

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	Probe vor Blutabnahme nicht beschriftet und nachträglich falsch zugeordnet
Fall-ID	188-2021-G8N6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Ein Ehepaar war im gleichen Zimmer untergebracht. Es waren 2 EKs für die Frau geplant. Das Kreuzblut wurde abgenommen, jedoch ist dieses mit Dokumenten des Mannes beschriftet worden.</p> <p>Die Abnahme des Blutes erfolgte also zunächst in ein nicht beschriftetes Röhrchen, zudem wurden sie nachträglich falsch beschriftet. Ein Datenabgleich fehlte. Der Arzt hat auch nicht nachgefragt und für die Richtigkeit unterschrieben.</p> <p>Die Blutgruppen beider Eheleute waren im Labor bereits bekannt, deshalb fiel die Diskrepanz zwischen Blutprobe der Frau (A negativ) und Beschriftung mit Dokumenten vom Mann (0 positiv) auf.</p> <p>Maßnahmen: Wiederholte Unterrichtung des Pflegepersonals über die Einhaltung von Standards. Jährliche Transfusionsbelehrung findet statt!!</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Narayan, D. S., Baker, D. P., Bellamy, P. M., Bentley, D. A., Birchall, D. J., Bolton-Maggs, D. P. et al. (2020). <i>SHOT Report 2020</i>. (S. 240). Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. Verfügbar unter: https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-REPORT-2020.pdf</p> <p>[2] Bolton-Maggs DP. Zero tolerance for labelling of all pathology specimens: a recommendation from SHOT 2013. <i>Bull R Coll Pathol</i> 2014;2.</p>	<p>Die nachträgliche Beschriftung von Probenröhrchen ist eine gefährliche Praxis. Sie ist ein immer wiederkehrender Anlass für gemeldete Fehler im Fehlerregister. Wrong-Blood-in-Tube ist ein häufiges Near-Miss-Event in der Hämotherapie. Im SHOT-Report 2020 [1] wurden 1130 Near-Miss Events (NM) berichtet. In dieser Grundgesamtheit ist die falsche Auszeichnung der Proben mit fast 60% die häufigste Ursache für den Fehler. Insbesondere Verwechslungen im Kreissaal scheinen ein erhebliches Problem zu sein.</p> <p>Paula Bolton-Maggs (Shot register) schätzte 2013, dass jedes gemeldete schwere Ereignis ca. 100 <i>near miss events</i> repräsentiert [2]. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei großen Behandlungszahlen eine Katastrophe resultiert ist nicht zu unterschätzen. Wir sind dankbar für diese Meldung, weil sie die Möglichkeit bietet die eigene Handhabung kritisch zu reflektieren. Die IAKH plädiert</p>

<p>[3] ASCENION GmbH - A LifeScience company. (o. J.). Zugriff am 5.11.2021. Verfügbar unter: https://www.ascenion.de/technologieangebote/blood-transfusion-safety-system-cairos-6405</p>	<p>für eine Meldepflicht auch ohne folgende Schädigung des Patienten um diesen wertvollen Schatz für die Weiterentwicklung der Hämotherapie nutzbar zu machen.</p> <p>Die Vermutung, dass die nachträgliche Beschriftung einer Probe ein sicheres Verfahren sein könnte, entsteht aus der klinischen Erfahrung funktionierender und doch unsicherer Abläufe.</p> <p>Compliance, definiert als regelgerechtes, vorschriftsgemäßes, ethisch korrektes Verhalten muss ein wichtiges Anliegen in der Hämotherapie sein! Ein regelkonformes Handeln kostet in der Praxis nicht mehr Zeit und sichert den therapeutischen Erfolg und letztlich das Leben unserer Patienten. Dafür sollten die Prozesse mit dem Blickwinkel der Praktikabilität kontinuierlich verbessert werden.</p> <p>Vor wesentlichen, sicherheitsrelevanten Schritten können bewusste STOP-Schritte eine zusätzliche Sicherheit gewährleisten! Dazu gehört die sichere Identifikation von Patienten und der bewusste Abgleich von Proben und Patient im Sinne einer Checkliste.</p> <p>Das in Erprobung befindliche System CAIROS 4.0 kann in Zukunft eine Verwechslung von Patienten, Probe und Produkt vermeiden [3].</p> <p>Kritisch zu hinterfragen ist die zeitgleiche Indikation von zwei Erythrozytenkonzentraten auf der Normalstation. Eine Single-Unit Strategie ist mit wenigen Ausnahmen das sicherere therapeutische Verfahren.</p>
Prozesseilschritt*	1, 15
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	Vermutlich nein
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	Station
Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)	Wochentag, ASA 3, Routine
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.)	evtl./nein
Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	Wiederholte Unterrichtung des Pflegepersonals über die Einhaltung von Standards.
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	2/5
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. Implementierung Stop-10-Injekt Ansatz 2. Checklistenbasierte Patientenidentifikation 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RFID-gestütztes System zur Patientenidentifikation 2. Patientenarmbänder

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**

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

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