

Overvåking av blod i Norge 2019.

Andre uønskede hendelser

Publikasjonens tittel: Overvåking av blod i Norge 2019. Andre uønskede hendelser.

Utgitt: Mai 2020

Publikasjonsnummer: IS-2897

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
Postadresse: Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo
Besøksadresse: Vitaminveien 4, 0485 Oslo

Tlf.: 47472020
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	23
EKSEMPLER	25
REFERANSER	36

INNLEDNING OG METODER

Hemovigilans betyr overvåking av blod. Hemovigilanssystem skal kartlegge komplikasjoner ved fremstilling og transfusjon av blod, analysere disse og fremme læring for å unngå komplikasjoner i fremtiden. De første hemovigilanssystemene ble opprettet midt på 1990-tallet i Frankrike og Storbritannia. Siden har mange land fulgt etter. Det norske systemet startet som et frivillig meldesystem i 2004 og ble obligatorisk i henhold til blodforskriften i 2007. Blodforskriften bygger på EUs bloddirektiv.

Hemovigilanssystemet mottar meldinger om blodgiverkomplikasjoner, transfusjonskomplikasjoner og andre uønskede hendelser. Blodgiverkomplikasjoner og transfusjonskomplikasjoner omtales i egne rapporter (1). Denne rapporten omtaler uønskede hendelser i transfusjonstjenesten som ikke førte til bivirkninger hos blodgivere eller hos pasienter som fikk blod, men som under andre omstendigheter kunne ha gjort det. Dette kaller vi «andre uønskede hendelser». Denne rapporten summerer opp andre uønskede hendelser meldt i 2019. Data er hentet ut 20. januar 2020. Noen eksempler på meldinger finnes bakerst i rapporten.

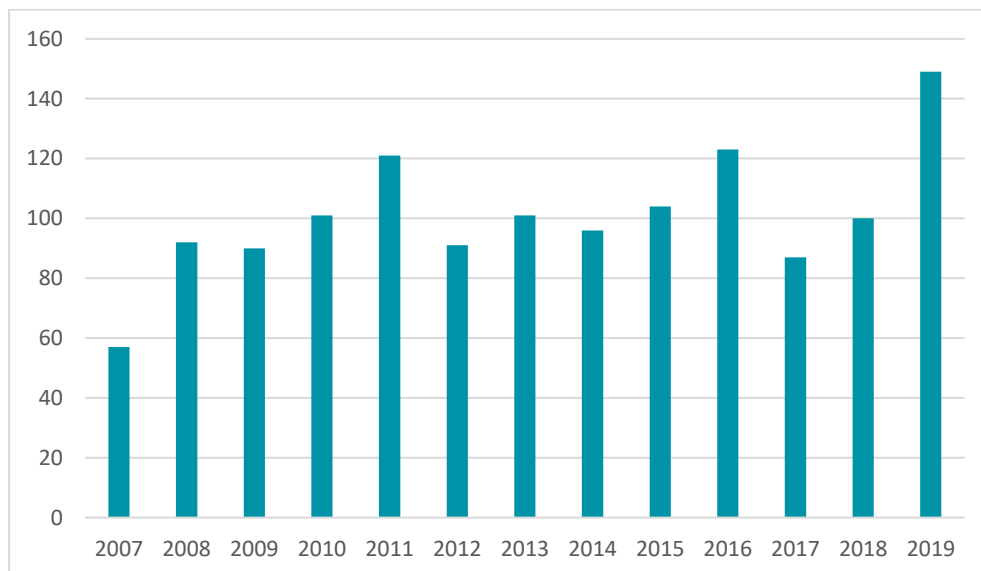
Gjennom hemovigilanssystemene har vi lært noe om hyppighet av transfusjonskomplikasjoner og komplikasjoner ved blodgivning. Vi har lært at noen komplikasjoner lar seg forebygge, og gitt anbefalinger om forebyggende tiltak. Av meldinger om uønskede hendelser som ikke førte til bivirkninger har vi bl.a. lært at blodgiverutvelgelse er vanskelig. Vi har lært at det er risiko for å glemme å gjøre de smittetestene som ikke skal gjøres ved hver blodgivning. Videre ser vi at identitetssikring kan gå galt og at sammenlikning av analyseresultater med historiske data er et godt sikkerhetstiltak.

For bakgrunn, metode, diskusjon og anbefalinger henvises det til rapporten Overvåking av blod i Norge – Troll. Rapport fra de ti første meldeår 2004-13 og for tall og eksempler fra 2014 til 2018 henvises det til årsrapportene (1,2).

