Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über ☒ **IAKH Fehlerregister** ☐ **CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ**

Thema/Titel	Probenverwechslung 1: ABO-Kontrolle different zu bekannter Blutgruppe
Fall-ID	45-2012-r5l6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Im Blutlabor fällt auf, dass das ABD-Kontrolle Kreuzblut different zur dokumentierten Blutgruppe bei einem präoperativen Patient . Als die Kreuzproben positiv ausfallen, wird die Station, die OÄ der Abteilung als auch der TB informiert und gleichzeitig eine neue Blutprobe angefordert; Nach der Bestätigung der vorbekannten Blutgruppe werden auch die Klinisch-Chemischen Laborergebnisse für diese Blutentnahme storniert, da diese mit gleicher Blutentnahme angefordert wurden. Die Rückmeldung der anfordernden AÄ besagt, dass für einen neu aufgenommenen Patienten die Blutentnahme vorgesehen war, dieser wurde auch gestochen, die Röhrchen wurden für einen anderen Patienten vor der Blutentnahme beschriftet. Während der Entnahme fiel nicht auf, dass die Röhrchen die falsche Patientenidentifikation trugen.
Problem	- Hier wurden zwar die Blutentnahmeröhrchen zwar korrekt vor der Abnahme beschriftet, aber die Blutentnahme entweder zweigeteilt (Blutgruppe und Kreuzblut getrennt) abgenommen oder nur das ganze Blut (Kreuzblut und Laborchemie) beim falschen Patienten abgenommen. Die Kenntnis der Patienten mit Namen bei der Blutentnahme erfordert zusätzlich den Abgleich der Beschriftung der Röhrchen. Dieses Vorgehen entspricht der ärztlichen Sorgfaltspflicht. Wenn in diesem Labor eine Blutgruppe zusätzlich aus den Kreuzblutanforderungen gemacht wird, ist das sehr löblich und hat sich hier ausgezahlt.
Prozessteilschritt**	2- Patientenidentifikation
Wesentliche Begleitumstände	Routine, ASA 3

Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
***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:** • Fortbildung und SOP: Patientenidentifikation vor Blutentnahme, Operation und Transfusion bzw. Transplantation, evtl. Signatur des für die Blutentnahme verantwortlichen Arztes auf den Röhrchen • Wenn nicht schon etabliert: Routinemäßige Blutgruppenbestimmung auch in der Kreuzblutanforderung • Etablierung der WHO-Checkliste mit der Abfrage („Check“) der Patientenidentität und der Übereinstimmun mit den Laboretiketten für Blutentnahmen **Strukturqualität:** • Vernetzung der Software von Laborchemie und Blutgruppenlabor: Bei dieser kombinierten Blutentnahme von Laborchemie und Kreuzblut hätte der Deltacheck die Abweichung von vielen Parametern zum Vorbefund (falls vorhanden) melden und durch die Entnahmenummer auf den Laborröhrchen die Blutgruppenbestimmung hinterfragen können. • Elektronische Anforderung von Blut gruppen und Laborbefunden unter Angabe des Abnehmenden Arztes und des Zeitpunktes hätte 2 unterschiedliche Entnahmen identifizieren können • Elektronische Anforderung nach Scanner-Abgleich von Barcodes auf den Anforderungen, Etiketten auf den Röhrchen und des Patientenarmbandes

*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**	**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 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