

## Etiketteren buis op afdeling

### etiket van andere patiënt uit printer gepakt (na gecancelde aanvraag achtergebleven), ICT aspecten, onjuiste werkwijze

#### Voorbeeld 1

Om 4:33 uur ontvangt het KCHL van de afdeling verloskunde twee buizen voor bloedgroep bepaling één van patiënt X en één van patiënt Y. Uit beide buizen wordt bloedgroep AB pos bepaald. Van X is er 1x eerder een bloedgroep gedaan, maar toen is O pos bepaald. Ook van patiënt Y is al 1x eerder de bloedgroep bepaald, die is AB pos. De buis met het etiket van patiënt X levert een discrepantie op met de eerste bloedgroep voor X. Ongeveer 10 minuten later krijgt het KCHL nog een aanvraag en een buis voor bloedgroep bepaling van X, hiervan is de bloedgroep wel O pos, conform de eerste bepaling.

#### Hoe kon dit gebeuren?

De buis van X is opgestuurd samen met een buis van een andere bevallende patiënt Y. Bij navraag blijkt dat er bij X maar één keer om 4:43 uur bloed geprikt is, de afname van 4:33 uur is niet van haar geweest. Wel was er al een aanvraag gedaan, maar X werd toen nog niet geprikt (geannuleerd). Het is aannemelijk dat het etiket, dat bij die aanvraag automatisch uit de printer kwam, niet is weggegooid. Vermoedelijk is in strijd met het protocol voor bloedgroepbepaling, bij Y een extra buis afgenomen om 4:33 uur en is per abuis het etiket van de geannuleerde aanvraag voor X daarop geplakt. Doordat het KCHL nu wel een buis met het etiket van patiënt X erop kreeg, is de “spookaanvraag” voor X toch uitgevoerd. Om 6:15 uur is er nogmaals bloed van X voor een bloedgroep ingestuurd en kon bloedgroep O pos worden bevestigd.

#### Onderliggende factoren?

Als er een aanvraag wordt gedaan in het ZIS door een afdeling waar men zelf bloed afneemt, dan worden de lab etiketten automatisch via een etikettenprinter op de afdeling geprint. Hiermee is er binnen het LIS direct al een activatie van de order. De order blijft in het LIS aanwezig totdat die wordt uitgevoerd of tot het KCHL een (geannuleerde) order verwijderd. De aanvrager kan zelf binnen het ZIS niets meer annuleren, hiervoor zal contact met het KCHL opgenomen moeten worden.

#### Voorbeeld 2

Patiënt X ligt op de SEH en moet geopereerd worden. Er wordt bloed afgenomen voor bloedgroepbepaling, de eerste bepaling geeft als uitslag A pos. De bloedgroep van de patiënt is nog niet eerder bepaald in dit ziekenhuis, dus het KCHL vraagt om een 2e buis bloed voor bloedgroepbepaling: O pos. De bloedgroepen van de 1e en de 2e bepaling voor X komen niet overeen. Hierna is van X nog een buis ontvangen die was voorzien van een ander type etiket met naam, geboortedatum en adres. Hieruit is ook de bloedgroep bepaald en deze kwam wel overeen met de bloedgroep uit de eerste buis: A pos. Bij een volgende bepaling voor X is nogmaals A pos vastgesteld.

#### Hoe kon dit gebeuren?

Er is een 2e bloedgroepbepaling voor X aangevraagd door de SEH maar het etiket voor de buis kwam niet uit de printer. De verpleegkundige heeft daarom een ander type etiket met de gegevens van X gebruikt om op de buis van X te plakken. Voor patiënt Y, een andere patiënt op de SEH, is in diezelfde periode ook bloedonderzoek (maar geen bloedgroepbepaling) aangevraagd. De etiketten voor Y (3 stuks) zijn automatisch geprint en

het etiket voor X was er ook uit. De serie van 4 etiketten is geplakt op de buizen van Y. Voor de aangevraagde bepalingen van Y moesten 3 buizen worden geprikt, maar er zijn in dit geval 4 buizen bij Y afgenomen. Er is een extra buis geprikt, die voor bloedgroepbepaling gebruikt kan worden. Extra buizen worden zo af en toe afgenomen door de SEH voor het geval er nabepalingen komen. Er is onvoldoende geverifieerd of op alle etiketten de gegevens van patiënt Y staan.

#### **Onderliggende factoren?**

Er zit altijd enige tijd tussen aanvragen en printen. Uit de printer kwam nu een rijtje van 4 etiketten voor 2 patiënten. Elk etiket hoort bij een specifieke buis met gekleurde dop. Van patiënt Y is in dit geval een extra buis geprikt, was dat niet gebeurd dan zou op moeten vallen dat er een etiket meer bij de printer is dan nodig voor de buizen van Y.

### **etiket van andere patiënt uit printer gepakt (door andere vpk ongeveer tegelijkertijd geprint), printer opgenomen in netwerk**

#### **Voorbeeld 3**

Het klinisch chemisch hematologisch laboratorium (KCHL) ontvangt een aanvraagformulier met buizen voor patiënt X (A pos) van de afdeling eerste hulp (EHL). Na bepalen van de bloedgroep is er een discrepantie met de vorige uitslag: nu O pos. Bij navragen blijkt dat X niet op de EHL is geweest, maar wel op de huisartsenpost (HAP). Van X hoefde ook geen bloedonderzoek gedaan te worden.

#### **Hoe is de fout ontstaan?**

De etikettenprinter op de HAP is defect daarom gebruikt de verpleegkundige van de HAP (vpk 1) even een etikettenprinter van de EHL om een patiëntensticker voor X uit te printen. Ongeveer op hetzelfde moment heeft op de EHL een andere verpleegkundige (vpk 2) eveneens een patiëntensticker nodig, in dit geval voor de aanvraag van bloedonderzoek voor patiënt Y. De sticker van X is uit de printer gepakt en door vpk 2 op het formulier voor Y geplakt. Het is in dit ziekenhuis gebruikelijk om het aanvraagformulier te voorzien van een patiëntensticker en er tevens een gekleurd etiket met een nummer op te plakken, de bijbehorende bloedbuizen worden voorzien van eenzelfde kleur etiket met identiek nummer. Formulier en buizen gaan bij elkaar in een sealbag en worden naar het KCHL verstuurd. Er is geen goede "bedside" verificatie van de gegevens op de sticker met de gegevens van de te prikken patiënt uitgevoerd. Het is bij TRIP niet duidelijk geworden hoe het verloop voor patiënt Y verder is geweest.

#### **Onderliggende factoren?**

In dit ziekenhuis zijn deze printers op het netwerk aangesloten, vanaf iedere ziekenhuiscomputer kunnen printopdrachten op afstand gegeven worden. Het is wel zo dat er in principe voorkeursprinters staan ingesteld.

#### **Voorbeeld 4**

Het KCL heeft een aanvraag voor bloedgroepbepaling van patiënt X (A pos) ontvangen van de spoed eisende hulp (SEH). De bloedgroep wordt A pos bepaald en stemt daarmee overeen met de historisch bekende bloedgroep van X. Voor een andere patiënt op de SEH, patiënt Y, is op een later moment eveneens bloedonderzoek, inclusief bloedgroepbepaling aangevraagd. De buizen van Y zijn opgestuurd naar het KCL. Daarnaast krijgt het KCL nogmaals een buis en T&S aanvraag voor X van de SEH, maar ditmaal wordt O pos bepaald.

#### **Hoe kon dit gebeuren?**

Patiënt X moet naar de OK, daarop is door vpk 1 weer 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 de etiketten zijn daarbij automatisch geprint. Vpk 3 heeft de order voor patiënt Y geplaatst en bloed afgenomen. In verband met isolatiemaatregelen zijn de etiketten van Y niet van de printer gepakt door vpk 3, na afname worden de buizen zonder etiket aan vpk 4 gegeven. Vpk 4 haalt de etiketten van de printer en plakt deze op de buizen van Y, daarbij is niet opgemerkt dat er ook een etiket van X van de printer is gepakt. Er is onvoldoende geverifieerd of op alle etiketten de gegevens van patiënt Y staan

### **Onderliggende factoren?**

Orders, die in het EPD geplaatst zijn door afdelingen die zelf prikken en automatisch een lab etiket krijgen via een etikettenprinter, kunnen alleen door het KCL worden geannuleerd. Hiervoor zal de aanvrager contact met KCHL op moeten nemen. Als de patiënt voor wie het onderzoek is aangevraagd zonder overleg met het KCHL toch niet wordt geprikt, dan zal het KCHL dit op gegeven moment merken doordat men wel een buis verwacht maar niet ontvangen heeft. Zulke “spookaanvragen” blijven op de achtergrond in het systeem echter wel enige tijd bestaan. Omdat in dit geval het etiket voor T&S van X abusievelijk op een buis van Y is geplakt wordt toch de aanvraag voor T&S voor X uitgevoerd.

