



# 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	EK-Lagerung im Stationskühlschrank
Fall-ID	12-2010-d7r9
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Die falsche Lagerung in einem Kühlschrank auf Station wurde durch Nachfrage der MTA bei Rücknahme des EK im den Bestand des Labors bemerkt. Das max. In unserem Institut zulässige Zeitfenster von 4 h in Transportbox war überschritten worden und initiierte die Nachfrage.</p> <p>Im Haus gibt es nur ein externes Blutdepot auf Intensiv. Die Lagerung von Blutprodukten in anderen Kühlschränken ist unzulässig. Entsprechende Information erfolgt am Einführungstag im Rahmen eines Vortages an alle neuen Mitarbeiter der Pflege und des ärztl. Bereich. Information im QM Handbuch.</p> <p>Sofortmaßnahme: Telefonische Information an Pflege, Transfusions-Beauftragten und Verantwortlichen der Station.</p> <p>Geplante Maßnahmen: Durchführung eines Audit auf der betr. Station mit Pflege, Transfusions-Beauftragten und Verantwortlichen durch den Qualitätsbeauftragten. Information an alle Transfusions-Beauftragten im Rahmen der nächsten Transfusionssitzung.</p> <p>Folgende Informationen wurden von der IAKH Auswertekommission erfragt:</p> <p>Auf Grund von längeren Transportzeiten von Blutdepot zum Patienten werden Konserven in der Transportbox bis 4h bereitgestellt. Anschließend ist eine Rückgabe in das Depot möglich</p> <p>Indikation zur Konservenbestellung bei Sepsis, Hb 7,0 g/dl am Tag der Konservenausgabe. Indikation wurde vom Stationsarzt gestellt, ebenso das schriftliche Anforderungsformular von diesem Arzt unterschrieben. Dieses Formular wird eingescannt und dem Auftrag hinterlegt. Am Folgetag (Tag der Konservenrückgabe)</p>

	8:00 Uhr Hb 9,1 g /dl nach Gabe anderer Konserven am Vortag um 18.30 Uhr. Daraufhin Rückgabe der betreffenden- falsch gelagerten - Konserve veranlasst.
<b>Problem</b>	Mehrere EK wurden bereitgestellt, ein Teil wurde aber nicht sofort transfundiert. Ein Mitarbeiter hat dann in guter Absicht, aber Unkenntnis, die Lagerung veranlasst.
<b>Prozesseilschritt**</b>	Fehler im Bereich der Handhabung oder Lagerung
<b>Wesentliche Begleitumstände</b>	Im Wochenend- oder Feiertagsdienst
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	<u>MTA hat sich gekümmert, ausführlicher Bericht</u>
<b>*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit</b>	3 von 5
<b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b>	4 von 5
<b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b>	<p>Die ergriffenen Maßnahmen mit Information des Personals und Schulung/Unterweisung über das Verbot der Lagerung in nicht zugelassenen Depots oder Kühlschränken sind sicher die Standard Antwort auf alle Probleme und doch nur wenig effektiv, da rasch vergessen.</p> <p>Wir empfehlen zusätzlich Prozessqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Indikation auf der Anforderung: Um ein überschießende Bereitstellung von Konserven zu vermeiden sollte die Indikation zur Bereitstellung auf der Anforderung dokumentiert werden. Die Ärzte sollten über die Möglichkeit des type and screen informiert sein und das dann die Kreuzprobe nur noch ca. ½ h dauert. Ob die Qualifikation zur Indikationsstellung auf z.B. auf Oberärzte eingeschränkt werden soll, ist eine zu bedenkende Möglichkeit.</li> <li>• Das Vorgehen bei Wegfall der Indikation zur Transfusionsbereitstellung mit sofortiger Rückgabe sollte im QM Handbuch aufgenommen werden.</li> <li>• Kostenübersicht an den Abteilungsleiter/Klinikdirektor/Chefarzt: Letztendlich hilft auch die Abrechnung an den Chefarzt der Abteilung über die Kosten der Bereitstellung, Ausgabe, Transport, Rückgabe und besonders bei Verlust von Produkten, die nicht rechtzeitig zurück gegeben wurden..Dokumentation der Transportzeiten: Um eine Lagerung von Produkten außerhalb des Zentralen Blutdepots im Labor zu vermeiden sollte eine Prüfung und Optimierung der</li> </ul>

	<p>Reaktionszeit bzw. der Transportzeit vom Zentral Depot zur Station erfolgen. Bei als zu lang befundener Reaktionszeit sollte das schon bestehende Satellitendepot auf der Intensivstation genutzt werden, notfalls auch ein weiteres eingerichtet werden -mit einer entsprechenden Regelung über Beschickung, Begrenzung der Lagerung und Rückgabe.</p> <p>Strukturqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschriftung aller Kühlschränke im Haus mit dem Hinweis, dass darin keine Blutprodukte eingelagert werden dürfen. (Kann um den Hinweis ergänzt werden, dass in Arzneimittelkühlschränken keine Lebensmittel gelagert werden dürfen, was Apotheker bei Audits ebenfalls immer bemängeln).</li> <li>• Die Transportboxen sollten ebenfalls mit dem Hinweis versehen sein, dass die Produkte nur in einem zugelassenen Depot gelagert werden dürfen.</li> <li>• Der späteste Zeitpunkt für die Rückgabe sollte auf der Transport Box erkennbar sein.</li> <li>• Die Box sollte verplombt sein und bei Entnahme nur einer Teilmenge der Produkte sollte der Rückgebende dann die korrekte Lagerung schriftlich bestätigen.</li> <li>• Nach Prüfung des Bedarfs sollte ggf. ein Satteliten Depot eingerichtet werden bzw. das auf Intensivstation bestehende genutzt werden.</li> </ul>
--	---

**\*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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation