

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	Blutgruppenröhrchen falsch beschriftet
Fall-ID	58-2013-T7E7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Untersuchung der BG im Rahmen der Kreuzprobe vor geplanter OP ergab Differenz zu Vorbefund. Nachuntersuchung bestätigte Ergebnis der Voruntersuchungen. Wie es zur Fehlbeklebung des Röhrchens kam, ließ sich nicht mehr nachvollziehen. Der Vorfall wurde mit der die Anforderung unterzeichnenden Ärztin ausgewertet.
Problem	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hier wurde die Verwechslung entdeckt, weil die Blutbank eine Vorbefund der Blutgruppe in ihrer Datenbank hatte oder mit dem KIS (und den dortigen früheren Daten) verbinden war. Die Probenentnahme zur Blutgruppenbestimmung hat selbst beim nicht-bewusstlosen Patienten einige Fehlerquellen, die letale Konsequenzen nach sich ziehen können. Ob die Probenröhrchen hier bereits bei Abnahme des Blutes etikettiert waren, ist nicht berichtet. Die Entnahme mit etikettierten Röhrchen schließt zumindest die spätere Fehlbeklebung aus. Weiter möglich ist aber 2. die Verwechslung der Patienten, besonders wenn die Patienten neu oder unbekannt sind, bewusstlos, eine Identifikation erschwert ist, etc.

	<p>3. die Verwechslung der Röhrchen (wenn nicht auf die Etiketten geachtet wird), besonders wenn die Blutgruppe mit dem Routine-laborblut abgenommen wird und auf dem Stationstablett viele Röhrchen sind</p> <p>4. Die Fehleingabe im Labor (Fehleingabe der Patienten-ID, Zuordnung des falschen Röhrchens zum Patienten, etc).</p> <p>Geforscht werden sollte bei Verwechslungen und auch in diesem Fall nach dem zweiten Patienten, dem auch eine Blutgruppe bestimmt bekommen sollte. Nicht immer, aber häufig findet sich eine zeitgleiche Beauftragung und eventuell gibt es von diesem Patienten keine Vorbefunde und die Verwechslung ist nur bei dem gemeldeten Patienten aufgefallen.</p> <p>Insgesamt wird aus dem Chemicelabor eines jeden Krankenhauses eine hohe Inzidenz an offensichtlich verwechselten Blutproben und falschen Zuordnungen am Krankenbett berichtet, so dass dieser Arbeitsschritt der Präanalytik extrem fehlerlastig ist.</p>
Prozesseilschritt**	1. Probenentnahme, Patientenidentifikation
Wesentliche Begleitumstände	Station oder Intensivstation
Was war besonders gut (wie gemeldet in „, zusätzlich der Kommissionskommentar	
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4/5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Fortbildung-Stationsärzte: Blutentnahme mit Inklusion einer kleinen WHO-Identifikation analog zum Einschleusevorgang in den OP. In den Richtlinien der BÄK wird auf die Verantwortlichkeit der entnehmenden Arztes bei der Sicherung der Probenidentität explizit hingewiesen. Delegiert er die Abnahme oder die Beklebung der Röhrchen, muss er für die korrekte Ausführung die Verantwortung übernehmen. 2. SOP/Fortbildung Patientenidentifikation vor medizinischen Maßnahmen bei Bewusstlosen, Ausländern, Dementen etc. 3. SOP-Pflege/Stationssekretärin: Blutentnahme-Röhrchen- Beklebung und Vorrichten

	<p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vernetzung des Labors mit dem KIS hat sich hier als fehlerverhindernd erwiesen. Die Befunde der Immunhämatologie und der Blutgruppe sind aber kritisch, da sie nicht als Datensatz ohne Zwischenmodul fehlerfrei übertragen werden können. Die Kompatibilität und die Aktualität der Daten kann aber durch ein Zwischenmodul (z.B. Ixserv für OSM) übertragen werden. Auch externe Labors haben meist für die Blutgruppenbefunde Übertragungsprobleme des Datensatz bzw. nicht kompatible Software- hier ist eine generelle Lösung der Schnittstellenproblematik zu fordern, ebenso die Einbindung der Blutgruppe in einen Kumulativbefund über einen Krankenhausaufenthalt. 2. Elektronische Krankenkassenkarte mit aktuellem Foto und bekannter Blutgruppe bzw. AK 3. Patienten-Barcode- oder Chip-Armband. Eine Stufe besser wäre der elektronische Abgleich des Barcodes von Röhrchenetikett und Patienten-ID am Patienten oder dessen Bett unmittelbar vor der Abnahme.
--	---

***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 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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation