

Fragenkatalog zum Peer Review Hämotherapie

Inhalt:

Der Fragebogen dient zur Selbst- und Fremdbewertung Ihrer Einrichtung als Diskussions- und Beratungsgrundlage für das Peer Review. Er enthält Fragen zur Strukturqualität (1-9), zur Prozessqualität (10-42), Ergebnisqualität (43-47) und Fragen zum Change-Management und zur Fehlerkultur.

Vorgehensweise:

Selbstbewertung

- Bitte verteilen Sie je ein Fragenkatalog-Exemplar an alle Transfusionsverantwortlichen (TV) und den Qualitätsbeauftragten Hämotherapie (QB) mit der Bitte, sie gemeinsam auszufüllen und sich jeweils auf eine Antwort zu einigen. Ansonsten nehmen Sie bitte Kontakt mit dem Reviewteam auf.

Fremdbewertung

Das Peer Team wird alle Antworten vor dem Besuch durchsehen und einzelne Punkte mit Ihnen zusammen besprechen und eine eigene Bewertung erstellen. Beratungswünsche Ihrerseits oder schwierige Themen können am Ende des Fragebogens angegeben werden.

- **Ausfüllhinweise** Versuchen Sie auch bei Schwierigkeiten die Zuordnung zu den vorgegebenen Kategorien, um die Auswertung zu erleichtern und zu systematisieren.

Gleichwohl haben Sie die Möglichkeit der Freitext/ Narrativ-Antworten. Sollte nicht ausreichend Platz für die handschriftlichen Bemerkungen sein, fügen Sie bitte ein Extrablatt ein.

- **„Ist geplant“** heisst bei den Antwortmöglichkeiten, dass eine Massnahme für das nächste halbe Jahr vorgesehen ist, die finanziellen und personellen Ressourcen dafür bereitgestellt werden.

Strukturqualität

Umsetzung Transfusionsgesetz

1. Wie häufig tagt die Transfusionskommission?

Nie 1x /Jahr 2x/Jahr 3-4x/Jahr

2. Besitzen alle TV, TB und QB sowie der Leiter des immunhämatologischen Labors die erforderlichen Qualifikationen?

Trifft nicht zu ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

Sind externe Verantwortlichkeiten (z.B.: Laborleiter) vertraglich geregelt?

Sind für die genannten Funktionen Vertreter und Stellvertreter ernannt und innerhalb der Abteilung bekannt gemacht?

Trifft nicht zu ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

Gibt es eine festgelegte Freistellung zur Umsetzung dieser Aufgaben?

Trifft nicht zu ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

3. Gibt es ein QM Handbuch Bluttransfusion/Hämotherapie?

Trifft nicht zu ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

Wann wurde es zuletzt aktualisiert?

**Wird sichergestellt, dass immer die aktuelle und keine alte Version kursiert?
Wie?**

4. Gibt es separate Verfahrensanweisungen für hämotherapeutische Maßnahmen wie die maschinelle Autotransfusion, Stammzelltransplantation, Blutprobenentnahme, Verabreichung von Blut- und Gerinnungsprodukten etc. ?

Trifft nicht zu ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

Sind die verantwortlichen Ärzte der MAT an das Regierungspräsidium gemeldet ? (Ernennungsurkunde ?) Ist das Verfahren nach §67 AMG gemeldet ?

Nein Ja

5. Sind Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Hämotherapie (Leitung des immunhämatologischen Labors, Blutdepot, Apotheke) entsprechend der Richtlinien Hämotherapie aktuell geregelt?

Trifft nicht zu ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

6. Ist die Blutdepotleitung benannt und der Bezug von Blutkomponenten für Regel und Notfall festgelegt?

Trifft nicht zu ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

7. Wo sind die Verfahrensanweisungen/SOPs zu Sonderpräparaten (Bestrahlung, CMV-Serostatus, Gewaschene etc.) hinterlegt ?

Ist der Ort allen Mitarbeitern bekannt ?

n.a.- nicht anwendbar/in dieser Einrichtung nicht zutreffend

Trifft nicht zu/n.a. ist geplant trifft teilweise zu trifft voll zu

Fortbildungen

8. Wie ist die Teilnahme an den Pflichtfortbildungen zur Hämotherapie geregelt, wie die Teilnahme dokumentiert und nachprüfbar?

Regelmäßige Teilnahme und Dokumentation ist

nicht vorhanden ist geplant unvollständig nahezu vollständig

9. *Wie hoch ist der Anteil der durch den TB/TV eingewiesenen Mitarbeiter in die praktische Durchführung der Verabreichung von Blut und Blutprodukten und der damit assoziierten Risiken?*

0-25%

26 - 50%

51-75%

76-100%

Was waren die Themen der letzten 4 transfusionsmedizinischen Pflichtfortbildungen?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Welche Berufsgruppen sind/werden in der Hämotherapie fortgebildet?

keine

Ärzte

mehr als Ärzte

alle

Prozessqualität

Patientenidentifikation

10. Wie weisen sich Patienten bei der Aufnahme aus? (Versicherungskarte, Personalausweis oder Lichtbildausweis)

Dokumente ohne Lichtbild

Versicherungskarte Per-

sonalausweis

Versicherungskarte + Personalausweis

11. Werden die Patienten zur aktiven Mitarbeit bei der Überprüfung Ihrer Identität aufgefordert? Wie machen Sie das?

Nein

ist geplant

vereinzelt

immer

12. Wer druckt Identifikationsarmbänder und/oder Bettschilder und aufgrund welcher Datenlage aus?

Nicht geregelt ist geplant nur bei Routine immer, auch für Notfälle

13. Wo wird notiert, ob Blutgruppe und Antikörper anamnestisch bekannt sind?

Nicht Blutbank-Datenbank

KIS¹ + Blutbank-Datenbank Patientenarmband

14. Gibt es eine Verfahrensanweisung/SOP zur Patientenidentifikation vor Bluttransfusion? Zur Massiv- und Notfalltransfusion?

Nein ist geplant ja, wird aber nicht angewandt ist voll etabliert

15. „Wie werden bewusstlose oder unbekannte Patienten, Neugeborene und intrauterine Kinder und ihre Blutproben gekennzeichnet und identifiziert?“

Nicht geregelt ist geplant nur bei Routine immer, auch für Notfälle

n.a.=nicht anwendbar/in dieser Einrichtung nicht zutreffend

¹ Krankenhaus-Informationssystem

16. Wie werden Stammdatensatzänderungen vorgenommen (falsche Befunde, Fallnummer- oder Namensänderung etc.) oder als fehlerhaft erkannte Blutbefunde aktualisiert eingepflegt?

Nicht geregelt ist geplant sporadisch, wann es auffällt

zuverlässige Fehlerkorrektur ist etabliert

Wer ist dafür verantwortlich? Wie wird diese Änderung an das Blutdepot kommuniziert?

Blutprodukteanforderung und Indikationsstellung

17. Ist bekannt, in welchem Prozentsatz die Indikationen und Transfusionstrigger der aktuellen Querschnittsleitlinien von den anordnenden Ärzten eingehalten werden?

Nicht bekannt Erhebung ist geplant für einzelne Bereiche

überall erhoben

In allen Bereichen? Wie könnte das überprüft werden?

Wird der Zweck der Anforderung angegeben?

Nicht geregelt ist geplant nur bei Routine immer, auch für Notfälle

Liegt eine Stichprobenkontrolle vor? Nein ja

18. Wird elektronisch oder papierbezogen angefordert

Nur Papier EDV ist geplant EDV, aber nicht vernetzt vernetzt

Werden Transfusionsanamnese, Zweck und Dringlichkeit jeder Anforderung dokumentiert? Sind die EDV-Systeme Labor/Blutbank/KIS miteinander vernetzt und Plausibilitätsprüfungen zum Zeitpunkt der Auslieferung der Blutprodukte möglich?

19. Wie ist die Standardvorgehensweise bei bekannten transfusionsrelevanten irregulären AKs vor geplanten großen Eingriffen?

Nicht geregelt ist geplant nur bei Routine immer, auch für Notfälle

Probenentnahme

20. Wer entnimmt Blut zur Blutgruppenbestimmung/Kreuzblutröhrchen? Zusammen mit den Routinelabor?

Nicht geregelt ist geplant nur bei Routine immer, auch für Notfälle

21. Wer richtet und beklebt die Blutröhrchen? In allen Bereichen vor der Entnahme?

Nicht geregelt ist geplant nur bei Routine immer, auch für Notfälle

22. Wie und von wem werden die Blutproben transportiert?

Nicht geregelt ist geplant nur bei Routine immer, auch für Notfälle

23. Gab es in der Vergangenheit bekanntgewordene Probenverwechslungen?

Nein, nicht bekannt vereinzelt öfter, ohne Maßnahme

Maßnahmen greifen glaubhaft

Sind Maßnahmen zur Ursachenvermeidung ergriffen worden? Welche?

24. Werden bei Notfalltransfusionen immer Blutröhrchen vor der Blutversorgung entnommen?

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant nur nach Aufforderung immer

Produktausgabe und Blutdepot

25. Ist ein Mindestbestand an Blutpräparaten festgelegt?

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant verfügbarkeitsorientiert

bedarfsorientiert

26. Gibt es Formulare VA/SOPs für die Lagerung/Ausgabe/Notfallausgabe? (VA-Verfahrensanweisungen/SOP-Standard Operating Procedures)

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant teilweise umgesetzt immer

27. Wie häufig wird ungekreuzt ausgegeben und bei unbekannter BG und AKS transfundiert?

Nein, nicht bekannt vereinzelt öfter, ohne Maßnahme

Maßnahmen greifen glaubhaft

Werden diese Fälle hinterfragt und Maßnahmen ergriffen?

28. Wird die Gültigkeit der Kreuzprobe für im Depot befindliche Eks vor der Ausgabe überwacht? Wie?

Nein ja, wird aber nicht beachtet ist geplant ist voll etabliert

29. Gab es in der Vergangenheit Probleme und Zwischenfälle bei der Ausgabe?

Nein, nicht bekannt vereinzelt
öfter, ohne Maßnahme Maßnahmen greifen glaubhaft

Welche Verbesserungsmöglichkeiten haben sich ergeben bzw. sind umgesetzt worden?

30. Werden die Vorgaben zur abteilungsinternen/externen Qualitätskontrolle (MAT/POCT/Labor) vollständig eingehalten?

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant nur nach Aufforderung immer

Wo sind noch Probleme? Welche Verbesserungsmöglichkeiten haben sich ergeben bzw. sind umgesetzt worden?

31. Wer überwacht Satelittendepots und wo sind sie (Blutpräparate und chargendokumentationspflichtige Blutpräparate)?

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant nur nach Aufforderung immer

32. Können Sie den Anteil der nicht zurückgenommenen, aber nicht transfundierten Blutprodukte feststellen?

Nein, nicht bekannt

vereinzelt

öfter, ohne Maßnahme

ja, Maßnahmen greifen glaubhaft

Welche Verbesserungsmöglichkeiten haben sich ergeben bzw. sind umgesetzt worden?

Blutproduktetransport

33. Gibt es Transportbehälter und wer transportiert?

Nicht geregelt

Umsetzung ist geplant

Transport unzureichend geregelt

Transport gut und zuverlässig geregelt

Für welche Produkte? Für verschiedene Empfänger gemeinsam in einem Behältnis?

Welche Verbesserungsmöglichkeiten beim Transport haben sich ergeben bzw. sind umgesetzt worden?

Verabreichung des Blutprodukts

34. Wird vor jeder Transfusion die Patienteneinwilligung geprüft? Wie wird über die Verabreichung von Blutzubereitungen (Humanalbumin, Gerinnungsfaktoren, Immunglobuline, Rhesusprophylaxe etc.) aufgeklärt?

35. Wird vor jeder Transfusion die Indikation geprüft und dokumentiert?

36. Wird der Bedside-Test immer eingesetzt und dokumentiert?

Ja, keine Probleme, bzw. nein, nicht bekannt vereinzelt

öfter, ohne Maßnahme Maßnahmen greifen glaubhaft

Welche Verbesserungsmöglichkeiten haben sich ergeben bzw. sind umgesetzt worden?

37. Wie lange sind die maximalen Wartezeiten von Auslieferung zum Start der Transfusion?

Nein, nicht bekannt oder nicht änderbar vereinzelt

öfter, ohne Maßnahme Maßnahmen greifen glaubhaft

Wie werden inakzeptable Verzögerungen erfasst? Welche Maßnahmen sind ergriffen worden?

38. Wie werden Verträglichkeit und Wirkung/Effektivität der Bluttransfusion oder der chargendokumentationspflichtigen Plasmapräparate überprüft und dokumentiert?

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant

Kontrolle/Überwachung nicht immer geregelt

Überwachung geregelt, Effektivität gut, zuverlässig immer dokumentiert

Wie wird der Patient während der Gabe überwacht?

39. Traten in der Vergangenheit Verwechslungen von Patienten und/oder Blutprodukten auf?

Nein, nicht bekannt oder nicht änderbar vereinzelt

öfter, ohne wirksame Maßnahmen Maßnahmen greifen glaubhaft

Welche Maßnahmen sind ergriffen worden?



Nein hier nicht möglich Umsetzung geplant, Listen veraltet oder unbeachtet

Ja, wird aktualisiert und wirksam angewandt

42. Wie hoch ist der Anteil bei der Verabreichung von Doppereinheiten bei nicht massivblutenden Patienten?

Nein, nicht bekannt oder nicht änderbar

vereinzelt

öfter, ohne wirksame Maßnahmen

Maßnahmen greifen nachweisbar

Welche Maßnahmen sind ergriffen worden?



Ergebnisqualität

43. Wo sind hämotherapeutische Maßnahmen und Zwischenfälle dokumentiert?

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant Dokumentation nicht immer
vorhanden Dokumentation nahezu lückenlos vorhanden

44. Gibt es Statistiken zu relevanten Kennzahlen aus der Hämotherapie? (Blut und Gerinnungsprodukteverbrauch pro Abtlg./Zeitraum)

Nicht geregelt Umsetzung ist geplant Statistik nur zu einzelnen
Aspekten/Produkten vorhanden Statistiken werden aus relevanten Kennzah-
len regelmäßig erstellt und bekanntgemacht

Wie häufig und wer erstellt eine einrichtungsinterne Statistik zur Hämotherapie? Wenn nicht, wer könnte diese bei Ihnen erstellen?

45. Kennen die Mitglieder der Transfusionskommission die gemeldete Verbrauchstatistik an das PEI vom letzten Jahr?

Nein, nicht bekannt, nicht erhoben, nicht definiert Präsentation geplant

präsentiert ohne wirksame Maßnahmen präsentiert mit effektiven Maßnahmen

**Sind Verfall, Verbrauch, Transfusionszwischenfälle etc. präsentiert worden?
Gab es daraufhin Veränderungen der Praxis?**

46. Gibt es ein etabliertes Verfahren zur Stichprobenkontrolle bezüglich der Existenz eines ausgefüllten Aufklärungsbogens zur Bluttransfusion?

Nein Stichprobe geplant Stichprobe durchgeführt, keine Maßnahmen

Stichprobe verursachte effektive Maßnahmen oder Maßnahmen nicht notwendig



47. Wie werden bewusstlose Patienten im Nachhinein über die Bluttransfusion aufgeklärt?

Nicht/mir nicht bekannt

Umsetzung geplant

geregelt, aber unvollständig umgesetzt

geregelt und vollständig umgesetzt



Change-Management/Fehlerkultur

48. Wo und wie werden Beinahefehler gemeldet? Wie viele im letzten Jahr?

Nirgends , Zahl unbekannt

CIRS geplant

betriebseigenes CIRS etabliert, keine Meldungen / ohne notwendige Maßnahmen

CIRS wird genutzt und hat effektive Maßnahmen bewirkt

Wurden Maßnahmen abgeleitet?

49. Werden Zwischenfälle und Komplikationen aufgearbeitet? Gibt es M&M-Konferenzen? (M&M=Mortalität und Morbidität)

Nein ist geplant vereinzelt regelhaftes Vorgehen ist etabliert



50. Was passiert, wenn die EDV ausfällt?

Nicht geregelt Szenario nicht denkbar

Ersatzweises Vorgehen ist teilweise geregelt oder nur wenigen bekannt

Ersatzweises Vorgehen geregelt und allen bekannt

51. Was haben Sie im vergangenen Jahr Positives in der Hämotherapie umsetzen können:
