

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	Umetikettierung im Labor angefordert
Fall-ID	170-2019-K6N4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Das Labor erhält einen Anruf aus der Zentralen Notaufnahme (ZNA) mit der Frage, ob das Blut für die Kreuzprobe vor 10 min angekommen sei. In diesem Moment kommt der Hol- und Bringdienst gerade mit verschiedenen Röhrchen von Station, OP und ZNA zum Labor rein. Von der ZNA ist nur eines dabei.</p> <p>Der Anrufer erkundigt sich nach dem Kleber und dem Namensetikett auf dem Begleitschein. Nach Nennung sagt die Sekretärin der ZNA, dass das der falsche Name sei und geändert werden müsse. Auf die Antwort, dass das nicht so einfach geht, meint sie, sie würde hiermit eine Datensatzänderung beantragen. Die Blutprobe sei dem richtigen Patienten abgenommen worden, nur die Etiketten und Unterlagen seien vom falschen Patienten.</p>
Problem	<p>Der wesentliche Fehler liegt entweder in der fehlenden Patientenidentifikation vor Abnahme der etikettierten Proben oder in einer Abnahme in nicht etikettierte Röhrchen.</p> <p>Die Annahme, dass nur eine Probe aus der ZNA eingetroffen ist kann nicht sicherstellen, dass diese Probe zu dem untersuchten Patienten gehört. Proben könnten auch auf dem Transportweg nochmals vertauscht worden sein.</p> <p>Die Aufforderung zum Umetikettieren macht dann im weiteren Verlauf eine falsche Zuordnung möglich. Die richtige Reaktion liegt in der neuen Abnahme mit voretikettierten Probenröhrchen und einer aktiven, sicheren Patientenidentifikation.</p> <p>Wir möchten im Zusammenhang mit der Meldung auf den besonderen Aspekt des Bestätigungsfehlers (confirmation bias) eingehen [1]. Es ist zutiefst menschlich, dass wir Sachverhalte selektiv wahrnehmen und glauben, die unsere Sicht der Dinge unterstützen.</p> <p>Widersprüchliches wird selektiv in der Bedeutung reduziert, Bestätigendes verstärkt. Die Verfahren in einer hochverlässlichen Organisation sind so gestaltet, dass die Wirkungen des Bestäti-</p>

[1] Stangl W. confirmation bias n.d.

<https://lexikon.stangl.eu/10640/confirmation-bias-bestaetigungsfehler-bestaetigungstendenz/>

(accessed May 31, 2020).

	<p>gungsfehlers reduziert wird, da wir unsere Sicht auf die Realität in einem System von Anforderungen und Kriterien überprüfen. Wenn wir gut konstruierte Verfahren umgehen, erhöhen wir das Risiko für ein unerwünschtes Ergebnis.</p> <p>Im Team sollte die Frage gestellt werden, ob kommunikativ die richtigen Handlungen unterstützt werden, oder eine gefährliche Praxis eingefordert wird und die richtige Maßnahme emotional sanktioniert wird.</p>
Prozessteilschritt*	1 - Fehler bei der Probenabnahme
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Keine Angabe
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Notaufnahme
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Routine
Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)	A, C
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>	<u>Die (vermutliche) Ablehnung der Umetikettierung der Proben</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 vorge-	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reevaluation SOP Probenabnahme

<p>schlagenen Maßnahmen)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Schulung Probenabnahme 3. Teamcoaching Sicherheitskultur 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RFID-Bändchen in Kombination mit therapiebegleitenden Informationsmedien
-------------------------------------	--

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus
ACI	Arteria carotis interna	OP	Operationssaal
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	TFG	Transfusionsgesetz
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hkt	Hämatokrit	TV	Transfusionsverantwortlicher
ICU	Intensivstation	VA	Verfahrensweisung
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
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