

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	Nicht übereinstimmende Blutgruppenbefunde
Fall-ID	CM-193972-2020
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Eine Patientin bei bestehender Anämie und dringendem Verdacht auf eine Blutung wurde auf die operative Intensivstation übernommen. Die Patientin verblieb mehrere Tage in der intensivmedizinischen Betreuung und wurde anschließend in stabilem Allgemeinzustand weiterverlegt.</p> <p>Für die gesamte Dauer des intensivmedizinischen Aufenthalts wurden im Konsens der Fachabteilungen festgelegt, dass 2 Erythrozytenkonzentrate konstant abrufbar sein sollten. In den dafür notwendigen Blutgruppenbestimmungen/ Kreuzproben kam es bei der Patientin zu zwei Fehlabinahmen und entsprechend zu zwei nicht übereinstimmenden Blutgruppenbefunden. Dies wurde in beiden Fällen umgehend durch die Leitung der Blutbank an den zuständigen Transfusionsbeauftragten der Abteilung kommuniziert.</p> <p>Die Patientin verblieb ohne Schaden, es kam nicht zu einer Fehltransfusion mit komplikativer Reaktion. Die definitive Blutgruppe der Patientin wurde durch mehrfache Kontrollen und nach Abgleich mit einem extern erhobenen Befund bestätigt und dokumentiert.</p> <p>Gründe für das Ereignis: Die noch vor der korrekten Blutabnahme zu erbringende Verifikation der Patientenidentität (richtige Monovette - richtiger Patient) ist Gegenstand des Transfusionsgesetzes (TFG), ein Nicht-beachten im Sinne von Verwechslung oder Fehlabinahme ein Verstoß.</p> <p>Obwohl alle beteiligten Mitarbeiter dokumentierte Einweisungen in Transfusionsabläufe, Transfusionsgesetz und ortsgebundene Logistik hatten, kam es zu Fehlern.</p> <p>Der Fall wurde im Rahmen der regelmäßig etablierten Fortbildung vorgestellt und allen Mitarbeitern erklärt, eine erneute Einweisung nach TFG wurde dem angeschlossen.</p>

	<p>Die Faktoren Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.), Ausbildung und Training, Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) und Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) trugen zu dem Ereignis bei.</p>
<p>Problem</p>	<p>Fehlerhafte Probengewinnung und Mängel bei der Patientenidentifikation sind ein häufiger Anlass für Fehlermeldungen der IAKH. In diesen Teilschritten des Prozesses ereignen sich die meisten Fehler. Idealerweise erfolgt sowohl die Entnahme als auch der Versand von Probematerial auf einem hohen Niveau standardisiert. Potentielle Fehlerquellen sind die Blutentnahme ohne bewussten Abgleich der gelabelten Probenröhrchen mit dem Patienten oder eine Entnahme in ungelabelte Probenröhrchen und ein Fehler bei der Patientenauswahl im KIS.</p> <p>Im Allgemeinen fehlt oftmals das Bewusstsein der die Blutentnahme ausführenden Ärzte als auch des bearbeitenden Stationspersonals für die Konsequenzen auftretender Fehler, die erst dann wahrgenommen werden, wenn sich ein Zwischenfall ereignet. Fehlende Beschriftung von Laborproben, histologischen Proben oder Blutentnahmen bzw. auch durch Vertauschen der Proben können schwere Folgen für die Patienten haben. Schließlich können sich aus den Untersuchungsergebnissen wichtige therapeutische Konsequenzen ergeben, bzw. kann eine fehlerhafte Therapie (oder ein verspäteter Therapiebeginn) wegen falscher Ergebnisse fatal sein. Deshalb sollte bei dieser Aufgabe besondere Vorsicht und Konzentration gelten. Es ist zudem hilfreich, wenn der Entnehmende an seine Verantwortlichkeit mit einer Unterschrift auf dem Etikett oder dem Begleitschein erinnert wird, wie das in dieser Institution geregelt ist. Ein Musterformular für die Anforderung findet sich auf der Seite der interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie IAKH (www.IAKH.de).</p> <p>Gibt es im Haus eine Standardverfahrensanweisung (SOP/Verfahrensanweisung) zur Identitätssicherung bei der Abnahme von Probenmaterial? Wenn ja, wird diese von den zuständigen Mitarbeitern auch angewendet? Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter durch regelmäßige Schulungen, wäre dann erforderlich. Im täglichen Ablauf kann eine Checkliste die Sicherheit erhöhen, die zum Beispiel auf einem Entnahmeprotokoll abgebildet werden kann.</p> <p>Double-Check: richtiger Patient, richtige Probe, richtiges Etikett? Trotz der Arbeitsdichte müssen Standards eingehalten und alle Aufgaben korrekt erledigt werden. Fehlerverfahren nehmen in der klinischen Praxis deutlich mehr Zeit als ein guter Prozess in Anspruch.</p> <p>Möglich ist der Einsatz eines Barcodescanners (bei stationär aufgenommenen Patienten, Abgleich mit dem Patientenarmband) für die Identifikation des Patienten bzw. die Zuordnung der Proben zum jeweiligen Patienten (mit Kostenaufwand verbunden</p>

<p>[1] Bolton-Maggs PH, Wood EM, Wiersum-Osselton JC. Wrong blood in tube - potential for serious outcomes: can it be prevented?. <i>Br J Haematol.</i> 2015;168(1):3-13. Epub 2014. doi:10.1111/bjh.13137</p>	<p>und auch hier ist der Faktor Mensch beteiligt). In Zukunft werden Blutentnahmesystem mit NFC-Funktion Verwechslungen unwahrscheinlicher machen.</p> <p>Bolton-Maggs et al. berichten über eine verbesserte Sicherheit und eine Reduktion des Behandlungsaufwandes nach Einführung eines Barcodesystems, weisen jedoch auch auf erhebliche Anfangsinvestitionen bei der Einführung hin (Bolton-Maggs et al. 2014: 8) [1].</p> <p>Die Aufdeckung des Fehlers aufgrund der inkongruenten Befunde liegt nur bei einem Teil der möglichen Konstellation vor. Resultierend besteht die Möglichkeit, dass bei der Auswahl der Konserven zwar Major-kompatible aber in anderen Blutgruppenmerkmalen inkompatible Produkte ausgewählt werden (vergl. Bolton-Maggs et al. 2014).</p> <p>Die Meldung ist in Hinblick auf eine Wiederholung des Fehlers in einer Behandlungsepisode besonders bedeutsam. Eine ungewichtete Erklärung mit einer Vielzahl von beitragenden Faktoren ist aus der externen Sicht wenig hilfreich, sondern vermittelt den Eindruck einer fehlenden Einflussmöglichkeit. Zielführender wäre hier die Beschreibung eines fehlertoleranten Soll-Ablaufes.</p> <p>Wichtig in diesem Zusammenhang sind immer wieder angebotene (Auffrischungs-)Schulungen und Informationsvermittlung zum Umgang mit Kreuzblut.</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Fehler bei der Probenabnahme</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>Ja</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Intensiv</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Routine</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>C</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/Nein</p>

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>	Keine Angabe
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	5/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorge schlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erstellung eines fehlertoleranten Soll-Ablaufes zur Probengewinnung und Identifikationssicherung 2. Fehleranalyse nach London-Protokoll 3. Schulung: Umgang bei Probengewinnung, Patientenidentifikation und Anwendung patientenspezifischer Blutprodukte. 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sicherung der Patientenzuordnung durch ein Hirschfeld-Device 2. Etablierung einer Barcode-Scannerlösung zur Identifikation von Patient/Probe

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	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

*** 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
6. Hämostasemanagement

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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 |