

Overvåkning av blod i Norge 2015

Andre uønskede hendelser

Publikasjonens tittel: Overvåkning av blod i Norge 2015. Andre uønskede hendelser.

Utgitt: September 2016

Publikasjonsnummer: IS-2532

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
Aurora Espinosa
Tine Torsvik Steinsvåg

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 2015. 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 2015 mottok vi 104 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	20
Helse Midt	22
Helse Vest	12
Helse Sør-Øst	50
Sum	104

Tabell 2 viser i hvilken hovedprosess den uønskede hendelsen skjedde. Trettifire hendelser var relatert til blodgiverutvelgelse og disse inngår i hovedprosessen fullblodtapping. I 29 av disse 34 hendelsene var blodet transfundert.

Tabell 2 Antall hendelser per hovedprosess.

Hovedprosess	Antall meldinger	Prosent
Fullblodtapping	57	54,8
Aferesetapping	3	2,9
Testing av blodgiverblod	2	1,9
Behandling (komponentfremstilling)	1	1,0
Distribusjon	9	8,7
Prøvetaking	5	4,8
Annet	27	26,0
Sum	104	100,0

RESULTATER

Årsaken til hendelsen beskrives i tabell 3. Femtini prosent 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	1	1,0
En feil ved utstyret	6	5,8
Menneskelig feil	61	58,7
Annet	36	34,6
Sum	104	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	1	1,0
Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	22	21,2
Giveren fyller ikke kravet, men blir likevel tappet	13	12,5
Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	10	9,6
Utstyr	9	8,7
Analyser	10	9,6
Henting og transport	1	1,0
Merking feil	7	6,7
Annet	31	29,8
Sum	104	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	1	4	26	26	57
Aferesetapping	0	1	1	1	3
Testing av blodgiverblod	0	0	2	0	2
Behandling (komponentfremstilling)	0	0	0	1	1
Distribusjon	0	0	9	0	9
Prøvetaking	0	0	5	0	5
Annet	0	1	18	8	27
Sum	1	6	61	36	104

DISKUSJON

Meldingene om andre uønskede hendelser i 2015 skiller seg ikke vesentlig fra hva som er meldt inn tidligere år. Vi opprettholder derfor anbefalingene som er gitt tidligere (1).

Av totalt 104 meldinger gjelder 40 blodgiverutvelgelse. Hver melding kan gjelde mange tappinger. Blodet er ofte transfundert før det oppdages. Oftest har ikke blodbanken gjort noen feil. Det skal velges ut ca 200 000 blodgivere per år så tallmessig fremstår ikke dette som et stort problem. Siden hver melding kan gjelde mange blodgivninger og flere blodkomponenter og derved mange pasienter, bør tiltak vurderes. Bedre informasjonen til blodgivere før blodgivning og forenkling av kriteriene for blodgiverutvelgelse er to mulige tiltak.

Meldingene om andre uønskede hendelser gjelder hendelser som ikke førte til skade. Det er viktig å lære av disse hendelsene fordi de viser hvor det er risiko for skade.

Eksempler på meldinger er ofte illustrerende. Vi har valgt ut noen eksempler på meldinger mottatt i 2015. For flere eksempler henvises det til tidligere rapporter.

EKSEMPLER

1

Bioingeniør i blodbanken utleverte blod til feil pasient.

Sykepleieren som hentet erytrocyttkonsentratet hadde med seg pasientens fulle identitet, men bioingeniør kontrollerte ikke navnelapp mot pasientens identitet på transfusjonsjournalen ved uttak av pose fra blodskapet. Sykepleier kontrollerte heller ikke dette mens hun var i blodbanken.

At det var utlevert blod til annen pasient enn det var bestilt til ble oppdaget ved ID-kontroll ved sengekanten.

2

Ved rutinemessig kontroll av overflater fant vi økt bakterievekst på armlene på tappestol. Tappestolen ble vasket og ny kontroll ble tatt. Resultatet ble heller ikke nå tilfredsstillende. Vi fikk mistanke til såpevannet.

Her blandes nytt såpevann ukentlig og has på sprayflasker. Sprayflaskene vaskes ukentlig, men dekontamineres ikke. Bakteriologisk prøve av såpevannet viste mange kolonier (Pseudomonas?).

Ny rutine: Vi innfører tilblending av såpevann daglig i rene bøtter. Engangskluter er allerede i bruk.

Bøttene sendes til vask/dekontaminasjon etter bruk. Vi har også anskaffet egne vaskeservietter (til bruk i helsevesenet), til bruk når det ikke er hensiktsmessig å blande en hel bøtte. Det såpevannet vi har brukt tidligere, har nok også hatt for høyt innhold av såpe. Vi har ikke fulgt retningslinjer for renhold som er beskrevet i overordnede prosedyrer for sykehuset. Der er det presisert at sprayflasker ikke skal benyttes og at såpevann skal blandes daglig. Beholdere for såpevann skal dekontamineres etter bruk.

Vi følger nå overordnede prosedyrer for renhold: Ved vask av overflater benyttes nå rene bøtter og daglig tillaging av såpevann. Det brukes kun små mengder såpe og bøtten vaskes og desinfiseres etter bruk. Vi har også anskaffet engangsservietter med såpe, beregnet til bruk i helsevesenet.

3

Det bestilles blod til pasient med kjent anti-K. Ny prøve fra dagen før hadde en ekstra reaksjon på antistoffscreeningen som ikke stemt med anti-K. Oppdaget at det var gitt ut blod til pasienten tidligere på dagen uten at identifisering var satt opp. Det var satt opp utvidet forlik som var negativt. Det var nyopplært ansatt som behandlet prøven.

Utvidet forlik var negativ. Pasienten hadde ikke tegn til hemolyse i prøven etter transfusjon. Hb stigning fra 8.1 - 9.3 . Bilirubin var normal. Gitt blod var Jka+, E-, videre identifisering mistenker at antistoffet har

EKSEMPLER

spesifisitet: anti-E og anti-Jka. To poser gitt mellom denne og forrige identifisering var typet E-, posene var ikke typet på Jka

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>



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