



Meldeauswertung des IAKH-Fehlerregisters

in Zusammenarbeit mit der DIVI und dem CIRSmedical Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Meldung über



IAKH Fehlerregister



CIRSmedical

Anästhesiologie von BDA/DGAI und ÄZQ

Thema/Titel	Abnahme von Kreuzblut beim falschen Pat. oder Probe falsch beschriftet
Fall-ID	11-2010-t5a4
Fallbeschreibung (wie sinngemäß gemeldet)	Fehlabbahme eines korrekt etikettierten Röhrchens bei falscher Patientin (Identitätsverwechslung) fehlende Identitätsicherung bei Abnahme Information des Personals Schulung/Unterweisung über korrekte Blutentnahme
Problem	Unmittelbar vor der Blutentnahme fehlte der Identitätsabgleich zwischen. Probe und Patienten bei dem Blut abgenommen wird. Die Identifikation von sedierten Patienten auf Intensivstation ist erschwert. Es war im Bereitschaftsdienst mit einem möglicherweise unbekannter Pat
Prozesseilschritt**	Fehler bei der Probenabnahme
Wesentliche Begleitumstände	Im Bereitschaftsdienst
Was war besonders gut (wie gemeldet in „“, zusätzlich der <u>Kommissionskommentar</u>	<u>Wurde wahrscheinlich durch den Datenabgleich mit einer ABD Kontrolle der aktuellen Probe entdeckt, zumindest eine ABO Verwechslung erscheint abgesichert</u>
*Risiko der Wiederholung/Wahrscheinlichkeit	4 von 5
*Potentielle Gefährdung/Schweregrad	5 von 5
Empfehlung zur Vermeidung (hilfreich könnten sein: Veränderung der Prozess- und Strukturqualität mittels Einführung /Erstellung /Beachtung der vorgeschlagenen Maßnahmen)	Die ergriffenen Maßnahmen mit Information des Personals und Schulung/Unterweisung über korrekte Blutentnahme sind sicher die Standard Antwort auf alle Probleme und doch nur wenig effektiv da rasch vergessen. Wir empfehlen zusätzlich eine Prozessqualität: Neben den o.g. Strukturänderungen, die sich auch auf den Prozess auswirken empfehlen wir bei einer entdeckten Verwechslung nach einem 2. Patienten zu fahnden. Im Rahmen einer Abnahme bei mehreren Patienten kann es ja eine Kreuzverwechslung gegeben haben und 2 beinahe Katastrophen wären schlimm! Weiter sollte die Identitätssicherung beschrieben sein, insbesondere für sedierte, beatmete, kritisch kranke oder demente Patienten inklusive der Probleme und ihrer Lösung z.B. bei einem Patientenarmband, das ja verloren

	<p>werden kann.. Bei „normalen“ Patienten sollte nach Ansprache mit dem Namen von diesen das Geburtsdatum aktiv genannt werden, da dies einfach zu prüfen ist.</p> <p>Strukturqualität: Als Maximallösung, die mit Ausbau der IT Ausrüstung in den nächsten Jahren die Sicherheit erhöhen kann, empfehlen wir eine elektronische Proben Zuordnung am Patienten Bett. Bei dieser kann z.B. ein Barcode am Patienten Armband mit dem Identitätsbarcode der entnommenen Röhrrchen elektronisch zugeordnet werden. Dies sollte dann auch die Laborchemie einschließen, bei der eine Probenverwechslung ebenfalls lebensbedrohlich sein kann.</p> <p>Als Minimal Variante empfehlen wir, auf dem Anforderungsformular, neben der Unterschrift des Arztes, der für die Indikation und Anamnese geradesteht, eine Unterschrift der Abnehmenden Person aufzunehmen (delegierbare Aufgabe). Diese kann so bei einer Verwechslung identifiziert werden, was die Motivation zur sorgfältigen Arbeit erhöht. Eine Nachschulung bei Auffälligkeiten ist gezielt ermöglicht und auch Sanktionen, soweit als Sinnvoll erachtet, abgesichert. Die Probenverwechslung muss ein Kunstfehler werden wie der unterlassenen Bed Side Test.</p>
--	---

***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 max. 1/10 000	2/5	geringe Schädigung/wenig vorübergehende Beeinträchtigung
3/5	mittel häufig max. 1/1000	3/5	mäßige bis mittlere akute gesundheitliche 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

****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
15. -Fehler bei der Patientenidentifikation