



## 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

<b>Thema/Titel</b>	Etikettendruck für Blutröhrchen falsch eingestellt
<b>Fall-ID</b>	CM2014-114867
<b>Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)</b>	<p>Während der Narkose bei einem Patienten fällt auf, dass ein neuer Blutbild-Befund im Computersystem erstellt wurde. Da der Patient während der vorangegangenen Stunden im OP war, konnte das Blutbild nicht von ihm sein. Auf Nachfrage bestätigte die Station, dass vor der OP kein Blut abgenommen wurde.</p> <p>Da eine Laboruntersuchung für diesen Patienten während der OP angefordert wurde, die Aufkleber für die Entnahmeröhrchen jedoch nicht (wie vorgesehen) im OP-Saal ausgedruckt wurden, hatte der Anästhesist den Auftrag für die Laboruntersuchung storniert und über den Computer der OP-Pflege erneut eingegeben. Vermutlich sind die Aufkleber des ersten (stornierten) Auftrags an einem anderen Drucker gedruckt und auf ein falsches Röhrchen geklebt worden. Es konnte nicht herausgefunden werden, von welchem Patient die Probe war und an welchem Drucker die Aufkleber für die Blutentnahmeröhrchen gedruckt wurden. Die Anästhesie-Computer im OP werden des öfteren ausgetauscht. Hierbei kann es zu falschen Einstellungen kommen, die nicht auf den ersten Blick ersichtlich sind. Die Druckereinstellungen der Anästhesie-Computer wurden bei uns überprüft und entsprechend korrigiert.</p>
<b>Problem</b>	<p>Im Grunde gibt es hier mehrere Probleme:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In dieser Institution wird offensichtlich in unbeschriftete Blutröhrchen die Blutprobe für das Blutbild und wahrscheinlich demnach auch für Kreuzproben- und Blutgruppenlabor abgenommen. Damit sind Fehlbestimmungen und Verwechslungen möglich.</li> <li>2. Obwohl es auch anderweitige Laboruntersuchung betreffen könnte oder betroffen hat (die Anforderung des anderen Patienten ist nicht bekannt), konnten die</li> </ol>

	<p>ausgedruckten Etiketten für eine evtl. andere Untersuchung verwendet werden. Wenn der Adressat („BLUT FÜRs BLUTLABOR, GERINNUNGSLABOR, Immunhämatologische Labor“) oder die Laboruntersuchung („BLUTBILD; oder BLUTGRUPPENSEROLOGIE“) auf den Etiketten zusammen mit dem Namen und dem Barcode vermerkt gewesen wäre, hätte eine anderweitige Nutzung unter Umständen vermieden werden können. Das ist aus Gründen der Röhrchengröße und Länge nicht oder nur schwer umsetzbar.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Es existiert eine Vielzahl von Etiketten-Druckern und PC-Zugängen in diesem OP. Obwohl es für jeden Rechner entsprechend seiner Nutzung normalerweise eine genau definierte Konfiguration bei der EDV hinterlegt gibt (Software, Drucker, etc.), kann es zu diesem berichteten Fehler gelegentlich, wenn auch selten kommen. Die allgemeine Verschaltung aber sorgt für einen möglichen Fehletikettendruck in anderen Bereichen. Da der OP nicht nur einer hygienischen Sonderregelung innerhalb des Gebäudes unterliegt und der Zutrittsbeschränkung unterliegt, sollte leicht zu organisieren sein, dass es nur einen Etiketten-/Drucker im OP-Bereich gibt. So bleibt sichergestellt, dass der Anwender unmittelbaren Zugriff auf seine Ausdruck oder seine Etiketten hat.</li><li>4. Die Laborsoftware sollte geändert werden. Eine Laboranforderung sollte normalerweise nicht mehr storniert werden können, wenn die Etiketten bereits ausgedruckt sind. Dann sollte das Labor automatisiert den Verbleib der Röhrchen beim Auftraggeber anfordern. Es war hier vermutlich nur Zufall, dass die Verwechslung aufgefallen ist. Der andere Patient hat ein Anforderung aber keinen Röhrcheneingang. Die Übereinstimmung von Anforderung sollte im Laborsystem abgefargt werden und dann eine Meldung auslösen, wenn das Röhrchen mit der Gewebe-oder Blut-Probe ausbleibt.</li><li>5. Noch Laborsoftware: Nur nach einem nochmaligen Storno im 2. Prozessschritt sollte ein Auftrag abgebrochen werden können. Vor Stornobestätigung sollte der Nutzer aufgefordert werden, die Etiketten zu vernichten. Eine Fehlnutzung der Etiketten ist so zwar nicht ausgeschlossen, aber das Risiko minimiert.</li></ol>
--	--

	<p>6. Es sollte durch die EDV problemlos ermittelt werden können, von wem der konkurrierende Auftrag war. Die meisten Softwares enthalten die Angabe der Uhrzeit des Eingangs der Probe und der Resultatausgabe. Schließlich müssten Etiketten gedruckt worden sein mit einer nie ausgeführten Anforderung im Labor. Problematisch ist bei diesen Nachforderungen immer wieder, dass es entweder keine passwortgeschützten kritischen Bereiche gibt, der Anforderer nicht angegeben werden muss oder eine universale und von allen Mitarbeitern eines Bereichs benutzte Identität wie INTENSIV-ÄRZTE gibt. Das sollte unterbunden werden. Ein weiterer Patient wäre in unserem Fall womöglich durch falsche Laborwerte des intraoperativen Patienten gefährdet, da viele Laborwerte Therapieentscheidungen nach sich ziehen.</p>
<b>Prozesseilschritt**</b>	1 Blutentnahme, 2 Anforderung von Blutkonserven
<b>Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt</b>	EKS
<b>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?</b>	k.A.
<b>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</b>	Station, OP
<b>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA )</b>	Routine, Wochentag, ASA3
<b>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? A- zwischen Personen B- Gerätetechnik C- Personen mit Gerät v.v., D-nein, keine Angaben</b>	A
<b>Hat/Hätte der Bedside den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.) / Hat/Hätte der Bedside eine Verwechslung verhindert?</b>	Nein/nein
<b>Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></b>	„Es ist rasch (eine halbe Stunde Verzögerung) aufgefallen, dass ein Befund erstellt wurde, ohne dass Untersuchungsmaterial abgegeben wurde. Der Befund wurde aus dem System gelöscht“

<p><b>*Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit</b></p>	<p><b>3/5</b></p>
<p><b>*Potentielle Gefährdung/Schweregrad</b></p>	<p><b>3/5</b></p>
<p><b>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</b></p>	<p><b>Prozessqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP/Verfahrensanleitung OP/Stationspflege/Ärzte: Blutentnahmevorschriften zur Diagnostik, Vermeidung von präanalytischen Fehlern: insbesondere KEINE ABNAHME VON BLUT IN UNBESCHRIFTETE RÖHRCHEN</li> <li>2. SOP/Verfahrensanleitung OP/Stationspflege/Ärzte: elektronische Anforderung von Labordiagnostik, Blutkonserven, Bereitstellung und Einkreuzen, Angabe von Indikation und Dringlichkeit</li> <li>3. Fortbildung alle Mitarbeiter: Vermeidung von Patientenverwechslung (korrekte Identifikation, Abnahme, Laboranforderung mit Unterschrift/Passwort, Etikettenausdruck und Bekleben, Blutabnahme, Versand und Transportbestimmungen, ...)</li> <li>4. SOP/Labor: Annahmebedingungen für Anforderungen ohne komplette Angabe von Indikation und Anamnese</li> <li>5. SOP Ärzte: Unterschriften- und Passwortpflichtige Therapie und Diagnostikanordnungen, Arzneimittelverordnungen, etc. LogIns bei verschiedenen PCs</li> </ol> <p><b>Strukturqualität:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikation der elektronischen Anforderungssoftware für Laboranforderungen gemäß den obigen Vorschlägen (s. Problemanalyse)</li> <li>2. Vernetzung des KIS mit der Blutbank und Laborsoftware</li> <li>3. Beschränkung des Zugriffs auf Etikettendrucker auf den jeweiligen Bereich</li> <li>4. Rückfrageschleife elektronisch oder per Rufanlage ins Labor bei fehlenden Probegefäßen, ausbleibenden Materiallieferungen, dringlichen Aufträgen und Massivtransfusionen</li> <li>5. KIS/LABOR-Softwareprogrammierung: Umgang mit stornierten Anforderungen gemäß der obigen Vorschläge ändern</li> </ol>

--	--

**\*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

**\*\*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