



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	Verzögerte Bereitstellung von Blutprodukten durch Fehler bei der Probenabnahme
Fall-ID	CM3511/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patient mit multiplen internist. Vorerkrankungen, Sepsis; jetzt Extremitäten-OP, Übernahme des Patienten kurz nach Beginn der Operation. Info vom Kollegen der die Anästhesie begonnen hatte: Es sind 8 EKs gekreuzt, 4 davon befinden sich im OP, die übrigen 4 im Labor. Weiterhin befinden sich 2 FFP im OP. Nach kurzer Zeit massiver Blutverlust. Neben den 4 EK und 2 FFP aus dem OP wollte ich weitere 4 EK und 4 FFP aus dem Labor haben. Dort standen jedoch nur 2 weitere EK bereit. Keine Info aus dem Labor darüber, dass nur 6 und nicht 8 EKs bereitstanden (dafür musste wohl nochmal Kreuzblut aus dem OP gesendet werden, ohne dass das von Labor gemeldet worden ist -Anmerk. der Kommission). (Versand des Patientenblutes in der falschen Monovette) - Keine Rückmeldung aus dem Labor über die falsche Monovette aus dem Labor in den Op. Die (originale und/oder die erneute) Anforderung wurde ohne Rücksprache mit dem anfordernden Arzt vom Labor nicht bearbeitet. Zu einer weiteren Verzögerung kam es, weil im Anschluss ein Serumröhrchen ins Labor geschickt wurde, um weiteres Blut zu kreuzen. Die MTAs kreuzten jedoch nicht aufgrund der falschen Monovette. Es erfolgte keine Rückmeldung an den transfundierenden Arzt. Es wurden anschließend ungekreuzte EKs transfundiert.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none">• Fehlende SOP zur Probenentnahme-welche Monovette zur Verträglichkeitsprobe verwendet werden soll.• Mangelnde Kommunikation von und zu Blutbank• Mangelnde Übergabe / Kommunikation von betreuenden Anästhesisten• Keine Kenntnis des Labors der Dringlichkeit der

	Transfusion
Prozesseilschritt**	Anforderung, Kommunikation
Wesentliche Begleitumstände	Routinebetrieb, ASA III. erfahrener Arzt
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	4/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p><u>Prozessqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsverbesserung innerabteilich-Übergabe von Anästhesist! • SOP/Dienstanweisung- "Notfall"- Anforderung im korrekten Röhrchen unter Angabe der Dringlichkeit, der Indikation und mit Kommunikationspflicht der Bearbeitungsbestätigung von Labor zu OP in solch einem Fall Eigene: " Bei Unklarheiten oder Problemen sollte eine Rückmeldung aus dem Labor erfolgen. Der Arzt, welcher Blutprodukte anfordert, schreibt immer seine Telefonnummer auf den Anforderungsschein. Diese Nummer wird jedoch viel zu selten gewählt." • Wiederholte gemeinsame Fortbildungen von Blutbank und Anästhesie mit dem Ziel, die interdisziplinäre Kommunikation zu verbessern • Meldung an die Transfusionskommission bzw. den Qualitätsbeauftragten der Hämotherapie <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Software mit der zwingenden Angabe von Dringlichkeit und Indikation • Elektronische Kommunikation/Fehlermeldung der fehlerhaften Probenbehältnisse • Elektronisches Trackingsystem des Prozess-und BEarbeitungsstatus der Konserven wie bei Fedex, UPS oder DHL

***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	3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche

	max. 1/1000		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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation