

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	Blutprobe falsch beschriftet
Fall-ID	201-2022-L6H0
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Bei einem Patienten wurde eine Blutprobe auf Station abgenommen. Sie wurde falsch beschriftet und ans Labor geschickt. Vor der Ausgabe des Blutproduktes wurde der Fehler vom Laborpersonal festgestellt, weil eine Diskrepanz zu früheren Befunden bestand. Es wurde eine neue Blutprobe angefordert.</p> <p>Der TB und TV wurden darüber informiert. Es fand zudem eine Schulung des betroffenen Kollegen bzgl. aktiver Patientenidentifikation (Frage z.B. nach Geb.-Datum) sowie Kontrolle der Röhrchenbeschriftung vor Probenentnahme statt.</p>
Problem	<p>Wenn die sicheren Abläufe bei der Probengewinnung eingehalten werden, sind falsche Beschriftungen ausgeschlossen. Die Meldung lokalisiert das Problem zutreffend in dem Prozessschritt Patientenidentifikation.</p> <p>Im berichteten Fall wurde der Fehler durch die Inkongruenz zu Vorbefunden identifiziert. In Fällen ohne Vorbefunde ist die Möglichkeit der Aufdeckung gering und die Wahrscheinlichkeit falscher klinischer Entscheidungen und Maßnahmen steigt um ein Vielfaches.</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 des Auftrages für den richtigen Patienten 2. Auszeichnung der Probenröhrchen mit den Aufklebern des Auftrages. Eine nachträgliche Kennzeichnung ist eine Quelle von möglichen Fehlern. 3. Sichere Patientenidentifikation geht immer von offenen Fragen an Patientin/Patienten aus und nutzt mehr als ein Identifikationsmerkmal, sondern immer die Kombination aus aktiver Ansprache und Patientenarmband und Patientenakte.

<p>[1] APS e.V., ed. Handlungsempfehlungen zur sicheren Patientenidentifikation. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/08/08-03-03_PID_Empfehlung_final_0.pdf. Accessed November 19, 2022.</p>	<p>Robuste Abläufe bleiben auch dann sicher, wenn ein Einzelschritt nicht fehlerfrei durchgeführt wurde [1].</p> <p>4. Sicherer Probentransport ins Labor</p> <p>Für eine sichere Patientenidentifikation reicht die Frage nach dem Geburtsdatum jedoch nicht aus. Für eine sichere Patientenidentifikation ist der Abgleich mehrerer Informationsquellen auf Kongruenz erforderlich. Die eindeutige Identifikation eines unbekanntem Patienten ist ein zunächst aufwendiger Schritt. Fehlerverfahren aufgrund inkongruenter oder falscher Untersuchungsergebnisse gefährden PatientInnen und sind um ein Vielfaches aufwendiger.</p> <p>Die Meldung lässt vermuten, dass der berichtete Fehler als Defizit eines Einzelnen wahrgenommen wird. Die Erfahrung zeigt uns, dass „unsichere Praktiken“ jedoch häufig sind. Die Organisation profitiert am meisten, wenn der Fehler nicht reaktiv sondern als Hinweis auf vorhandene Optimierungspotentiale wahrgenommen wird.</p>
<p>Prozesseilschritt*</p>	<p>1 - Fehler bei der Probenabnahme, 15 - Fehler bei Patientenidentifikation</p>
<p>Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt</p>	<p>EK</p>
<p>Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?</p>	<p>n.A.</p>
<p>Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)</p>	<p>Station</p>
<p>Wesentliche Begleitumstände (Unzeit (Bereitschaftsdienst/ Wochenende), Aushilfskraft, Ausbildung, Routine, Notfall, ASA)</p>	<p>ASA3, Wochenend- od. Feiertagsdienst</p>
<p>Liegt hier ein Kommunikationsfehler vor? (A - zwischen Personen; B - Gerätetechnik; C - Personen mit Gerät v.v.; D - nein; Keine Angaben)</p>	<p>k.A.</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/nein</p>
<p>Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)</p>	<p>Nein/evtl.</p>
<p>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	<p><u>Eine neue Probengewinnung ist der richtige Weg, um Folgefehler zu verhindern.</u></p>

Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**	3/5
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>[2] 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):125-130. doi:10.1016/j.transci.2006.06.001.</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/Verfahrensweisung – gesamtes Personal: Korrekte Identitätssicherung 2. SOP/Verfahrensweisung – gesamtes medizinisches Personal: Korrekte und fehlerfreie Blutabnahme, Probengewinnung, Vorbereitung der Transfusion 3. Schulung – gesamtes medizinisches Personal: Sichere Patientenidentifikation 4. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RFID-gestützte Systeme zu Patienten-, Produkt- und Probenidentifikation 2. Blutentnahmeröhrchen mit eindeutiger Nummerierung 3. 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 Cairas auf dem aktuellsten Stand zur Anwendung gebracht werden [2]

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		

*** 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

Fehlerregisterformular IAKH 2022 vs.1.0

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 |