



# 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	Bei Blutungskomplikation keine Pflegekraft verfügbar
Fall-ID	CM4569/2010
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Geplante OP, junger gesunder Patient in Epiduralanästhesie mit Sedierung, nur 1 i.v. Zugang, Pflegekraft im Saal neu, keine Anästhesiepflegeausbildung, der Anästhesist war bereits mit nächsten Patienten in der Einleitung beschäftigt, da überlappend eingeleitet wird. Patient anfangs sehr unruhig, wohl schon Anzeichen einer erst später sehr plötzlich auftretenden und offensichtlichen starken Blutung. Anästhesist alleine im Saal, ist vor allem damit beschäftigt den Kreislauf aufrecht zu erhalten, RR-Abfall mehrmals auf &lt;70 Systolisch--&gt; Akrinor, und Vasopressoren. Autotransfusionsgerät konnte trotz sofortigen Bescheids nicht gebracht bzw. aufgebaut werden, da keine Pflegekraft verfügbar.</p>
Problem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Logistische Herausforderung bei unplanbarer hämorrhagischen Komplikation</li><li>• Personalressourcen für den Notfall sind nicht verfügbar</li><li>• Die maschinelle Autotransfusion ist ein Teil der blutsparenden Massnahmen, das Sammelreservoir war nicht gerichtet/konnte in Anbetracht der Vielzahl von gleichzeitig zu erledigenden Dingen vom Anästhesisten und der jungen Pflegekraft nicht erledigt werden.</li><li>• Nur ein venöser Zugang</li><li>• Diagnose des Volumenmangels evtl. zu spät,</li><li>• Überlappende Einleitung- simultan 2 Patienten für den Anästhesisten</li></ul>
Prozesseilschritt**	Prophylaxe, Vermeidung, Produktion und Verabreichung
Wesentliche Begleitumstände	Routinebetrieb, Wochenende, ASA 1, vermutlich Arzt in Ausbildung
*Risiko der	3/5

Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	
*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"> <li>• Erkennung von Volumenverlust durch Schulung und geeignetes Monitoring (Noninvasives HZV bei großen Volumenverschiebungen!), ausreichend i.v. Zugänge.</li> <li>• Bereitstellung von Blutungs-Notfall: Kardiotomie/Cell Saver Sammelreservoir, plus steriles Saugerset in Reichweite des OPs</li> <li>• Früher Hilferuf an ärztliche Kollegen/Supervisoren/Notfall-Back up- Personal) Eigener Text:"ausreichend Pflegekräfte, bzw. keine überlappenden Einleitungen"</li> </ul> <p><u>Strukturqualität:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhausträger/OP-Management/Anästhesie-/Pflegeleitung: Bereitstellung von ärztlichem Personal für Überlappungen und Notfälle</li> </ul>

### \*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