

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	Anforderung der Kreuzprobe mit falschen Patientendaten
Fall-ID	167-2019-A4H7
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Auf der chirurgischen Allgemeinstation wurde bei der postoperativen Visite eine doch ausgeprägte klinisch auffällige Anämie bei einem Patienten bemerkt und gleich das Blutbild und eine Kreuzprobe vom Arzt abgenommen. Die Proben wurden in das Schwesternzimmer gelegt, um den Versand an das immunhämatologische Labor bzw. die Blutalkoholwerte vorbereiten zu lassen. Die Stationssekretärin füllte die Anforderung mit den Etiketten und den Daten der dort liegenden Entlassungsdokumente eines anderen Patienten aus und schickte die Anforderung los.
Problem [1] Tolkien JRR. The lord of the rings. Three-vol. ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003. [2] Bolton-Maggs DP. Zero tolerance for labelling of all pathology specimens: a recommendation from SHOT 2013. Bull R Coll Pathol 2014;2.	<p>“Short cuts make long delays.” J.R.R. Tolkien, The Fellowship of the Rings [1]</p> <p>Der berichtete Fehler entstand in dem nachvollziehbaren Wunsch, die Aufgabe der Gewinnung von Kreuzblut bereits während der Visite zu erledigen, um eine zeitliche Verzögerung der Transfusion zu vermeiden. Vermutlich standen noch andere Aufgaben an und die Sequenz der Durchführung und anschließenden Probenentnahme passte nicht zu dem Wunsch „die Dinge gleich zu erledigen“.</p> <p>Ob die Röhrchen in unbeschriftete (1) oder bereits richtig etikettierte Probengefäße abgenommen und dann nur die Anforderung mit einem falschen Etikett und Namen beschriftet wurde (2), ist dem Bericht nicht eindeutig zu entnehmen.</p> <p>Ad (1): Die nachträgliche Beschriftung ist eine gefährliche Praxis, die einen wiederkehrenden Grund für gemeldete Fehler darstellt. Die Annahme, dass die nachträgliche Beschriftung der Proben ein sicheres Verfahren ist, wird wahrscheinlich aus der Erfahrung funktionierender Abläufe oder der Beobachtung der Erfahrenen entstanden sein. Dies beeinträchtigt die Wahrnehmung eines Risikos, weil die Erfahrungen für ein verkürztes Vorgehen zu sprechen scheinen.</p> <p>Paula Bolton-Maggs (Shot register) schätzte 2013, dass jedes</p>

<p>[3] Handreichungen - IAKH e.V. n.d. https://www.iakh.de/sonstiges.html (accessed May 26, 2020).</p>	<p>gemeldete Ereignis ca. 100 <i>near miss events</i> repräsentiert [2].</p> <p>Durch die Kompatibilität einiger Majorblutgruppen untereinander könnte in den meisten Fällen lediglich eine nicht klinisch sichtbare Alloimmunisierung verursacht werden. Das unmittelbare Patienten-Risiko realisiert sich im günstigen Fall in einer zeitlichen Verzögerung der Bereitstellung der notwendigen Blutprodukte.</p> <p>Im ungünstigen Fall kann die fehlende Kompatibilität des ausgelieferten Blutproduktes einen letalen Verlauf beim Empfänger bedingen.</p> <p>Ad (2): Die Entnahme der Blutprobe in richtig beschriftete Röhrchen vom richtigen Patienten kann doch noch falsch laufen, wenn die Anforderung analog oder elektronisch auf einen anderen Patienten ausgefüllt wird. Allerdings merkt dann spätestens das Laborpersonal anhand der nicht eindeutigen Zuordnung von Probe zur Anforderung, dass ein Fehler unterlaufen war. Die Überklebung der Röhrchen mit dem anderen Etikett sollte zu einer Ablehnung dieses Röhrchens im Labor führen.</p> <p>Die postoperative Phase stellt das Team vor die Herausforderung den tatsächlichen Blutverlust frühzeitig zu monitorisieren und Verlaufsbeobachtungen in ihrer klinischen Relevanz einzuschätzen. Es kann bei dieser Meldung nur vermutet werden, dass Dringlichkeit wahrgenommen wurde, die zu der Entscheidung für eine gefährliche Praxis führte.</p> <p>Bei der empfohlenen Evaluation des Falles im Haus, sollte das Überwachungsverfahren nach dem Eingriff und insbesondere die Schnittstellen der Übergaben zwischen OP, Aufwachraum und Station in den Blick genommen werden. Vielleicht gab es im Vorlauf schon Hinweise auf die klinische Relevanz der Anämie, die nicht wahrgenommen oder an den Schnittstellen der Behandlung aus dem Fokus gerieten.</p> <p>Die IAKH stellt als Arbeitshilfe eine Musterverfahrensanleitung Blutprobenverwechslung zur Verfügung [3].</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Fehler bei der Probenabnahme</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>ja</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Schwesternzimmer, Stationssekretariat</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>Wochentag, Routine, ASA3</p>

Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	Keine Angaben
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.
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	5/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p> <p>[4] Hans-Hirschfeld-Device - CAIRO 4.0 System Schmidt-Hieber M, Schuster R, Nogai A, Thiel E, Hopfenmüller W, Notter M. Error management of emergency transfusions: a surveillance system to detect safety risks in day to day practice. Transfus Apher Sci. 2006;35(2):125-30.</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prüfung der Verfahrensanweisung/SOP: Probengewinnung 2. Fortbildung – alle Ärzte: Schwere Transfusionsreaktionen und Transfusionszwischenfälle: Medizinische Folgen, rechtliche Konsequenzen und deren Vermeidung 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bettseitiger elektronischer Scanner-basierter Abgleich von Patientenidentität und Röhrchen/ Etikett und sofortiges Bekleben. Alternativ könnte das automatisierte verwechslungsfreie Prätransfusionsgewinnungssystem (Hans-Hirschfeld-Device) mit der Software Cairos auf dem aktuellsten Stand zur Anwendung gebracht werden [4]

Häufig verwendete Abkürzungen:

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

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

TFG Transfusionsgesetz
TK Thrombozytenkonzentrat
TV Transfusionsverantwortlicher

VA Verfahrensweisung
VHFL Vorhofflimmern

*** Prozessschritte 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
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 |