

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	Labor zur Kreuzblut und Blutgruppenbestimmung für eine OP-Vorbereitung ins falsche Labor gesendet
Fall-ID	CM-241175-2022
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	<p>Das Labor zur Kreuzblut und Blutgruppenbestimmung für eine OP-Vorbereitung wurde ins falsche Labor gesendet.</p> <p>Ergebnis war, dass durch das späte Bemerkten und das schlechte Management des Materialtransports, welcher nicht mehr fahren konnte, ein Taxi gerufen werden musste. Viele Telefonate wurden geführt, das Labor musste länger arbeiten, unnötige Kosten sind entstanden, Operationen wurden gefährdet.</p> <p>Gründe für das Ereignis liegen darin, dass Labor, Kreuzblut und Blutgruppenbestimmung in der gleichen Tüte transportiert werden - neue Kollegen, Praktikanten, Schüler, sind nicht versiert genug darauf zu achten, bzw. wurden nicht richtig eingearbeitet dies bezüglich.</p> <p>Mit neuen Labortüten für das Labor, einem neuen Platz für die Laborkiste, Aufklärung der Mitarbeiter über Folgen, sowie dem Mitteilen des Standortes der Laborkisten könnte das Problem behoben werden.</p> <p>Faktoren, die zum Ereignis beigetragen haben, sind Kommunikation, Organisation und technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit, etc.)</p> <p>Das Problem tritt täglich auf.</p>
Problem	Das immunhämatologische Labor ist in kleineren Häusern oftmals nach extern verlagert, während das Routinelabor für Chemie, Blutbild und Gerinnung noch weitgehend erhalten geblieben ist. In diesen Häusern muss eine transparente und jedem bekannte Trennung der Probenmaterialien etabliert werden, sonst kommt es zu Verzögerungen der Diagnostik und Therapie. Im Fall von den vorbereitenden Tests für die Bluttransfusion kann es auch zu lebensbedrohlichen Verzögerungen kommen.

<p>[1] SHOT-Report 2021 https://www.shotuk.org/shot-reports/report-summary-and-supplement-2021/</p> <p>[2] Richtlinie Hämotherapie 2017: <i>„Transport und Abgabe von Blutprodukten dürfen nur nach einem im Rahmen des Qualitätssicherungssystems (QS-Systems) schriftlich festgelegten Verfahren erfolgen“</i></p> <p>Kap 6.4.1.2: <i>„Die organisatorischen Abläufe und die Verantwortlichkeiten für die Lagerung, den Transport und die Gabe von Blutprodukten einschließlich deren Anforderung durch den zuständigen Arzt sind zu beschreiben und in einem Organigramm darzustellen. Die Einhaltung der Anweisungen (z. B. Temperatur der Lagerhaltung, Transportzeiten, Handhabung der Blutprodukte durch das Pflegepersonal bei der Transfusionsvorbereitung) ist regelmäßig zu kontrollieren. Diese Kontrollen sind zu dokumentieren.“</i></p>	<p>Verzögerungen in der Prozesskette sind vermeidbar, aber dennoch unter den häufigsten Fehlern bei der Anwendung der Blutprodukte (siehe SHOT-Report 2021 [1]).</p> <p>In den meisten Häusern wird die Trennung von eigenen und externen Analyten durch das Laborpersonal gemacht, da diese am besten über die Versandbedingungen und die Adressaten Bescheid wissen, zudem die Prozesse des Pflegearbeitsplatzes auf Station mit weniger Routinearbeiten nicht zusätzlich kompliziert werden.</p> <p>Ist aber auch das Routinelabor in kleinen Häusern ausgesourct, muss der Transport der Proben von der Station bzw. den Funktionsbereichen organisiert werden. Der innerhäusliche Transport und die Vorbereitung für den Probenversand sollte von fachkundigem Personal nach einem schriftlich festgelegten Modus (Richtlinie Hämotherapie Kap. 6.4.1.2 [2] erledigt werden. Schüler und Praktikanten können unter Supervision eingebunden werden, was aber in dieser Einrichtung nicht organisiert ist.</p> <p>Da dieser Vorfall täglich auftritt, ist die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers mit Patientenschadens erhöht. Die ökonomischen und medizinischen Risiken des Fehlers sind deshalb hoch.</p>
Prozesssteilschritt*	5 - Transport
Betroffenes Blut-/ Gerinnungsprodukt	EK
Stimmt die Indikationsstellung gemäß Richtlinien/ Querschnittsleitlinien?	k.A.
Ort des Fehlers (OP, Intensiv, Notaufnahme, Labor etc., auch Mehrfachnennung)	k.A.
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
Hat/ Hätte der Bedside-Test den Fehler verhindert bzw. aufgedeckt? (ja, nein, evtl.)	Nein/Nein
Hat/ Hätte der Bedside-Test eine Verwechslung verhindert? (ja, nein, evtl.)	Nein/Evtl.

<p>Was war besonders gut? (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u></p>	
<p>Risiko der Wiederholung/ Wahrscheinlichkeit**</p>	<p>5/5</p>
<p>Potentielle Gefährdung/ Schweregrad**</p>	<p>5/5</p>
<p>Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung/ Erstellung/ Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)</p>	<p>Prozessqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SOP/VA – Pflege: Abnahme, Etikettierung und Transport von Laborproben unter Beachtung auch des Ziellabors 2. Fortbildung – alle Mitarbeiter: „Verzögerung mit Todesfolge“: Zeitkritische Therapie und ihre Bedeutung, zum Beispiel in der Hämotherapie, anhand des aktuellen SHOT-Reports 3. Meldung an die Transfusionskommission <p>Strukturqualität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PDL, GF, ÄD, Laborleitung: Regelung des Probenversands nach Extern über das Labor 2. Laborleitung, Logistik, Materialbeschaffung: Anschaffung spezieller Transportbehältnisse für Transporte nach extern 3. Stationsleitungen, PDL, Laborleitung: Einrichtung von getrennten Wegen und Plätzen auch auf Station für Blutproben 4. PDL, GF, ÄD, Laborleitung: Erwägen eines Hol- und Bringdienstes, Transportdienstes auch für außerhäusliche Wege zu externen Laboren, unter Berücksichtigung der fachlichen Unterweisung zum Transport von Blutproben

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
ÄD	Ärztliche/r Direktor/in	PDL	Pflegedienstleitung
AHT	Arterielle Hypertonie	QBH	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	SOP	Standard Operating Procedure
3GE	3-Gefäßerkrankung	TB	Transfusionsbeauftragter
EK	Erythrozytenkonzentrat	TEP	Totalendoprothese
FFP	Gefrierplasma	TFG	Transfusionsgesetz
GF	Geschäftsführer/in	TK	Thrombozytenkonzentrat
Hb	Hämoglobinkonzentration im Serum	TV	Transfusionsverantwortlicher
Hkt	Hämatokrit	VA	Verfahrensanleitung
ICU	Intensivstation	VHFL	Vorhofflimmern
KHK	Koronare Herzkrankheit		
M&M	Konferenz zu Morbidität und Mortalität		

Fehlerregisterformular IAKH 2020 vs.1.1

*** 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 |