

Overvåkning av blod i Norge 2014

Andre uønskede hendelser

Publikasjonens tittel: Overvåkning av blod i Norge 2014. Andre uønskede hendelser.

Utgitt: September 2016

Publikasjonsnummer: IS-2529

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester, Seksjon for meldeordninger
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Lenke til pdf: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/overvaking-av-blod-i-norge>

Forfattere: Øystein Flesland
Tine Torsvik Steinsvåg
Aurora Espinosa

INNHold

INNHold	4
INNLEDNING OG METODER	5
RESULTATER	6
DISKUSJON	9
EKSEMPLER	10
REFERANSER	12

INNLEDNING OG METODER

Hemovigilanssystemet mottar meldinger om blodgiverkomplikasjoner, transfusjonskomplikasjoner og andre uønskede hendelser.

Denne rapporten summerer opp meldinger om andre uønskede hendelser som har skjedd i 2014. Noen eksempler på meldinger finnes bakerst i rapporten.

For bakgrunn, metode, diskusjon og anbefalinger henvises det til rapporten Overvåkning av blod i Norge – Troll. Rapport fra de ti første meldeår 2004-13 (1).

RESULTATER

I 2014 mottok vi 96 meldinger om andre uønskede hendelser. Dette er omtrent samme antall som tidligere år. Meldinger fra de forskjellige helseregionene fremgår av tabell 1.

Tabell 1 Antall andre uønskede hendelser meldt per helseregion.

Helseregion	Antall meldinger
Helse Nord	24
Helse Midt	17
Helse Vest	11
Helse Sør-Øst	44
Sum	96

Tabell 2 viser i hvilken hovedprosess den uønskede hendelsen skjedde. Trettifem hendelser var relatert til blodgiverutvelgelse og disse inngår i hovedprosessen fullblodtapping. I 25 av disse 35 hendelsene var blodet transfundert.

Tabell 2 Antall hendelser per hovedprosess.

Hovedprosess	Antall meldinger	Prosent
Fullblodtapping	45	46,9
Aferesetapping	2	2,1
Testing av blodgiverblod	6	6,3
Behandling (komponentfremstilling)	3	3,1
Distribusjon	10	10,4
Prøvetaking	11	11,5
Annet	19	19,8
Sum	96	100,0

RESULTATER

Årsaken til hendelsen beskrives i tabell 3. Sekstifem hendelser er klassifisert som menneskelig feil. Tabell 5 viser hvordan årsak fordeler seg på hovedprosessene.

Tabell 3 **Årsak til hendelsen.**

Årsak	Antall	Prosent
En defekt i blodproduktet	0	0,0
En feil ved utstyret	4	4,2
Menneskelig feil	65	67,7
Annet	27	28,1
Sum	96	100,0

I tabell 4 er hendelsene klassifisert i henhold til en beskrivelse av hva hendelsen besto i. I tabellen vises hovedklassifiseringen uten underklassifisering.

Tabell 4 **Beskrivelse av hendelsen.**

Beskrivelse	Antall	Prosent
Smitte påvist ved testing	3	3,1
Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	16	16,7
Giveren fyller ikke kravet, men blir likevel tappet	15	15,6
Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	4	4,2
Utstyr	3	3,1
Analyser	5	5,2
Henting og transport	1	1,0
Merking feil	15	15,6
Annet	34	35,4
Sum	96	100,0

Tabell 5 viser årsak til hendelsen fordelt på hovedprosess. Hvert år sender hemovigilansgruppen disse tallene til EU. I tallene som sendes EU er hovedprosess prøvetaking ikke regnet som egen prosess men inkluderes i annet

Tabell 5 Data som er rapportert til EU.

Hovedprosess/årsak	En defekt i blodproduktet	En feil ved utstyret	Menneskelig feil	Annet	Sum
Fullblodtapping	0	2	28	15	45
Aferesetapping	0	0	1	1	2
Testing av blodgiverblod	0	1	4	1	6
Behandling (komponentfremstilling)	0	1	1	1	3
Distribusjon	0	0	9	1	10
Prøvetaking	0	0	11	0	11
Annet	0	0	11	8	19
Sum	0	4	65	27	96

DISKUSJON

Meldingene om andre uønskede hendelser i 2014 skiller seg ikke vesentlig fra hva som er meldt inn tidligere år. Vi opprettholder derfor anbefalingene som er gitt tidligere (1).

Femten meldinger gjelder feilmerking av blodprøveglass og blodposser. Feilmerking klassifiseres som menneskelig feil og skyldes nesten alltid at prosedyrer ikke er fulgt. Det er viktig at i de meldte hendelsene om feilmerking, har dette blitt oppdaget av kontrollrutinene. Det betyr at kontrollrutinene fungerer og at de ikke er overflødige.

Av totalt 96 meldinger gjelder 35 blodgiverutvelgelse. Mange meldere klassifiserer dette som menneskelig feil. Hvis det gjelder informasjon som gir ikke oppga ved intervju, men som kommer frem ved senere intervjuer eller ved tilbakemelding kort tid etter tapping reklassifiserer hemovigilansgruppen noen av disse som årsak annet. Gjelder det derimot givere der det fremgår av intervjuet at de ikke fyller kravene, men der de likevel blir tappet, klassifiseres dette som menneskelig feil.

Vi har sammenliknet meldinger til hemovigilansgruppen i 2014 med meldingene om blod/transfusjon til meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven. De to meldeordningene er forskjellige. En type meldinger som ikke kommer i hemovigilanssystemet, men til den andre meldeordningen, er meldinger om blod som mottas for sent ifølge klinikere (2,3). Disse meldingene finnes i sykehusenes avvikssystemer, men det er ikke sikker blodbankene får beskjed. Meldingene avdekker at kommunikasjon rundt hvor mye transfusjonen haster er vanskelig. Dette er et området der mange blodbanker bør ha et større fokus enn i dag.

Eksempler på meldinger er ofte illustrerende. Vi har valgt ut noen eksempler på meldinger mottatt i 2014. For flere eksempler henvises det til tidligere rapporter.

EKSEMPLER

1

En blodgiver var testet ved nyregistrering i 2005. Da var alle testene, inkludert anti-HBc, negative. Siden ble hun tappet syv ganger til og med 2007. I 2008 var hun testet i forbindelse med svangerskap og var da positiv på anti-HBc-test (dette ble vi klar over i 2013). Fra 2007 hadde vedkommende et opphold fra blodgivning fremtil 2013. Ved blodgivning i 2013 ble det påvist positiv anti-HBc. Alt annet er negativt inkludert HBsAg, HBsAs og HBV-DNA. Giveren ble avregistrert permanent.

Alle de obligatoriske testene var tatt alle gangene blodgiveren var på blodbanken. Anti-HBcore testen taes kun ved nyregistrering og dersom blodgiveren har et opphold på over 6 måneder. Siden hun ga blod med korte intervaller mellom 2005 og 2007 ble hun ikke testet for anti-HBc. Vi vet ikke konsekvensene for pasientene som har fått blodet før de er testet for hepatitt B.

2

Feilmerking av prøve til forlik.

Feilen ble oppdaget fordi det ikke samsvar med tidligere ABO/RhD-typinger.

Avdeling informert. Blodprøven var tatt av sykepleier på sengepost. Det ble tatt prøver av seks pasienter.

Det er usikkert om flere prøver har vært feilmerket. Alle prøvesvar fra de seks prøvene ble trukket tilbake, prøvene kastet og nye prøver ble tatt.

I forbindelse med undervisning i transfusjonsrutiner har vi et sterkt fokus på identitetssikring både ved prøvetakning og transfusjon.

3

Prøve tatt ved legekontor var merket med feil pasient id.

I forbindelse med analysing av prøven fikk pasienten en annen blodtype (0+) enn pasienten var typet til ved tre tidligere anledninger (A+).

Legekontoret ble kontaktet og det tatt ny prøve av pasienten. Resultatet på denne prøven samsvarte med tidligere resultat (A+).

Det ble i tillegg bedt om ny prøve på pasient tatt ved samme legekontor samme dag som ikke var blodtypet tidligere. Denne pasienten fikk samme blodtype i begge prøvene (A+).

4

Feil antigram brukt ved identifisering av irregulære blodtypeantistoff med 16 celler panel.

Feilen blir oppdaget ved gjennomgang av antistoffidentifisering der spesifisitet ikke ble funnet.

EKSEMPLER

Antigram glemt byttet ut når nytt cellepanel ble tatt i bruk. Alle identifiseringer i aktuell tidsperiode er gjennomgått og antigram byttet ut der 16 cellerspanel er benyttet. Avviket er tatt opp på avviksmøte og det er sendt informasjon til alle som er opplært til arbeidsoppgaven.

5

Antistoff (anti-E) oppdaget hos blodgiver etter 112 tappinger. En mannlig blodgiver ble rutinemessig screenet for antistoffer fordi blodgiveren skulle opereres. Det ble oppdaget anti-E. Blodgiver er informert og avregistrert.

6

I mottak av hemokromatosegiver, før tapping, opplyser vedkommende overraskende at han har brukt BT-medisiner i flere år. Han hevder å ha fått til svar i blodbanken, for > 10 år siden, at dette ikke har noen betydning for blodgivning. Han har alltid tidligere besvart spørreskjemaet med "nei" på bruk av medikamenter, og blitt tappet. Giver ble ikke tappet denne dagen. Denne saken er tatt opp generelt med alle personer som idag er opplært i innkalling og mottak av givere. Det er viktig å poengtere, også for etablerte givere, at de må opplyse om alle medikamenter hver gang.

REFERANSER

1. Steinsvåg CT, Espinosa A, Flesland Ø. Overvåkning av blod i Norge - Troll. Rapport fra de ti første meldeår 2004-13. IS-2477 ISBN 978-82-8081-439-5
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/overvaking-av-blod-i-norge>
2. Flesland O, Steinsvåg CT, Espinosa A, Saastad E. Two different reporting and learning systems give different information – Both are necessary in quality improvement of blood transfusions. Blood Transfusion 2016;14 Suppl 1, P-1-10, s48.
3. Flesland Ø, Saastad E, Espinosa A, Steinsvåg CT. In reporting and learning systems what is reported depends on who reports. In: Reports and Studies in Health Sciences. Irma Nykänen (ed.) Publications of The university of Eastern Finland. Kuopio, Finland, 2016.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no