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	Proben-/Patientenverwechslung in der Notaufnahme
Fall-ID	98-2015-N5S8
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Eine 1930 geborene Patientin mit länger bekannten Ösophagusvarizen und Teerstuhl seit Tagen, jetzt Bluterbrechen kommt zum ersten Mal in unsere Notaufnahme (umgezogen). Erster Blutgruppenbefund der nicht bei uns vorbehandelten Patientin ergibt 0 pos. Sie wird mit einem Ek 0 pos versorgt. Als die Patientin bereits auf Station ist und eine weitere Konserve bekommen soll, ergibt der Bedsidetest vom Stationsarzt durchgeführt die Blutgruppe A! Die neue Blutgruppenbestimmung im Kreuzprobenlabor ergibt A neg. Bei der Recherche des Falles stellt sich heraus, dass die Blutproben-Röhrchen in der Ambulanz erst nach der EDV-Aufnahme der Patientin mit den verzögert ausgedruckten Etiketten beklebt wurden, aber vorher unbeschriftet abgenommen wurden -wohl also beim falschen Patient/in!
Problem **Musterarbeitsanweisung für die Blutprobenentnahme der IAKH:** Siehe auch Webseite IAKH unter Handreichungen/Muster, Formulare...(https://www.iakh.de/sonstiges.html) 1. Indikationstellung nach Querschnittsleitlinien Hämotherapie 2. Anforderungsschein/PC-Anforderung unter Angabe von Patienten ID und Verwaltungsnummer, Geburtsdatum, Diagnose des Patienten, frühere Blutgrupppenbefunde, Transfusionen sowie Schwangerschaften. Dringlichkeit und Option der Blutbereitstellung (Reservierung oder gleicjh Kreuzung)	- Das ist leider ein viel zu häufiger Fehler. Die Blutprobenverwechslung geschieht vermtulich häufiger als bei jedem 10. Patienten, wie Laborstatistiken anhand Plausibiltätschecks vermuten lassen!! Die Fehler bei der Blutentnahme *für die Blutgruppe* sind aber potenziell viel folgenträchtiger als die für das Diagnostiklabor. Die Röhrchen müssen deshalb VOR der Blutentnahme eindeutig beschriftet werden und vor der Blutentnahme ist eine Identifikationsprüfung lege artis anzuwenden. (siehe Links) - In diesem Fall ist die Abnahme der Blutprobe in der Ambulanz vom anfordernden Arzt selbst entnommen oder delegiert worden. Bei Delegation bleibt der Arzt allerdings verantwortlich für die richtige Identität der

3. Röhrchen kleber ausdrucken oder Röhrchen bekleben 4. Tablett zur Entnahme richten (Handschuhe, Nadel, Monovetten etc., für jeden Patienten separat!) 5. Erfragen des Namens und Geburtsdatum (Patient muss das selbst sagen) und Kontrolle des Identifikationsarmbands, bei Bewusstlosigkeit zusätzlicher Abgleich mit Bettschild und 2. Person (Pflege, Angehörige) 6. Abgleich mit den Etiketten auf den Röhrchen 7. Hautdesinfektion und Blutentnahme in die vorbeschrifteten Röhrchen 8. Angabe von Datum und Entnahmezeit auf Anforderungsschein (Merke : Die Gültigkeit der Kreuzprobe ist auf 3 Tage ab Entnahme beschränkt) 9. Unterschrift oder elektronische Autorisierung am PC durch verantwortlicher Arzt 10. Unverzüglicher Transport ins immunhämatologische Labor mit oder ohne Begleitschein	Blutprobe. Die möglichen rechtlichen Folgen führen sich die wenigsten vor Augen. Es empfiehlt sich eine sorgfältige Anleitung und Dokumentation dieser Schulung des Entnahmepersonals!
Prozessteilschritt**	1-Probenabnahme
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Notaufnahme
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	ASA 3, Routine,
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben	D
Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?	Ja/ Ja
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der Kommissionskommentar	
***Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit**	**3/5**
***Potentielle Gefährdung/Schweregrad**	**5/5**

Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	**Prozessqualität:** 1. SOP/Verfahrensanweisung: Blutentnahme und Beklebung der Blutröhrchen 2. Fortbildung Ärzte: Ursachen, Medizinische und rechtliche Folgen der unerkannten Blutprobenverwechslung 3. Abhaltung regelmäßiger Trainingssitzungen zu wichtigen Prozess- Handlungen in der Hämotherapie (Blutprobenentnahme, Blutkonservengabe, Aufbau eines maschinelle Autotransfusionssystems, etc...) 4. Meldung an die Transfusionskommission **Strukturqualität:** 1. Einführung des technisierten (Scanner am Überwachungsmonitor in Notaufnahme, Intensivstation und OP) Barcodeabgleichs von Blutprobenröhrchenettikett und Patientenarmband vor der Blutentnahme (Sarstedt hat Blutentnahmeröhrchen mit RFID Chip-Technologie) 2. Ursachenanalyse in den bekanntgewordenen Fällen von Blutprobenverwechslung und konstruktive Problemlösung 3. Einführung eine hauseigenen CIRS-Systems und Etablierung einer Fehlerkultur

*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**

****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