## **etiketten van 2 patiënten tegelijk meegenomen en beiden gaan prikken, onjuiste werkwijze**

### **Voorbeeld 5**

Voor twee patiënten is T&S aangevraagd i.v.m. een spoed-OK. Van beide patiënten is de bloedgroep bekend op het KCHL. Bepaling van de controle bloedgroep geeft voor allebei een discrepantie met de historisch bekende bloedgroep. Herhaling van de bepalingen uit nieuwe afnames geeft wel het verwachte resultaat.

### **Hoe kon dit gebeuren?**

De etiketten voor de buizen van beide patiënten zijn tegelijk meegenomen naar de kamer van patiënt X en zijn verwisseld bij het opplakken. Door goede “bedside” verificatie had de fout opgemerkt moeten worden, maar dat was niet het geval. Ook bij afname van de buis bij patiënt Y is niet ontdekt dat de gegevens op het etiket niet van deze patiënt Y zijn. Er is niet te traceren wie de bloedafname heeft gedaan. De spoed OK is vertraagd en er is op de OK opnieuw bloed geprikt van beide patiënten.

## **prikken patiënt**

### **onduidelijke prikopdracht, onjuiste werkwijze**

### **voorbeeld 6**

Wegens een geplande operatie moet patiënt X (B pos) geprikt worden voor bloedgroep controle. De bloedgroep wordt nu als O neg bepaald. De bloedgroep is opnieuw bepaald uit een nieuwe afname van X en levert dan B pos als uitslag op. Geen vertraging voor patiënt, op tijd naar OK.

### **Hoe kon dit gebeuren?**

Tijdens de 8:00 uur prikronde komt het verzoek om deze patiënt extra af te nemen. Op het aanvraagformulier staat een kamernummer en de verpleging bevestigt dat patiënt X daar

ligt. Op de genoemde kamer blijkt echter een andere patiënt te liggen. De analist heeft niet zelf de identificatie gedaan.

#### **voorbeeld 7**

Het KCL krijgt een aanvraag voor 1 EC en een buis bloed voor T&S van patiënt X (B pos). Bij het bepalen van dit materiaal is er een discrepantie met de historische bloedgroep van X: nu is de uitslag O pos i.p.v. B pos. Bij navragen door het KCL blijkt dat niet X maar een andere patiënt is geprikt.

#### **Hoe kon dit gebeuren?**

Het was druk, er waren twee nieuwe opnames tegelijk patiënt X en patiënt Y. Een verpleegkundige (vpk) kreeg de opdracht dat er nog een bloedgroep geprikt moest worden bij de nieuwe opname. Deze vpk dacht dat er maar één nieuwe opname was en heeft (de verkeerde) patiënt Y geprikt i.p.v. patiënt X. Er is geen correcte “bedside” identificatie gedaan. Patiënt Y hoefde niet geprikt te worden.

### **onafhankelijke afname buizen**

#### **buis voor 2<sup>e</sup> bloedgroepbepaling tegelijk met 1<sup>e</sup> buis voor T&S afgenomen en daarna achtergebleven op patiëntenkamer**

#### **Voorbeeld 8**

Mevrouw X, een jonge vrouw die gaat bevallen, moet misschien een sectio ondergaan. Het KCL ontvangt daarom van de afdeling verloskunde voor patiënt X een aanvraag voor Hb bepaling en T&S samen met een buis bloed van X. Patiënt X is in het LIS al bekend met O pos. Nu wordt echter A pos bepaald, er is een discrepantie met de historische bloedgroep. De bloedgroep is hierna opnieuw bepaald uit een nieuwe afname en is dan weer O pos.

Hoe kon dit gebeuren?

Het was heel druk met bevallingen. Van patiënt Y, die voor mevrouw X op dezelfde kamer had gelegen, was ook bloed voor T&S afgenomen. Hierbij werd, in strijd met het protocol, een extra buis afgenomen voor een eventuele tweede bloedgroep bepaling. Deze gevulde buis lag nog op de kamer toen patiënt X moest worden geprikt. Het etiket van de aanvraag voor X is op de buis met bloed van Y geplakt.

### **overplakken buis op lab**

#### **Voorbeeld 9**

Een verpleegafdeling heeft een buis bloed met een sticker uit het ziekenhuis informatiesysteem (ZIS) van mevrouw X (O pos) in bewaring gegeven bij het KCL. Zo nodig moet hieruit Hb en bloedgroep van X bepaald worden. De afdeling belt later dat het onderzoek inderdaad uitgevoerd moet worden en dat ze de aanvraag invoeren. Direct daarna komen er LIS stickers uit de etikettenprinter op het KCL die afkomstig zijn van dezelfde verpleegafdeling. De analist, die het telefoontje heeft aangenomen, moet op dat moment ook patiënten gaan prikken. Snel wordt de buis van X gepakt en overgeplakt met de LIS sticker die net uit de printer is gekomen. Maar die sticker is van patiënt Y, eveneens een jonge vrouw en met dezelfde geboortemaand als X. De bloedgroep wordt bepaald (O pos) en geeft een discrepantie met de bloedgroep van patiënt Y (O neg) die bekend is in het LIS. De analist van de bloedgroepafdeling controleert naam en geboortedatum van beide etiketten

op de buis en ziet dat deze niet met elkaar overeen komen. De bepaling voor patiënt X wordt alsnog uitgevoerd en patiënt Y wordt geprikt.

#### **Hoe kon dit gebeuren?**

Bij digitale aanvragen voor onderzoek bij het KCL worden de benodigde LIS stickers voor de bloedbuizen geprint door het KCL. Alleen bij cito-aanvragen worden LIS stickers direct bij aanvraag door de afdeling gegenereerd op een speciale etikettenprinter op het KCL. Bloedbuizen voor Hb en bloedgroep mogen, bijv. bij inbrengen van een infuus, alvast worden afgenomen, voorzien van een ZIS sticker en in bewaring worden gegeven bij het KCL. Als dit onderzoek later uitgevoerd moet worden dan wordt er door het KCL een LIS sticker toegevoegd. Zowel bij cito-aanvragen als bij “uit bewaring halen” moet hierover telefonisch contact worden opgenomen met het KCL. In deze casus is ongeveer op hetzelfde moment voor de ene patiënt een nog niet telefonisch aangekondigde cito-aanvraag gedaan en voor de andere patiënt gebeld over uitvoeren van het onderzoek van een buis “in bewaring”. De analist heeft toen abusievelijk gedacht dat de stickers die uit de printer zijn gekomen horen bij de patiënt waarover het telefoontje ging en heeft onvoldoende geverifieerd of de gegevens van het ZIS en het LIS etiket met elkaar overeenstemmen.

#### **Onderliggende factoren?**

Door ziekte is er sprake van onderbezetting op het KCL waardoor de analist die voor die dag is ingedeeld op de administratie extra taken moet uitvoeren.

#### **Voorbeeld 10**

Er is voor een 12e week screening bloed ingestuurd van 2 zwangeren, mevrouw X en mevrouw Y, afgenomen door de verloskundige. De aanvraag wordt op het KCL verwerkt, de etiketten worden op de buis geplakt en de bloedgroepen worden bepaald. Voor X is O pos en voor Y is A pos bepaald. De bloedgroep van X is 2x bekend in ons systeem, voor de ander is het de eerste bloedgroepbepaling. Door het LIS wordt ontdekt dat de bloedgroep van X niet overeenkomt met de twee vorige uitslagen voor X: 2x A pos. Daardoor wordt ook ontdekt dat bloedgroep van de andere patiënt niet juist is.

#### **Hoe kon dit gebeuren?**

Door de bloedgroepdiscrepantie kwam aan het licht dat na aankomst op het lab het LIS etiket van de één op de buis van de ander is geplakt en andersom.

#### **Voorbeeld 11**

Voor patiënt X (O pos) is T&S gedaan en daarbij is er een discrepantie met de bekende bloedgroep gevonden: A neg i.p.v. O pos. Na herhaling bleef de discrepantie en er is onder het barcode etiket van de buis gekeken naar de patiëntgegevens. Deze gegevens zijn niet van X maar van patiënt Y (A neg). Op het gemeten Hb (4.2) uit deze buis is actie ondernomen voor een transfusie van 2 EC's voor patiënt X. Dit Hb is echter bepaald uit het bloed van patiënt Y. Wanneer de analist op het laboratorium hier niet achter was gekomen had patiënt X (Hb= 7.2) onnodig een transfusie gekregen. Deze transfusie is gelukkig nog tijdig afgezegd. Voor patiënt Y is hierna nog een bepaling uit een nieuwe bloedafname gedaan, Hb= 3.8 en patiënt Y is getransfundeerd.

#### **Hoe kon dit gebeuren?**

In het lab worden buizen van buitenposten standaard van nieuwe barcode sticker voorzien en hierbij is verwisseling opgetreden.