



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRS Medical-Register von DGAI/BDA

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRS-Medical von DGAI/BDA

Thema/Titel	Verwechslung MAT-Spülbeutel und NaCl-Infusion
Fall-ID	CM2723/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Vorbereitete NaCl – Infusion für Autotransfusionsystem (mit 25.000 IE Heparin - war beschriftet) wurde dem Patienten als Dauerinfusion angehängt: Durch erhöhten Arbeitsaufwand hatte die zuständige Pflegekraft keine Zeit, den Patienten einzuschleusen und vorzubereiten (Viggo legen...). Patient wurde, wie oben beschrieben, wegen erhöhtem Arbeitsaufwand von einer saalfremden Pflegekraft eingeschleust und vorbereitet. Beim Legen der Infusion wurde dann jedoch die Heparin-Infusion (die für das Autotransfusionsgerät bestimmt war) verwendet. Nach Bemerkten wurde die Gerinnung bestimmt und Protamin gegeben.
Problem	<ul style="list-style-type: none"> • Intravenöse Infusion der heparinhaltigen Spüllösung für die maschinelle Autotransfusion • Personalwechsel, erhöhter Arbeitsaufwand • Ablage einer ungenau oder undeutlich gekennzeichneten (Beschriftung alleine scheint nicht auszureichen) heparinhaltigen Infusion neben der Infusion für den IV Zugang
Prozessteilschritt**	Verabreichung
Wesentliche Begleitumstände	Routine, ASA 2, erfahrener Arzt
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	"Schnelle Gerinnungskontrolle und Protamingabe"
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	2/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung	<u>Prozessqualität:</u> <ul style="list-style-type: none"> • SOP: Verwendung von anderen Behältnissen (z.B.: 1000ml NaCl 09%) für Cell Saver als deutlicher Unterschied zu den 500 ml Behältnissen der balanzierten Infusionslösungen für den IV-Zugang (nur

/Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>im seltenen Fall der drohenden Hyperkaliämie bei Pat. im Nierenversagen NaCl 0,9%, aber dann als 500 ml Applikation).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnung der Heparinbeimengung DEUTLICH / FARBIG auf dem Etikett (Beimengung ist eigentlich das Herstellung eines Medikaments!) • Kennzeichnung der Infusionsleitung mit Aufkleber HEPARIN am den Anschlussenden (z.B.: nach DIVI Empfehlung www.divi-org.de/empfehlung-zur-kennzeichnung-v.159.0.html?&L=0) • Räumliche Trennung der vorbereiteten Lösungen (Hängen an das Cell Saver Gerät) Eigene Empfehlung des Meldenden: "Sichtbare Trennung von den Infusionen. Deutliche Kennzeichnung der Heparin-Infusion." <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pharmaindustrie: Herstellung einer fertigen heparinisierten NaCl-Lösung für die MAT (15 000-25 000 IE Heparin) und anderem Anschluss (nicht kompatibel mit Infusionsbesteck)
---	--

***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

****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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation