**Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters**

***IAKH***

**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 | Unnötige mehrfache Blutabnahmen bei den selben Patienten nach Umstellung des Blutabnahmedienstes |
| Fall-ID | CM-113743-2014 |
| Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet) | Seit geraumer Zeit erfolgen mehrfache Blutabnahmen des gleichen Patienten gleichzeitig; an einem Tag kommen zur gleichen Zeit für denselben Patienten bis zu 3 identische Anforderungen und Blutröhrchen ins Labor. Dies kommt durchgängig auf allen Normalstationen vor. Den Patienten wird zu viel Blut abgenommen, ggf. mehrfach punktiert.Ein Blutentnahmedienst war neu eingerichtet worden. Vorher war eine spezielle Pflegekraft zuständig, die doppelt gerichtete Röhrchen im Vorfeld aussortierte.Jetzt entstehen durch den neuen Blutabnahmedienst Mehrarbeit und Mehrkosten im Labor. Auf dem Laborbefundzettel befinden sich nebeneinander nahezu identische Befunde mit identischen Bearbeitungszeiten; dies ist nicht gut für die Außenwirkung bei Weiterleitung der Befunde an externe Partner. Außerdem geht den Patienten mehr Blut zu diagnostischen Zwecken als notwendig verloren. Die Kontrolle der Röhrchen vor der Blutabnahme, ob mehrere gerichtet wurden, sollte wieder eingeführt werden und das Richten der Röhrchen sollte sorgfältiger erfolgen. |
| Problem | Aus unklaren Gründen werden Diagnostikröhrchen zur Blutentnahme mehrfach gerichtet und durch einen neuen Blutentnahmedienst auch abgenommen. Dabei verwundern folgende Aspekte dieses Vorgehens:Die Patienten lassen sich mehrfach punktieren, ohne das zu hinterfragen. Die wenigsten der Blutentnahmen werden vermutlich bei bewusstlosen oder dementen Patienten vorgenommen. Das kann durch eine bessere Aufklärung und Information der Patienten im Sinne einer Erziehung zum mündigen Patienten vermieden werden.Der Blutentnahmedienst ist gerade erst eingeführt. Damit ist die Aufgabe der Blutentnahme in einer Hand und sollte besser gesteuert werden als die eigenständige Blutentnahme auf einzelnen Stationen. Damit ist auch möglich, dass die Aufgaben zentral geregelt, koordiniert und dokumentiert werden – womit Doppel- und Mehrfachabnahmen verhindert werden. Die entsprechende Systematik muss vermutlich noch eingeführt werden.Offenbar werden die Blutentnahmegefäße noch auf den einzelnen Stationen gerichtet. Dass eine spezielle Fachkraft die Doppelausführung von Anordnungen kontrolliert, erscheint bei geregelter Aufgabenverteilung vermeidbar. Die Anordnung zur Diagnostik wird offensichtlich ungeregelt von mehreren Personen bearbeitet und umgesetzt. Die mehrfache Bereitstellung von beklebten Diagnostikröhrchen ist denkbar durch: * ungeregelte Aufgabenverteilung (wer ist zuständig?)
* ungeregelte Schichtwechsel und unstrukturierte Übergaben
* ungeregelte Dokumentation der durchgeführten Arbeiten (Abzeichnen mit Handzeichen im Kardex?)
 |
| Prozessteilschritt\*\* | 1 Probenentnahme |
| Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt | EK |
| Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien? | k.A. |
| Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung) | Station |
| Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA) | Wochentag, Routine, ASA 1-3 |
| Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen, B - Gerätetechnik, C - Personen mit Gerät v.v., D - nein, keine Angaben) | A |
| Hat/ Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.); Hat/ Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert? | Nein/nein |
| Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar |  |
| \*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit | **1/5** |
| \*Potentielle Gefährdung/ Schweregrad | **3/5** |
| Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen) | **Prozessqualität:**1. Fortbildung Ärzte/ Pflege: Iatrogener Blutverlust und iatrogene Anämie von Krankenhauspatienten: Bedeutung, Risiko und Vermeidungsmaßnahmen, Verwendung von Mikroprobengefäßen
2. SOP/ Verfahrensanweisung Blutentnahmedienst: Organisation der Entnahmen
3. SOP/ Verfahrensanweisung Stationspflege: Richten und Dokumentation der Blutentnahmen zur Diagnostik
4. SOP/ Verfahrensanweisung Stationspflege: Strukturierte Übergabe und Schichtwechsel
5. SOP/ Verfahrensanweisung Stationspflege: Dokumentation von Maßnahmen in Kardex und Arbeitsorganisation auf Station
6. SOP/ Verfahrensanweisung Stationspflege/-Ärzte: Blutbereitstellung und Abnahme des Kreuzblutes am Vortag bei Planungsposition 1 im OP-Plan des nächsten Tages
7. Meldung an die Transfusionskommission

**Strukturqualität:**1. Einrichtung eines Klinikpfads Patient Blood Management PBM inklusive der Labormedizinischen Analytik mit Mikroproben
2. Einführung einer elektronische Krankenakte und zentrale Dokumentation aller Maßnahmen, Analytik und Diagnostik und Befundvalidierung - das hätte im vorliegenden Fall vermutlich doppelte Ausführung von Arbeitsschritten verhindert
3. Labor-KIS: elektronische Anforderungen der Analytik verknüpft mit den elektronischen Handzeichen der einzelnen Prozessschritte: Röhrchen richten und etikettieren, Blut abnehmen und Versand, Testergebnis von Laborarzt validiert, Befund gelesen und geprüft, etc.
4. Formulierung einer Job Description, einer Stationssekretärin und evtl. Einstellung
5. Strukturierung des Pflegedienstes und Kurse der Arbeitsorganisation (Vielleicht auch Änderung der Personalstruktur von weniger unqualifiziertem Personal zu mehr qualifiziertem Fachpersonal)
 |

**\* Risikoskala**

**Wiederholungsrisiko Schweregrad/Gefährdung**

**1/5 sehr gering/ sehr selten 1/5 sehr geringe akute Schädigung/ ohne**

 **max. 1/100 000 bleibende Beeinträchtigung**

**2/5 gering/ selten 2/5 geringe Schädigung/ wenig vorübergehende**

 **max. 1/10 000 Beeinträchtigung**

**3/5 mittel häufig 3/5 mäßige bis mittlere akute gesundheitliche**

**max. 1/1000 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**

**\*\* Prozessteilschritte für die Verabreichung von Blutprodukten**

1. Fehler bei 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

15. Fehler bei der Patientenidentifikation