Die Auskopplung aus der Prozesskette und Durchführung des Bedside-Tests von mehreren Patienten im Stationszimmer ist hier die Ursache der folgenden Verwechslung. Die Einhaltung der Prozesskette von der Übergabe des Blutes bis zur Dokumentation der erfolgten Verabreichung (siehe links) schützt davor.</p>
<p>Prozesteilschritt**</p>	<p>5, Identifikation</p>
<p>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</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>Normalstation</p>

<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>ASA III, Routine</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</p>	<p>D</p>
<p>Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</p>	<p>Ja / nein</p>
<p>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar</p>	
<p>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</p>	<p>3/5</p>
<p>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</p>	<p>5/5</p>
<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. SOP/Verfahrensanweisung/ Fortbildung: Verabreichung einer Blutkonserve (siehe Musteranweisung IAKH) 2. SOP/Verfahrensanweisung/Fortbildung: Korrekte Durchführung und Interpretation des Bed-Side-Tests, Fehlerquellen und Gegenmaßnahmen 3. Fortbildung für Ärzte und Pflege: Transfusionsreaktionen, Vermeidung und Behandlung 4. SOP/Fortbildung: Korrekte Patientenidentifikation, Fehlerquellen von der Aufnahme zur Entlassung, Besonderheiten beim Bewusstseinsgetriebten, Dementen oder Behinderten 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung von Identifikationshilfen wie Bettschilder, Armbänder und Schulung aller Mitarbeiter im Umgang 2. Einführung eines scannerbasierten Abgleichsystems zur Patientenidentifikation vor Blutentnahme, Medikamenten- und Blutprodukteverabreichung 3. Markierung aller schwierig zu identifizierenden Patienten in der Krankenakte und am Bett (z.B. „gelber Punkt“, andersfarbiges Armband, etc.) 4. Einführung einer Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige mit den Aufnahmedokumenten: Sensibilisierung und Aufruf zur selbständigen aktiven

	Identifizierungangabe durch den Patienten selbst vor Medikamentengabe, OP und Verabreichung von Blutprodukten im Krankenhaus
--	--

***Risikokala:**

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

****Prozessschritte 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation