

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	Mit falschen Dokumenten Blut für Kreuzprobe angefordert
Fall-ID	165-2019-J3M7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Die Blutprobe für die Kreuzprobe des Patienten wurde mit falschen Dokumenten elektronisch angefordert.</p> <p>Der Fehler wurde vom Funktions-/ Pflegepersonal der Station selbst bemerkt und dem Labor direkt gemeldet. Es erfolgte die Neuabnahme mit korrekter Beschriftung.</p> <p>Es wurde ein internes Reklamationsprotokoll erstellt. Die Auswertung erfolgt im Team nochmals mit dem Hinweis des unbedingten Datenabgleichs bei Blutabnahmen.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Kaufman et al. Electronic patient identification for sample labeling reduces wrong blood in tube errors. Transfusion.2018 Dec 14. doi: 10.1111/trf.15102. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=30549289</p> <p>[2] Vergl. Fehlerregisterfall 164-2019-B7R8 https://www.iakh.de/files/iakh/public/register/2019/164-2019-B7R8-Blutprobe%20erst%20nachtraeglich%20und%20falsch%20beschriftet.pdf</p> <p>[3] Vergl. Fehlerregisterfall CM-183263-2018 https://www.iakh.de/files/iakh/public/register/2018/CM-183263-2018-Umgang im Verfahren mit Kreuzblut.pdf</p>	<p>Vielen Dank, dass Sie diesen Fehler geteilt haben und damit Lernen für sich und andere ermöglichen!</p> <p>Der hier berichtete Fehler findet sich in der amerikanischen Literatur unter dem Akronym WBIT (wrong blood in tube) und tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 1:2700 auf. Da ein wesentlicher Teil der Fehlernahmen entweder infolge einer nicht erfolgten späteren Transfusion oder durch eine zufällige Übereinstimmung der Major-Blutgruppe im klinischen Verlauf nicht auffällig werden, ist davon auszugehen, dass gefährliche Abläufe häufig nicht als Fehler wahrgenommen werden. Damit fehlt die notwendige Rückkopplung, um die eigenen Verfahren kritisch zu hinterfragen. Elektronische Unterstützung kann 75% der WBIT-Ereignisse vermeiden.</p> <p>Die Meldung wirft aus unserer Sicht Fragen auf!</p> <p>Handelt es sich bei der Meldung um einen Fehler, der bei einer nicht überwachten Delegation aufgetreten ist? Dies könnte indirekt aus dem Hinweis geschlossen werden, dass das TEAM geschult wird. Die Entnahme von Kreuzblut ist nur in der unmittelbaren Überwachung der Maßnahme delegierbar.</p> <p>Offensichtlich wurde die Kreuzprobe gewonnen, ohne dass der Fehler bei der Abnahme aufgefallen ist. Dies ist ein Hinweis auf eine unsichere Praxis. Eindeutige und sichere Patientenidentifi-</p>

	<p>kation und die Durchführung des BEDSIDE-Tests sind die fundamentalen Bausteine für eine sichere Transfusionspraxis. Eine nicht erfolgte Identifikation der Patientin ist als erheblicher Verstoß gegen eine sichere Transfusionspraxis einzuschätzen. Blutentnahmeröhrchen sollten vorab beklebt werden und die korrekte Auszeichnung im Rahmen des Identifikationsschrittes festgestellt werden. Nachträgliche Beschriftung hat sich als eine gefährliche Praxis erwiesen [2, 3].</p> <p>Die Verwechslung von Kreuzproben gefährdet nicht nur den betroffenen Patienten, sondern kann auch in dringlichen Transfusionsepisoden Auswirkungen auf die Bereitstellung adäquater Produkte für andere Patienten haben. Zudem fehlt die Zeit für eine Bearbeitung der Kreuzproben in der klinischen Routine mit einem vermeidbaren erhöhten Risiko für Folgefehler.</p> <p>Die Planung eines robusten und sicheren Verfahrens spart Zeit!</p>
Prozesseilschritt*	1 - Fehler bei der Probenabnahme, 15 - Fehler bei der Patientidentifikation
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Keine Einschätzung möglich
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA3, Routine, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A,C
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/Evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/Evtl.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	„Es wurde ein internes Reklamationsprotokoll erstellt. Die Auswertung erfolgt im Team nochmals mit dem Hinweis des unbedingten Datenabgleichs bei Blutabnahmen.“
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5

<p>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[4] https://www.iakh.de/peer-review-haemotherapie-iakh-2017.htm</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung/ SOP – Stationsärzte und Pflegepersonal: Umgang mit Blutentnahmen, Blutproben und Laborversand, Präanalytische Fehler und Folgen 2. Fortbildung/ SOP – Stationsärzte und Pflegepersonal: Korrekte Identifikationssicherung vor kritischen Arbeitsschritten im Krankenhaus beim wachen und bewusstseinsgetrübten Patienten 3. Fortbildung – Stationsärzte und Pflegepersonal: Die klinisch relevantesten Punkte aus dem Qualitätshandbuch Hämotherapie 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführung von Patientenarmbändern und Barcodescannern zur elektronischen Patientenidentifizierung bei Konservenverabreichung und auch bei der Blutprobenentnahme, möglicherweise mit gechipten Röhrchen (z.B. von Sarstedt erhältlich). 2. Einführung von elektronischen Anforderungsformularen, die digital über das Intranet ausgefüllt und abgesendet werden. Dann würden die Blutproben nur bearbeitet, wenn die Anforderung im Labor-Postfach eingegangen, unterschrieben und vollständig ausgefüllt ist. Entnahmezeitpunkte und Anforderungszeitpunkt können chronologisch auf Plausibilität geprüft werden. 3. Regelmäßige Interne Audits oder Peer Review Besuche [4] zum Austausch und zur ständigen Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

Fehlerregisterformular IAKH 2019 vs.1.2

*** Prozessteilschritte 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
6. Hämostasemanagement
7. Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management
15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** Risikoskala**

Wiederholungsrisiko

- | | |
|-----|--|
| 1/5 | sehr gering/ sehr selten
max. 1/100 000 |
| 2/5 | gering/ selten
max. 1/10 000 |
| 3/5 | mittel häufig
max. 1/1000 |
| 4/5 | häufig, min. 1/100 |
| 5/5 | sehr häufig, min. 1/10 |

Schweregrad/Gefährdung

- | | |
|-----|--|
| 1/5 | sehr geringe akute Schädigung/ ohne
bleibende Beeinträchtigung |
| 2/5 | geringe Schädigung/ wenig vorübergehende
Beeinträchtigung |
| 3/5 | mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden |
| 4/5 | starke akute Schädigung/ beträchtliche
bleibende Schäden |
| 5/5 | Tod/ schwere bleibende Schäden |