

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	Verwechselte Akten namensgleicher Patienten führt zu falscher Laboranforderung
Fall-ID	166-2019-W5W3
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Zwei Patienten A und B mit gleichem Vor- und Nachnamen waren auf der IMC. Pat A wurde mit der Akte des Pat B auf die ITS verlegt. Demzufolge erfolgten alle Laboranforderungen, inklusive Blutgruppe und Kreuzprobe, mit den falschen Dokumenten.</p> <p>Die Ursache des Fehlers war die Unaufmerksamkeit des Funktions-/ Pflegepersonals bei der Verlegung durch die IMC. Die Geburtsdaten der namensgleichen Patienten lagen weit auseinander, somit hätte beim Vergleich dieser der Fehler bemerkt werden können. Außerdem passte der Akteninhalt auch nicht zum aktuellen Patienten.</p> <p>Die Fehlerzeit erfolgte nach Ausgabe des Befundes und vor Ausgabe des Produktes.</p> <p>Bemerkt wurde der Fehler, dass die falsche Akte mitgeliefert wurde, noch vor Bearbeitung der Blutprobe durch eine Stationschwester der ITS, welche sofort Meldung an das Labor erstattet hatte. Eine Datenkorrektur wurde vorgenommen.</p> <p>Der Fehler wurde im internen Reklamationsprotokoll ausgewertet mit anschließender Teambesprechung mit Auswertung des Fehlers.</p>
Problem	<p><i>COOK: The most important barrier to improving patient safety is lack of awareness of the extent to which errors occur daily in all health care settings and organizations.</i></p> <p>Der berichtete Fehler, der als Unachtsamkeit interpretiert wurde, kann seine Ursache in vorherigen unsicheren Arbeitsschritten und strukturellen, wie kommunikativen Fehlern haben. In der Tat sollte die Namensgleichheit zweier Patienten in einer Behandlungseinheit einer Einrichtung alle Aufmerksamkeit der Behandelnden auf sich ziehen und besondere Maßnahmen zur Vermeidung der Verwechslung obligat nach sich ziehen. Dies ist in dieser Einrichtung vermutlich nicht in ausreichendem Maße</p>

<p>[1] Musterverfahrensweisung zur korrekten Verabreichung von Blutprodukten und Blutkonserven der IAKH</p> <p>Auf der Webseite der IAKH unter dem Buchstaben „M“ bei https://www.iakh.de/sonstiges.html</p> <p>[2] Palm, S. & Schrappe, M. (o. J.). Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation. Handlungsempfehlung, Berlin.</p> <p>Verfügbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf (Zugriff am 5.5.2020)</p> <p>[3] Cook, Richard I. Two Years Before the Mast: Learning How to Learn About Patient Safety. Invited presentation. "Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care," Rancho Mirage, CA, November 8–10, 1998.</p> <p>(zitiert nach: Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2000, S. 171)</p> <p>[4] Das SBAR-Konzept zur strukturierten Patientenübergabe https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf</p>	<p>geschehen.</p> <p>Die Analyse sollte daher ein besonderes Augenmerk auf die Frage legen, ob die Verantwortlichkeiten und die für ein sicheres Verfahren notwendigen Informationen zur Verlegung und Aufnahme auf die IMC eindeutig definiert waren. Wurde bei der Übergabe der Patient eindeutig benannt und hat das übernehmende Personal die Stimmigkeit der Angaben aktiv überprüft?</p> <p>Ein Indiz auf die Häufigkeit des berichteten Fehlers sei erwähnt, dass nicht nur die IAKH [1], sondern auch das AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT „APS“ [2] der Identifikation des Patienten eine eigene Arbeitsgruppe gewidmet und Empfehlungen zur sicheren Identifikation veröffentlicht hat. In diesen werden aus gutem Grund mehrere Identifizierungsmerkmale vor jeder Maßnahme gefordert:</p> <p>Jeder Patient bekommt eine Kombination von Identifizierungsmerkmalen zugewiesen, die ihn unverwechselbar macht. Dieser Kerndatensatz besteht aus mindestens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familienname • Vorname • Geburtsdatum • Identifikationsnummer (z.B. Patientenummer, Fallnummer) <p>Die sichere Patientenidentifikation ist ein unverzichtbares Handwerkzeug für die sichere Behandlungspraxis.</p> <p>Hilfsmittel z.B. in Form von Patientenidentifikationsbändern können die Sicherheit erhöhen, jedoch nur in Verbindung mit einer aktiven Patientenidentifikation durch offene Fragen:</p> <p>Wann sind Sie geboren? Wie lautet ihr Name? Welcher Eingriff ist geplant? Fehlerquellen können sich aber auch aus Verwechslungen bei der Anlage des Bändchens oder bei einer mangelhaften Primäridentifikation ergeben! Und oftmals muss nach einer Verwechslung auch nach einem zweiten Geschädigten gesucht werden!</p> <p>Cook beschreibt Sicherheit als ein emergentes Charakteristikum eines sicheren Systems, das sich gerade nicht aus der Sicherheit der Einzelkomponenten zwangsläufig ergibt [3]. Damit ergibt sich, dass es nützlicher ist, die systemischen Voraussetzungen für eine fehlerfreie Leistung zu schaffen, statt eine individuelle Schuld zu diagnostizieren ("...to attach blame to individuals. ..."). Deshalb sind neben der korrekten Patientenidentifikation auch organisatorische Maßnahmen der Behandlungseinheit empfohlen (s.u.), die bei erhöhter Verwechslungsgefahr wie bei Namensgleichheit, gleichen Aussehens o.ä. zweier Patienten in einer Behandlungseinheit angewendet werden sollen.</p> <p>Bei der Verlegung eines Patienten in eine andere Einheit empfiehlt die DGAI überdies die strukturierte Übergabe, bei deren</p>
--	--

	Anwendung die Verwechslung aufgefallen sein sollte [4].
Prozessschritt*	15 - Fehler bei der Patientenidentifikation
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	IMC, Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine, Notfall, ASA3, Wochentag
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/Evtl.
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/Evtl.
<p>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p> <p>[5] Vergl. S.171; Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Drucksache 15/530. (2003). Berlin: Bundestag.</p> <p>Verfügbar unter: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf (Zugriff am 5.5.2020)</p>	<p>Die Meldung gibt einen Hinweis darauf, dass eine strukturierte Bearbeitung des Fehlers in der Organisation geplant und durchgeführt wird. Die Meldung eines Fehlers und ein Lernerfolg der gesamten Organisation wird umso wahrscheinlicher, je offener die Fehlerkultur gelebt wird. Repressalien und die Personalisierung des Fehlers reduzieren die Chancen des Lernens.</p> <p><u>Wir bedanken uns für die Bereitschaft der Meldenden und sehen die Meldenden und unser Angebot in dem vom SVR 2003 beschriebenen gestuften Vorgehen [5]:</u></p> <div style="text-align: center;"> <p>Ebenen einer offenen Fehlerkultur</p> <pre> graph TD 5["5 'nationale Ebene': z.B. überregionale, anonymisierte Melderegister; Forschungsprojekte zur Fehlerkultur"] 4["4 'regionale Ebene' (disziplinen-, professionen- und einrichtungsübergreifend): z.B. Fortbildungen mit Input aus externen Fehleranalysen"] 3["3 'Institutionsebene' (einzelne Versorgungseinrichtung): z.B. Regeln für strukturierte interne Fehleranalyse"] 2["2 'Mikro-Setting': z.B. regelmäßige Möglichkeit für inter- und intraprofessionellen Austausch"] 1["1 individuelle Arzt-Patient-Beziehung: z.B. Sicherstellung einer angemessenen Kommunikation"] 1 --- 2 2 --- 3 3 --- 4 4 --- 5 </pre> </div>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	4/5

<p>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortbildung, SOP, Reevaluation der Arbeitsanweisung Patientenidentifikation – alle Mitarbeiter 2. Fortbildung, SOP, Kommunikationstraining: Sichere Schnittstellen- das SBAR Konzept [4] 3. Fortbildung – alle Mitarbeiter: Mögliche Folgen bei Verwechslung von Medikamenten und Blutprodukten, Medizinisch, Juristisch, Meldepflichten 4. SOP/Verfahrensanweisung – Stationspersonal/Intensiv: Erwähnung bei jeder Übergabe bei eindeutiger Verwechslungsgefahr und Markierung der Patientenbetten/Akten/etc. mit einem CAVE-VERWECHSLUNGS-Schild 5. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronische(r) ALERT/Markierung bei Patienten gleichen oder ähnlichen Namens 2. Patientenidentifikationsarmbänder 3. RFID-Systeme zu Identitätssicherung und Scannerbasierter Abgleich von Identitäten (siehe zum Beispiel das Konzept der Charité)

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationsaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Stand Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensanweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

*** 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
6. Hämostasemanagement
7. Sonstiger Fehler - nicht im Prozess der Verabreichung enthalten
8. Individuelle Hämotherapie/ Patient Blood Management

Fehlerregisterformular IAKH 2019 vs.1.2

15. Fehler bei der Patientenidentifikation

**** 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

Literaturempfehlung:

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. (L.T. Kohn, J.M. Corrigan & M.S. Donaldson, Hrsg.). Washington (DC): National Academies Press (US). Zugriff am 5.5.2020. Verfügbar unter:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>