



### Inleiding

Bijna ongeluk meldingen aan TRIP: circa 50% gaat over fouten die zijn ontdekt door discrepanties in de uitslagen van bloedgroepbepalingen.

In dit project zijn met name voorvallen onderzocht waarbij de ABO bloedgroep die voor een patiënt is bepaald onverwacht niet overeenkomt met de eerdere bepaling(en) voor deze patiënt.

Aan de ziekenhuizen is gevraagd om in 2019 en 2020 gevallen van bloedgroepdiscrepantie te registreren, zoveel mogelijk te analyseren en te melden aan TRIP om inzicht te krijgen in omstandigheden die hierbij meespelen en om risicovolle situaties landelijk in kaart te brengen.

### Methode

Gekeken is naar het moment waarop de fout is gemaakt en of is achterhaald waarbij het mis ging. Er worden 3 subgroepen gehanteerd:

- Discrepantie met definitieve bloedgroep.
- Discrepantie tussen 1e en 2e bloedgroepbepaling voor "nieuwe" patiënt.
- Discrepantie door een bijzonderheid die ten onrechte niet bekend is op het lab.

Daarnaast is aan enkele hemovigilantie professionals die diverse goed geanalyseerde casus hebben ingediend gevraagd toelichting te geven.

### Casus 1

Er is een aanvraag voor bloedgroepbepaling van patiënt X gedaan door de SEH. De bloedgroep wordt bepaald en is gelijk aan de historisch bekende bloedgroep van X (Apos). Op een later moment ontvangt het KCL nogmaals een buis en T&S aanvraag voor X. Tegelijk met de buizen en order voor bloedonderzoek, inclusief bloedgroepbepaling voor een andere patiënt op de SEH, patiënt Y. Ditmaal wordt voor patiënt X bloedgroep Opos bepaald.

#### Hoe kon dit gebeuren?

Patiënt X moet naar de OK, daarop is door verpleegkundige 1 (vpk 1) een order geplaatst voor T&S. Dit wordt doorgegeven aan vpk 2, waarop deze aangeeft dat hierover met het KCL overlegd is en dat een tweede afname van X niet nodig is. De order is echter al geplaatst en daarbij is automatisch een etiket voor X geprint. Voor de andere (isolatie) patiënt Y heeft vpk 3 de order geplaatst en afgenomen. Na de afname worden deze buizen zonder etiket aan vpk 4 gegeven. Vpk 4 haalt de etiketten van de printer en plakt ze op de buizen van Y, daarbij is niet opgemerkt dat er ook een etiket van X van de printer is gepakt.

#### Onderliggende factoren?

Orders die in het EPD geplaatst zijn maar niet worden geprikt, worden in het LIS niet geactiveerd. Deze 'spookaanvragen' blijven op de achtergrond in het systeem echter wel bestaan. Omdat het etiket voor T&S van X abusievelijk op een buis van Y is geplakt wordt de aanvraag voor X toch uitgevoerd.

### Casus 2

Op de afdelingspoli is bloed voor een 12e weeks screening afgenomen bij mevrouw A.X. De aanvraag is ingevoerd op naam van een andere vrouw met dezelfde achternaam en geboortedatum, maar een andere voorletter: B.X. Bij de bloedgroep bepaling wordt een discrepantie met de op het lab bekende bloedgroep van B.X aangetoond.

#### Hoe kon dit gebeuren?

Enkele maanden eerder is de instelling overgegaan op een nieuw laboratorium informatiesysteem (LIS). A.X is wel al ingeschreven in het oude systeem maar de gegevens van deze patiënt moesten nog actief zichtbaar worden gemaakt in het nieuwe LIS met een zogenaamde "query" knop. B.X was wel al aangemeld in het nieuwe LIS, waardoor op dat moment in het LIS alleen maar de gegevens van B.X werden getoond. Er is bij invoer van de aanvraag onvoldoende geverifieerd of de gegevens (B.X) de juiste persoon betreffen (A.X).

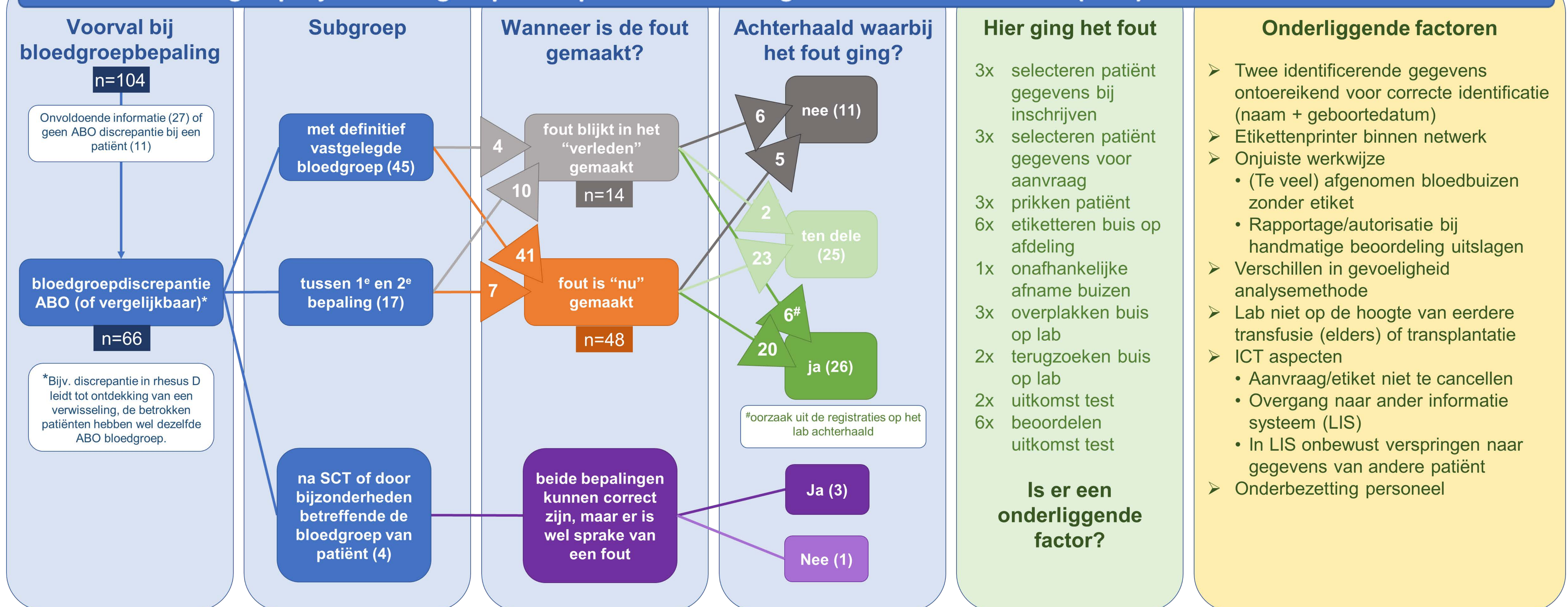
#### Onderliggende factoren?

De overgang van het ene naar het andere informatiesysteem maakte een extra handeling voor nog niet in het nieuwe systeem aangemelde patiënten noodzakelijk. Check van alleen achternaam en geboortedatum bracht in deze casus niet aan het licht dat deze patiënt nog aangemeld moest worden.

Voor meer casuïstiek



## Bevindingen project bloedgroepdiscrepantie uit meldingen van 25 ziekenhuizen (30%) aan TRIP in 2019 en 2020



### Bloedgroepdiscrepanties binnen ziekenhuis 1

Binnen ons ziekenhuis is er een helder en inzichtelijk registratiesysteem voor het melden van incidenten waaronder bloedgroepdiscrepanties. De meldingen komen rechtstreeks bij de hemovigilantiemedewerker terecht waarna deze worden gebundeld. Indien meldingen verschillende malen voorkomen worden er acties ingezet.

Uit de analyses bleek dat de bloedgroepdiscrepanties voornamelijk vanuit zelf prikkende afdelingen kwamen. Hierbij is het van belang te achterhalen wat de werkwijze is en waardoor de bloedgroepdiscrepanties ontstaan. Het bleek dat op de afdelingen soms een onjuiste volgorde werd gehanteerd rondom het aanvragen van een bloedgroep, de afname en patiëntidentificatie. Door veranderingen aan te brengen in het proces kunnen deze incidenten worden voorkomen.

Er zijn posters geplaatst, terugkoppelingen geweest en klinische lessen gegeven. De werkwijze is aangepast, men doorloopt nu andere stappen. Al met al veel werk maar het levert uiteindelijk resultaat op. De patiëntveiligheid is verbeterd!

### Bloedgroepdiscrepanties binnen ziekenhuis 2

Indien er een bloedgroepdiscrepantie wordt waargenomen in ons laboratoriumsysteem wordt er een automatische melding gemaakt naar de hemovigilantiemedewerker. Iedere melding wordt geanalyseerd.

Het bleek dat er meerdere meldingen waren bij afnames die plaatsvonden op dezelfde zelf prikkende afdeling. Als de bloedgroep onbekend is bij een patiënt, moeten er twee onafhankelijke afnames (volgens de 3 x W) gedaan worden. De afdeling had hier een trucje voor. Er werden twee buizen tegelijk afgenomen, één buis werd opgestuurd voor bloedgroepanalyse en de andere buis werd zonder etiket achter gelaten op de kamer van de patiënt. Het kwam soms voor dat patiënt X naar huis ging, terwijl het tweede monster nog op de kamer lag. Vervolgens werd de kamer opnieuw gebruikt voor patiënt Y. Als er dan bloedgroepbepaling nodig was voor patiënt Y werd de buis van X die nog op de kamer lag opgestuurd met de gegevens van Y

Na scholing en bewustwording is het probleem verholpen.

## Conclusies

- Correcte identificatie en verificatie van gegevens blijven cruciale handelingen om fouten te vermijden of te detecteren
- Een actief beleid ten aanzien van analyseren van gevallen van ABO bloedgroepdiscrepantie is niet in alle Nederlandse ziekenhuizen onderdeel van de hemovigilantie.
- In 44% van de geanalyseerde casus is achterhaald bij welke handeling het mis ging.
- Achterhalen van de aanleiding kan risicovolle situaties aantonen.
- In een beperkt aantal gevallen is een onderliggende factor achterhaald die voor meerdere dan alleen de eigen instelling van belang kan zijn

