



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	Blutgruppenprobe ohne Etikett
Fall-ID	CM-150618-2017
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Blutentnahme der Blutgruppe ohne Etiketten.</p> <p>Bei drei Patienten wurde die Monovette ohne Patientenetikett abgenommen. Die abgenommene Monovette wurde in einem Becher, in dem sich ein Zettel mit dem Patientennamen befand, gelegt. Die Monovetten wurden anschließend beklebt. Dabei wurde eine Monovette in einen Becher mit einem anderen Namen gestellt. Eine Information darüber, dass eine Monovette nicht beklebt war, erfolgte erst am OP-Morgen.</p> <p>Das passierte, obwohl bei uns grundsätzlich alle Röhrchen für Kreuzproben VOR der Abnahme mit den Patientendaten beschriftet werden müssen, gemäß der Empfehlung aller Blutspendedienste. Das gibt den abnehmenden Personen noch einmal die Möglichkeit, die Identität des Patienten zu überprüfen. Um eine Vertauschung der Laborwerte zu vermeiden, muss mit ALLEN Blutröhrchen so verfahren werden.</p> <p>Nach dem Transfusionsgesetz ist der Arzt, der die Blutprodukte mit seiner Unterschrift anfordert, für die eindeutige Identität der Proben verantwortlich. Mitverantwortlich sind alle weiteren am Prozess Beteiligten. Bedenken Sie, dass hier ein Fehler tödliche Konsequenzen mit sich bringen könnte.</p> <p>Transfusionsmedizin ist ein Hochrisikobereich.</p> <p>Tragen Sie darum bitte für folgenden Prozess die Verantwortung:</p> <p>Blutabnahmeröhrchen müssen immer mit dem Patientenamen eindeutig gekennzeichnet sein.</p> <p>VOR der Abnahme, niemals nach etikettieren!</p> <p>Vor der Blutabnahme Patientenverwechslung ausschließen.</p>
Problem Siehe auch ähnliche Fälle: CM-135886-2016	Wie bereits vom Meldenden ausgeführt ist die Abnahme in unetikettierte Blutröhrchen eine der häufigsten Ursachen von Verwechslungen. Man schätzt, dass der Anteil an Blutproben, die vom falschen Patienten abgenommen werden, bis zu ca. 10-15% aller

<p>CM-132521-2016 CM-120429-2016 113-2016-L5I9</p> <p>Empfehlung der IAKH zum Wortlaut einer korrekten Patientenidentifikation und zum Ablauf der Prozesskette vor dem Starten der Bluttransfusion:</p> <p>[1] Siehe auch Musterverfahrensweisung Blutprobenentnahme der IAKH www.iakh.de/handreichungen/Must-er....unter B</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) „Wie heißen Sie?“ (Vor- und Zuname abfragen, keine Suggestivfragen) und mit den Daten des Armbands, den Blutröhrchen, der Akte, den Blutgruppendaten vergleichen 2) „ Wann sind Sie geboren?“ (Tag, Monat, Jahr abfragen) (Verifizierung wie oben) 3) Grund und Ursache der Transfusion nochmalig ansprechen und die unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten einsehen. 4) Blutabnahme des Blutes für die Blutgruppe und Verträglichkeitsprobe, oder den Bedside-Test und Durchführung des BST am Bett. <p>[2] Hämotherapie-Richtlinien nach §§ 12 a und 18 TFG</p> <p>2.3.1 Durchführung der Blutentnahme</p> <p>„Die Blutentnahme wird durch einen Arzt oder unter der Verantwortung eines Arztes vorgenommen und ist entsprechend zu dokumentieren.“</p> <p>http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/RiliHaemotherapie2010.pdf</p>	<p>Blutentnahmen beträgt! Fehler bei der Probenentnahme haben einen Anteil von über 80% der vermeidbaren Fehler des Shot-Reports 2014 aus UK.</p> <p>Die Folgen für die Anwendung von Blutprodukten könnten bei weiteren Fehlern in der Anwendung des Bedside-Tests oder der Patientenidentifizierung auch tödlich sein. Der Bedside-Test im engen Sinne kann nur die ABO-Inkompatibilität verhindern, eine Fehltransfusion kann hier trotzdem passieren. Bei korrekter Anwendung des Bedside-Tests ist trotz der Kompatibilität im ABO-System zumindest die Allo-Immunsierung (Antikörperbildung) oder eine Transfusionsreaktion durch Antikörperboosterung möglich. Entdeckt werden einige dieser Fälle durch die gespeicherten Daten des Patienten in der Datenbank der Blutbank aus früheren Behandlungsfällen.</p> <p>Das die Blutprobe nach dem Bekleben in das falsche Bechergefäß gestellt wurde, ist eigentlich ungefährlich, da das immunhämatologische Labor vermutlich alle Röhrchen zusammen analysiert, bzw. die Laborchemie und Gerinnungsröhrchen entsprechend aussortiert. Aber es demonstriert, wie leicht ein Röhrchen bei einer Mehrzahl von Blutabnahmen vertauscht und fehlzugeordnet werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In allererster Linie soll generell jede Blut/Analysat-Abnahme in bereits beklebte Probengefäße erfolgen. Die Blutabnahme in unbeklebte /unbeschriftete Röhrchen sollte immer, auch im Notfall, vermieden werden. • Ursächlich ist weiterhin ein nicht korrekt durchgeführter Identifikationsprozess (siehe links das Muster der IAKH zur Patientenidentifikation vor dem Starten der Bluttransfusion [1] - Punkte 1 bis 3 sind identisch). • Bekannte beitragende Faktoren für diesen Fehler sind Stress, Notfallsituationen, Personal-mangel, mangelhafte Organisation. • Die Verantwortlichkeit liegt alleinig beim anordnenden Arzt. Die Richtlinien Hämotherapie weisen die Blutentnahme als ausdrücklich, wenn auch im Einzelfall delegierbare ÄRZTLICHE Tätigkeit aus. Delegation sollte in dieser Hinsicht auch eine dokumentierte Einarbeitung und Autorisierung des Personals beinhalten [2]. • Mögliche Erleichterungen sind lokal verfügbare Etikettendrucker, regelmäßige Vorbereitung der morgendlichen Blutabnahme und Bekleben der Röhrchen durch den/die Stationssekretär/in, Aufmerksamkeit des informierten abnehmenden Personals, Interesse und Nachfragen des
--	--

	Patienten, etc.(s.u.).
Prozesseilschritt**	1 Probenentnahme
Betroffenes Blut-/Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Chirurgische Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	k.A.
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?	Nein/nein
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
*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/Verfahrensweisung Intensiv/Chirurgie: Vorgehensweise bei der Blutabnahme (siehe auch Muster Verfahrensweisung der IAKH zur Blutprobenentnahme) - insbesondere Etablierung des Tabus der „Blutentnahme in unbeschriftete/gekennzeichnete Probegefäße“ 2. Fortbildung Ärzte/Pflege: Richtlinien Hämotherapie, mögliche Folgen der Fehlzuordnung Blutprobe und Bluttransfusion 3. SOP/Verfahrensweisung/Fortbildung Ärzte/Pflege: Patientenidentifikation, richtiges Vorgehen beim kooperativen wie narkotisierten, bewusstlosen, kleinkindlichen oder demenzen Patienten

	<p>4. SOP/Verfahrensanweisung Stationspflege: rechtzeitiges Bekleben der Probegefäße, Vorrichtung und Anordnung der Analysate, Assistenz bei der Entnahme</p> <p>5. Meldung an die Transfusionskommission</p> <p>Strukturqualität:</p> <p>1. Einführen von Blutprobenentnahme-Sets als große Tablett mit der Möglichkeit nur bei einem Patienten Blut abzunehmen, Abschaffen der Sammelblutentnahme</p> <p>2. Neuorganisation des Blutentnahmeprozesses und des dafür vorgesehenen Personals auf peripheren Stationen</p> <p>3. Überprüfung der Personalstärke und Arbeitsbedingungen auf der Station</p> <p>4. Statistische Erfassung von vermutlichen Probengefäßverwechslungen in einem Jahr in dieser Institution (kann anhand Deltacheck und der Blutgruppe bei allen Analysatproben näherungsweise erhoben werden)</p> <p>5. Verwendung von RFID-Chips in Monovetten zur Kennzeichnung und Scanner-basiertem Abgleich der Probenanforderung und der Patientenidentität (von einigen Herstellern z.B. Sarstedt bereits verfügbar)</p> <p>6. Druckerhersteller: Entwicklung von mobilen Etikettendruckern zum schnellen und sicheren gebündelten Etikettendruck am Bett erst nach Patientenautorisierung mittels Fingerprint</p>
--	---

***Risikokala:**

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

Fehlerregisterformular IAKH 2014 vs.1.1

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