

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	Patientenetikett vertauscht - WBIT: Erst kleben!
Fall-ID	198b-2021-R7P6
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Patient A bemerkt und meldete selbst falsche Blutgruppe-Angaben im Arztbrief: aber erst 14 Tage nach Befund und OP - dann wurden alle Blutgruppenbefunde mit „korrekter“ Blutgruppe des Patienten A dieses Ambulanztages kontrolliert dadurch wurde Pat B mit ebenfalls falscher Blutgruppe gefunden. Das Etikett war vertauscht worden.</p> <p>Beide Patienten und Hausärzte wurden über Vorgang informiert, falsche Befunde wurden in Akte und EDV-System gelöscht. Ärzte und Pflegekräfte wurden erneut eindringlich auf korrektes Vorgehen hingewiesen mit Erklärung der klinischen und persönlichen Konsequenz bei Fehlverhalten.</p>
<p>Problem</p> <p>[1] Narayan, D. S., Baker, D. P., Bellamy, P. M., et al. <i>Annual SHOT Report 2021</i>. Serious Hazards of Transfusion (SHOT) Steering Group. 2021. https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-REPORT-2021-FINAL-bookmarked-V2-September.pdf. Accessed November 20, 2022.</p>	<p>Fehlerhafte Probenkennzeichnung sind häufige Ursachen von Beinahe-Fehlern in der Transfusionsmedizin. Fehler bei der Patientenidentifikation und der Auszeichnung des Probenmaterials sind ursächlich für ca. 80% der Meldungen zu WRONG-BLOOD-IN-TUBE-Fehlern (WBIT) im SHOT-Report 2021 [1].</p> <p>Die Meldung zeigt deutlich, dass neben des/r unmittelbar versorgten Patienten/in bei Verwechslungen immer noch ein Pat. B existiert, der ebenfalls durch falsche Untersuchungsergebnisse gefährdet wird.</p> <p>Vermutlich wurden die Proben nachträglich beklebt. Damit fällt der sicherheitsstiftende Arbeitsschritt der aktiven Patientenidentifikation zum Abgleich der personalisierten Probenröhrchen weg.</p> <p>Sicherheit bei der Probengewinnung wird dann gewährleistet, wenn vom sicheren Ablauf der Maßnahme nicht abgewichen wird:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Generierung eines Auftrages für den richtigen Patienten im KIS/Labor-System 2. Auszeichnung der Probenröhrchen mit den Aufklebern des erstellten Auftrages

<p>[2] APS e.V., ed. <i>Empfehlung zur Implementierung und Durchführung von Fallanalysen</i>. Berlin: 2020. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2020/04/HE-Fallanalyse_Langfassung_web.pdf. Accessed November 20, 2022.</p>	<p>3. Sichere Patientenidentifikation geht von offenen Fragen an Patientin/Patienten aus und nutzt mehr als ein Identifikationsmerkmal, d.h. immer die Kombination aus aktiver Ansprache und Patientenarmband und Patientenakte. Robuste Abläufe bleiben auch dann sicher, wenn ein Einzelschritt nicht fehlerfrei durchgeführt wurde.</p> <p>4. Sicherer Probentransport ins Labor</p> <p>Eine nachträgliche Kennzeichnung von Probenröhrchen ist eine Quelle aller möglichen Fehler. Die vermeidbaren Ursachen in der Meldeorganisation sollten im Rahmen einer differenzierten Fallanalyse identifiziert werden [2]. Es ist nicht hilfreich nur auf individuelle, situative Fehler zu schauen.</p>  <p>([1] S. 60)</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Fehler bei der Probenabnahme, 15 - Fehler bei der Patientenidentifikation</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK, TK, FFP</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>k.A.</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Aufnahme, Station</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>ASA 2, Routine, Wochentag</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>A, C</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/evtl.</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/evtl.</p>

Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Die meldende Organisation hat den Fall aktiv aufgearbeitet und die notwendigen Schritte eingeleitet, um eine zukünftige Fehlerfortpflanzung zu vermeiden.</u>
Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**	5/5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorge-schlagenen Maßnahmen)	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fallanalyse z.B. nach den Empfehlungen des APS .e.V. 2. AA-Probengewinnung 3. Schulung: Probengewinnung und Patientenidentifikation 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenidentifikation über RFID-Systeme

Häufig verwendete Abkürzungen:

AA	Absolute Arrhythmie	OP	Operationssaal
ACVB	Aortokoronarer Venenbypass	PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PDL	Pflegedienstleitung
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
EK	Erythrozytenkonzentrat	SOP	Stand Operating Procedure
FFP	Gefrierplasma	TB	Transfusionsbeauftragte/r
GF	Geschäftsführer/in	TEP	Totalendoprothese
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TFG	Transfusionsgesetz
Hkt	Hämatokrit	TK	Thrombozytenkonzentrat
ICU	Intensivstation	TV	Transfusionsverantwortliche/r
IT	Informationstechnik/er	VA	Verfahrensweisung
KHK	Koronare Herzkrankheit	VHFL	Vorhofflimmern
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		
NIDDM	Non-insulin-dependent Diabetes-mellitus		

*** 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		Schweregrad/Gefährdung	
1/5	sehr gering/ sehr selten max. 1/100 000	1/5	sehr geringe akute Schädigung/ ohne bleibende Beeinträchtigung
2/5	gering/ selten	2/5	geringe Schädigung/ wenig vorübergehende

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

	max. 1/10 000		Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche
	max. 1/1000		Beeinträchtigung/ leichte bleibende Schäden
4/5	häufig, min. 1/100	4/5	starke akute Schädigung/ beträchtliche
			bleibende Schäden
5/5	sehr häufig, min. 1/10	5/5	Tod/ schwere bleibende Schäden