



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	Verkettung von Problemen bei Anforderung, Transport, Befundzuordnung
Fall-ID	13-2010-i616
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Pat.-85 J. ca. 1.60m, ca. 50 Kg, kam zur Osteosynthese. Bei AKS pos. wurde Material zur AK-Differenzierung angefordert. Wurde nicht geliefert, da Gammanagelung nicht blutet! Blutgruppenschein verblieb im Labor. Gegen 10° Pat zur OP-Vorbereitung: Anästhesist besteht auf Blutgruppenschein und erhält einen, der zu einem Pat. gehörte, der entlassen war und auf einer anderen Station lag. Gleichnamiger Pat. aber 10 Jahre jünger! Der Anästhesist veranlasst die Abklärung. Da der Operateur auf der OP besteht, wird diese durchgeführt, da es nicht blutet. HB prä-op 12,4, nach 4 Strd. 7,2, nach 8 Std. 7,0! Probe trifft am Freitag 13° im Lab. des Blutspendedienstes ohne weitere Info ein und wird für die Montagroutine in den Kühlschrank gestellt. Tel. Anforderung durch OA der Intensivstation gegen 14°. Etwas problematische Konstellation, gekreuzte Konserven gegen 17:30 freigegeben. Anlieferung gegen 18:30 im Bereitschaftsdienst der MTA. Konserven werden in den Kühlschrank gelegt -Übergabeproblem!-Dienstarzt der Intensivstation kommt nach 20° aus dem OP und sucht die Konserven - beim BSD!- Krhs-MTA findet sie dann und bestellt ein Taxi, das eilig nach 30 min eintrifft - 20:30!. Dienstarzt sucht nach einer Folge-Op die EK's - Taxi kommt nach Funkruf gegen 22:30 an. EK bis Mitternacht transfundiert, Hb prae-Transf. 6,8, post 9,2 und 7:30 9,6. keine unerwünschte Transfusionsreaktion, Pat. relativ fit. In den nächsten 3 Wochen fällt der Hb-Wert jeweils auf ca. 7 g% und es werden jeweils 2 EK vom Stationsarzt mit der falschen Blutgruppe bestellt. Die Pat. erhält jeweils zwei korrekte Konserven, die Kreuzprobe ist soweit unauffällig. Vor Entlassung in die Reha wird ein Bili von 2,0 bei niedriger alk. Phosphatase und ohne Leucozytose oder BSG-Erhöhung als akalkulöse Cholecystitis interpretiert. Kein Fieber aber auch keine Hämolysekontrolle. Der Stationsarzt wurde 2 mal auf die Verwechslung hingewiesen. Beim 3.Mal fuhr der Autor in die Klinik und entfernte aus der Pat.-Akte 8 Kopien des</p>

	<p>fremden Blutgruppenscheins. Als Maßnahmen ergaben sich dann viele Einzelgespräche um eine Wiederholung dieser in 40 Jahren einmaligen Verkettung riskanter Ereignisse zu vermeiden</p>
<p>Problem</p>	<p>A) Angefordertes Blut für Diff. wird nicht geschickt weil plötzlich der Grund für die AKS Bestimmung als nicht mehr relevant angesehen wird (Änderung der Indikation sicher entgegen selbst festgelegter Standards).</p> <p>B) Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und Unterschätzung des Risikos des Patienten durch den Operateur (sicher entgegen selbst festgelegten Standards der Anforderungsliste im QM Handbuch).</p> <p>C) Fehlende Anmahnung des Blutes und Durchsetzung durch das Labor auch wenn die Indikation für AKS zurückgenommen wird (Verpflichtung zur Differenzierung entsprechend Richtlinien) In einem normalen KH wissen nur die Mitarbeiter im Labor und vielleicht der Transfusionsbeauftragte was es bedeutet "positiver AKS" (Ausnahmen mag es geben). Trotzdem haben die MTA kein Durchsetzungsvermögen weil sie von Ärzten nicht ernst genommen werden oder ihren Job nach schlechter Erfahrung lustlos machen. Sie können ihre Verantwortung leicht abschieben (auch weil sie den Patienten nicht persönlich kennen). Die externe Diagnostik muss meist von einem Arzt unterschrieben werden und diese Unterschrift ist schwer vom Stationsarzt zu erhalten, wenn der die Indikation für den AKS zurücknimmt.</p> <p>D) Verwechslung von Befund bei Namensgleichheit (wahrscheinlich mehrmals entsprechend der Anzahl der Kopien)</p> <p>E) Fehlende Dringlichkeitskennzeichnung der Analyseanforderung für das externen Labor</p> <p>F) Evtl. fehlendes Erkennen der Dringlichkeit der Analyse im externen Labor trotz vielleicht bekannter Problematik</p> <p>G) Fehlende Dringlichkeitskennzeichnung der Lieferung</p> <p>H) fehlendes Erkennen der Dringlichkeit der Anlieferung im Labor trotz bekannter Problematik</p> <p>I) Vielleicht fehlende Indikation zur Transfusion bei Hb 7,0 (um 13:00Uhr Indikationsstellung, Stationsarzt vermisst erst um 20:00 die Konserven. Er macht sogar noch ein</p>

	<p>Folge OP und kein anderer z.B. der Internist transfundiert. Hb ist Stabil bei 6,8 um 22:30Uhr, "Patient relativ fit").</p> <p>K)fehlende Dringlichkeitsmachung des 2.Transportes von Labor mit Taxi (so das diese noch andere Fahrten macht).</p> <p>L)Taxi macht andere Fahrten trotz Fracht.</p> <p>M)Als falsch erkannte Befunde bleiben dem Patienten zugeordnet über 3 Wochen.</p> <p>N)Fehlerzuweisung durch Einzelgespräch (keine gute Fehlerkultur)</p>
Prozesseilschritt**	Anforderung des Blutproduktes, Labor, Handhabung oder Lagerung, Produktausgabe, Transport, oder Verabreichung, Patientenidentifikation
Wesentliche Begleitumstände	
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Der Anästhesist besteht auf "Blutgruppenschein" (besser AKS) und erkennt die Verwechslung. Er besteht auf Abklärung des AKS Befundes. Blutbankmitarbeiter begibt sich auf Station und entfernt falsche Befunde</u>
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	3 von 5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	3 von 5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <p>A und C) Die Anforderung für die Differenzierungs-Diagnostik bei auffälligen AKS wird per Labor SOP der MTA verpflichtend zugeordnet, ggf. unterschreibt der Laborleiter die Formulare für externe Diagnostik blanko. Es wird einfach noch mal Blut von der Station angefordert wie sonst auch bei anderer Diagnostik "es reicht halt nicht" ggf. mit Umgehung des Stationsarztes, Blutabnahmen können auch delegiert werden</p> <p>B) Die ärztliche Entscheidungen, eine einmal angeforderte und vom eigenen Standard geforderte Diagnostik nicht weiter zu verfolgen, muss schriftlich erfolgen um andere Mitarbeiter abzusichern und 2 x nachdenken zu müssen</p> <p>E, F, G, H und K) Dringlichkeit muss auf Anforderung und Lieferung besonders gekennzeichnet sein damit nicht mit Routine verwechselt wird. Zusätzlich schriftlich dokumentierte Übergaben und Info über Telefon, Fax oder Stations@mail wenn externe Transportwege starten. Dazu muss eine Dringlichkeit mit einem saftigen</p>

	<p>Rechnungsaufschlag belastet werden, damit Notfall nicht missbraucht wird. Die Mehreinnahmen dürfen dann gerne auch den Routinebetrieb subventionieren.</p> <p>L) Das Taxiunternehmen sollte, wenn es schon genutzt und bezahlt wird, auch verpflichtet sein direkt zu liefern, ggf. zuverlässigeren Transportdienst wählen.</p> <p>I) Ärztliche Transfusionsentscheidung muss schriftlich dokumentiert werden um 2 x nachdenken zu müssen</p> <p>N) Analyse und Schulung sind immer gut, besonders an diesem komplexen Fallbeispiel kann man die ganze Transfusionsproblematik abarbeiten. Über ein Sanktionssystem muss aber auch nachgedacht werden insbesondere bei Wiederholungsfall.</p> <p>Strukturqualität:</p> <p>D und M) Ein elektronischer Befundzugriff auch auf Diagnostik der Blutbank sichert den aktuellen Stand des „Blutgruppenbefunds“ und informiert über evtl. Veränderungen wie hier bei AKS pos. Papier bleibt immer gleich und veraltet. Weiter kann eine bestehende Befundverwechslung nicht zwangsweise wiederholt werden, da die Daten erneut eingegeben werden müssen zum Abruf.</p> <p>E, F, G, K und L) Tracking Möglichkeit für Blutproben und Produkte wie bei einem UPS Paket damit Anforderer und Blutbank immer wissen, wo die Produkte sind.</p>
--	---

***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

****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