Denne rapporten er først og fremst skrevet for ansatte i blodbanker og for dem som bestiller og bruker blod. Ved å se på hva andre har meldt, kan man vurdere om det samme kan hende i egen blodbank og gjøre tiltak før det skjer. Tallene i rapporten er til hjelp for å identifisere risikoområder. Eksempelene beskriver enkelthendelser som også kan skje andre steder. Husk; En klok person lærer av egne feil. En klokere person lærer av andres feil.

RESULTATER

I 2019 mottok vi 149 meldinger om andre uønskede hendelser. Det er flere enn tidligere år (figur 1). Økningen skyldes at vi f.o.m. 2019 ba om meldinger om nyoppdaget anti-D hos kvinner og at vi fikk 50 slike meldinger.



Figur 1 Antall andre uønskede hendelser meldt per år fra 2007 - 2019

Fra 2016 inkluderer tallene feil blod transfundert som ikke førte til transfusjonsreaksjon.

Meldinger fra de forskjellige helseregionene fremgår av tabell 1. Det kom ingen anonyme meldinger i 2019.

Tabell 1 Antall andre uønskede hendelser meldt per helseregion.

2019		
Helseregion	Antall meldinger	Prosent
Helse Nord	40	27
Helse Midt-Norge	7	5
Helse Vest	13	9
Helse Sør-Øst	89	59
Sum	149	100

RESULTATER

Tabell 2 viser i hvilken hovedprosess den uønskede hendelsen skjedde. Tidligere ble hendelser i forbindelse med blodgiverutvelgelse klassifisert med hovedprosess fullblodtapping eller aferesetapping. Mange har fortsatt å klassifisere slik, selv om blodgiverutvelgelse nå bør rapporteres som egen hovedprosess.

Tabell 2 Antall hendelser per hovedprosess.

Hovedprosess	2019		
	Antall meldinger	Prosent	Eksempel
Blodgiverutvelgelse	8	5	
Fullblodtapping ¹	27	18	4
Aferesetapping	1	1	5
Testing av blodgiverblod	9	6	7-10
Behandling (komponentfremstilling)	6	4	11-12
Distribusjon	5	3	18-20
Prøvetaking	6	4	
Lagring og transport	1	1	
Bestilling av blod	10	7	
Transfusjon	18	12	21-26
Nyoppdaget anti-D	50	34	1-3
Annet ²	8	5	13-14, 16-17
Sum	149	100	

¹ 22 tilfeller gjelder blodgiverutvelgelse. I tabell 9 er disse reklassifisert som blodgiverutvelgelse.

²Tre gjelder IKT, to gjelder analyser og en gjelder utstyr.

Årsaken til hendelsen beskrives i tabell 3. Femtiseks hendelser (38 %) er klassifisert som menneskelig feil. I tillegg er prøve tatt fra feil person menneskelig feil. Totalt blir det derfor 61 hendelser (41 %) som er menneskelig feil. Tabell 8 viser hvordan årsak fordeler seg på hovedprosessene. Tabell 12 viser sammenheng mellom årsak og hvordan hendelsen ble oppdaget.

Tabell 3 **Årsak til hendelsen.**

	2019	
Årsak	Antall	Prosent
En feil ved utstyret	7	5
Menneskelig feil	56	38
Ingen feil ¹	12	8
Prøve tatt fra feil person	5	3
Annet	69	46
Sum	149	100

¹ Tre gjelder blodgiverutvelgelse og tre gjelder smitte påvist ved testing.

I tabell 4 er hendelsene klassifisert ut fra hva hendelsen besto i. I tabellen vises hovedklassifiseringen uten underklassifisering.

Tabell 4 **Beskrivelse av hendelsen.**

	2019	
Beskrivelse	Antall	Prosent
Smitte påvist ved testing	3	2
Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	15	10
Giveren fyller ikke kravene, men blir likevel tappet	11	7
Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	4	3
Utstyr	5	3
Analyser	6	4
Henting og transport	1	1
Feilmerking ¹	4	3
IKT	3	2
Feil blod transfundert ²	17	11
Annet ³	80	54
Sum	149	100

¹ Eksempel 15

² Eksempel 21-26

³ Femti av disse er nyoppdaget anti-D

RESULTATER

I tabell 5 er hendelsene klassifisert på samme måte som i tabell 4. I tabellen vises i tillegg underklassifisering.

Tabell 5 **Beskrivelse av hendelsen.**

		2019
Beskrivelse		Antall
Smitte påvist ved testing	Nyregistrering ¹	2
	Tapping ²	1
Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	Smitte	2
	Annen smitterisiko	7
	Medisiner	1
	Sykdom	2
	Reise	2
	Mangel i spørreskjemaet	1
	Hb ikke målt før tapping. Hb målt etter tapping var for lav	1
	Påkrevet smittetesting ikke utført ³	3
	Annet ⁴	7
Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	Smittetrisiko	2
	Medisiner	1
	Annet	1
Utstyr	Teknisk svikt	1
	Tappet for mye blod	3
	Annet	1
Analyser	Smittetester ikke utført	2
	Analysen feilregistrert eller ikke registrert	2
	Blodtypesvar feil	1
	Annet	1
Henting og transport	Feil blod utlevert av blodbankpersonell ⁵	1
Feilmerking	Poser	1
	Prøver	3
IKT		3
Feil blod transfundert	Blodprodukt som ble gitt var tiltenkt en annen pasient	3
	Blodproduktet oppfylte ikke spesifiserte krav	12
	Feil type blodprodukt gitt ⁶	2
Annet	Feil med blodproduktet	1

	Blod bestilt til feil pasient	2
	Blod ut av karantene uten at krav til frigivning er oppfylt	1
	Blodbanken feiltolket bestillingen	1
	Annet ⁷	75
Sum		149

¹HBsAg og anti-HCV ²HIV (eksempel 6) ³Tre hendelser der det ble oppdaget at testing som skulle vært utført ved tidligere tappinger ikke var utført (to malaria og en HTLV) (eksempel 9-10) ⁴En gjelder medisinbruk, ⁵ Eksempel 19 ⁶ En hendelse der erythrocytter ble gitt i stedet for trombocytter (eksempel 20). En hendelse der erythrocytter ble gitt uten å være rekvirert, og pasienten skulle hatt albumin ⁷Femti er nyoppdaget anti-D

Tabell 6 er en klassifikasjon foreslått av International Haemovigilance Network. Den viser bl.a. hvor langt blodet har kommet før hendelsen oppdages. I 47 tilfeller ble blodet transfundert. I 30 tilfeller avdekket ikke blodgiverutvelgelsen at giveren ikke fylte kravene. I åtte tilfeller kunne hendelsen ha skadet blodgiveren, men gjorde det ikke. Tabell 10 viser definisjon og beskrivelse av hendelsen.

Tabell 6 **Definisjon**

	2019	
	Antall	Prosent
Transfusjon eller bruk av blodkomponent som ikke tilfredsstiller sikkerhets- og kvalitetskrav ¹	47	32
Distribusjon av blodkomponent som ikke tilfredsstiller sikkerhets- og kvalitetskrav ²	7	5
Frigivning fra karantene av blodkomponent som ikke tilfredsstiller sikkerhets- og kvalitetskrav	3	2
En hendelse som kunne ha skadet blodgiveren ³	8	5
Annet ⁴	84	56
Sum	149	100

¹Inkluderer seks med hovedprosess blodgiverutvelgelse og 15 med hovedprosess fullblodtapping som er klassifisert som blodgiverutvelgelse. Seksten er transfusjon av feil blod. I fire er det feil med analyser.

²To gjelder blodgiverutvelgelse.

³Tre givere tappet for mye. To gjelder blodgiverutvelgelse. En arteriepunksjon. En gjelder giver som tok for mye jern (eksempel 4). En feilinnstilt aferesemaskin (eksempel 5).

⁴Inkluderer 50 nyoppdaget anti-D, åtte bestilling av blod og fem blodgiverutvelgelse.

En er feil blod transfundert, men klassifisert som annet her fordi blodet oppfylte kvalitetskriteriene da det ble gitt (kriseblod) (eksempel 22).

RESULTATER

Tabell 7 viser hvordan hendelsen ble oppdaget. Når vi ser bort fra nyoppdaget anti-D, som vi ønsker meldt som oppdaget - annet, ble flest hendelser oppdaget ved rutinekontroll eller gjennomgang, og mange hendelser ble oppdaget ved en tilfeldighet.

Tabell 7 **Hvordan ble hendelsen oppdaget?**

	2019	
	Antall	Prosent
Alarm/advarsel fra utstyr/datasystem ¹	5	3
Ved rutinekontroll/gjennomgang ²	46	31
Ved tilfeldighet ³	39	26
Ved revisjon (intern eller ekstern) ⁴	1	1
Annet ⁵	58	39
Sum	149	100

¹Tre gjelder prøve tatt fra feil person

²Ti gjelder blodgiverutvelgelse. Syv er nyoppdaget anti-D. Fire gjelder analyser.

³Elleve gjelder blodgiverutvelgelse. Åtte er feil blod transfundert. To gjelder analyser.

⁴En er nyoppdaget anti-D.

⁵Førtito er nyoppdaget anti-D. Ti gjelder blodgiverutvelgelse.

Tabell 8 viser årsak til hendelsen fordelt på hovedprosess. Denne tabellen likner på den vi bruker i rapporten til EU (tabell 9), men den gir mer informasjon, fordi den inkluderer hovedprosessene prøvetaking, bestilling av blod, transfusjon og nyoppdaget anti-D. Tabellen inkluderer også "ingen feil" som årsakskategori. EU legger nå til nye hovedprosesser. Vi vil rapportere iht. disse i fremtiden. Tabell 9 viser noen nye hovedprosesser.

Tabell 8 Hovedprosess og årsak.

Hovedprosess/årsak	En defekt i blodproduktet	En feil ved utstyret	Menneskelig feil	Ingen feil	Annet	Sum
Blodgiverutvelgelse	0	0	1	1	6	8
Fullblodtapping ¹	0	3	10	4	10	27
Aferesetapping	0	0	1	0	0	1
Testing av blodgiverblod	0	0	7	1	1	9
Behandling (komponentfremstilling)	0	1	4	0	1	6
Distribusjon	0	0	5	0	0	5
Lagring og transport	0	0	1	0	0	1
Prøvetaking	0	0	5	0	1	6
Bestilling av blod	0	0	10	0	0	10
Transfusjon	0	1	12	2	3	18
Nyoppdaget anti-D	0	0	0	4	46	50
Annet	0	2	5	0	1	8
Sum	0	7	61	12	69	149

¹ Tjueto av disse er blodgiverutvelgelse. Tre er for mye tappet. En er en arteriell tapping. En er giver som tok for mye jern (eksempel 4)

RESULTATER

Hemovigilansgruppen rapporterer tallene i tabell 9 til EU (European Commission, Health and Food Safety Directorate-General) (3).

Tabell 9 Data som inngår i årlig rapport til EU 2019.

Hovedprosess/årsak	En defekt i blodproduktet	En feil ved utstyret	Menneskelig feil	Annet, inkludert ingen feil	Sum
Blodgiverutvelgelse	0	0	10	20	30
Fullblodtapping	0	3	1	1	5
Aferesetapping	0	0	1	0	1
Testing av blodgiverblod	0	0	7	2	9
Behandling (komponentfremstilling)	0	1	4	1	6
Lagring og transport	0	0	0	0	0
Distribusjon	0	0	5	0	5
Valg av blodkomponent ¹	0	0	1	0	1
Pretransfusjonstesting	0	0	1	0	1
Utlevering	0	0	1	0	1
Annet ²	0	3	30	7	40
Sum	0	7	61	31	99

¹Gjelder hendelser i blodbanken.

²Annet inkluderer prøvetaking, bestilling av blod og transfusjon.

Tabell 10 **Definisjon og beskrivelse av hendelsen**

		2019
Definisjon	Beskrivelse av hendelsen	Antall
Transfusjon eller bruk av blodkomponent som ikke tilfredsstiller sikkerhets- og kvalitetskrav	Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	10
	Giveren fyller ikke kravene, men blir likevel tappet	10
	Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	3
	Feil blod transfundert	16
	Analyser	4
	Utstyr	1
	Merking feil	1
	IKT	1
	Annet	1
Distribusjon av blodkomponent som ikke tilfredsstiller sikkerhets- og kvalitetskrav	Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	1
	Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	1
	Merking feil	1
	Annet	4
Frigivning fra karantene av blodkomponent som ikke tilfredsstiller sikkerhets- og kvalitetskrav	Analyser	1
	Annet	2
En hendelse som kunne ha skadet blodgiveren	Giveren fyller ikke kravene, men blir likevel tappet	1
	Utstyr	3
	Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	1
	Annet	3
Annet	Smitte påvist ved testing	3
	Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	3
	Analyser	1
	Utstyr	1

RESULTATER

	IKT	2
	Merking feil	2
	Henting og transport	1
	Feil blod transfundert ¹	1
	Annet	70
Sum		149

¹Fikk RhD positivt kriseblod og utviklet anti-D (eksempel 22).

Tabell 11-13 viser hvordan hendelsene ble oppdaget.

Tabell 11 Hvordan ble hendelsen oppdaget?

		2019
Beskrivelse	Oppdaget	Antall
Smitte påvist ved testing	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	3
Ved intervju fremkommer det informasjon som hadde påvirket avgjørelsen om forrige og ev. tidligere tappinger	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	3
	Ved tilfældighet	8
	Annet	4
Giveren fyller ikke kravene, men blir likevel tappet	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	7
	Ved tilfældighet	2
	Annet	2
Giveren informerer kort tid etter tapping om noe som gjør at blodet ikke skal brukes	Ved tilfældighet	1
	Annet	3
Utstyr	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	1
	Alarm eller advarsel fra utstyr eller datasystem	1
	Annet	3
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	4
	Ved tilfældighet	2
Henting og transport	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	1
Feilmerking	Alarm eller advarsel fra utstyr eller datasystem	2
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	1
	Ved tilfældighet	1
IKT	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	1
	Ved tilfældighet	2
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	7
	Ved tilfældighet	9
	Annet	1
Annet	Alarm eller advarsel fra utstyr eller datasystem	2
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	18
	Ved revisjon (intern eller ekstern)	1
	Ved tilfældighet	14
	Annet	45
Sum		149

RESULTATER

Tabell 12 **Årsak til hendelsen og hvordan den ble oppdaget.**

		2019
Årsak	Oppdaget	Antall
En feil ved utstyret	Alarm eller advarsel fra utstyr eller datasystem	1
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	1
	Ved tilfældighet	2
	Annet	3
Menneskelig feil	Alarm eller advarsel fra utstyr eller datasystem	1
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	29
	Ved tilfældighet	23
	Annet	3
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	7
	Annet	5
Prøve tatt fra feil person	Alarm eller advarsel fra utstyr eller datasystem	3
	Ved tilfældighet	2
Annet	Ved revisjon (intern eller ekstern)	1
	Ved rutinekontroll eller gjennomgang	9
	Ved tilfældighet	12
	Annet	47
Sum		149

Tabell 13 Hvordan ble hendelsen oppdaget og hovedprosess

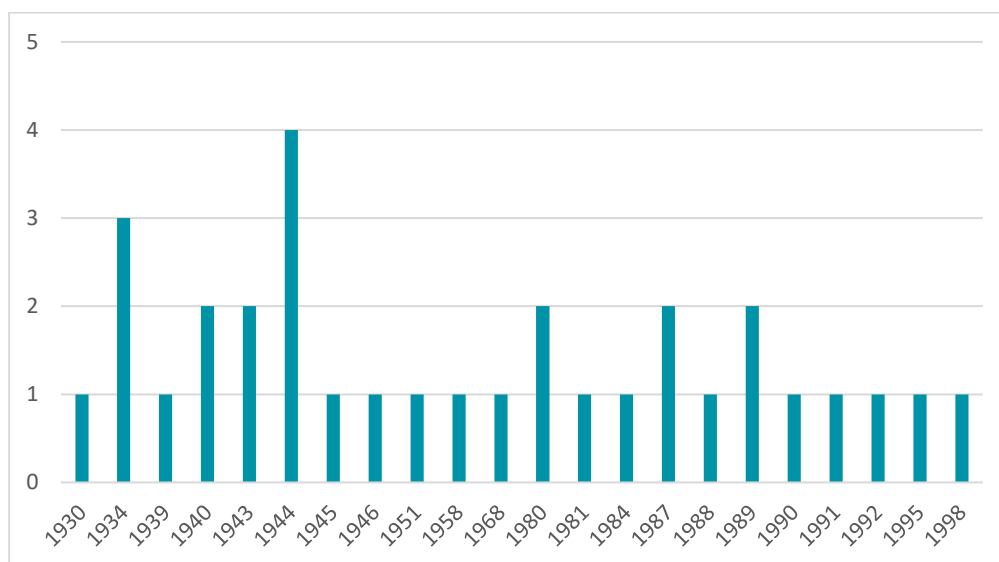
2019		
	Hovedprosess	Antall
Alarm/advarsel fra utstyr/datasystem	Prøvetaking	3
	Fullblodtapping	2
Ved rutinekontroll/gjennomgang	Fullblodtapping	8
	Behandling (komponentfremstilling)	3
	Bestilling av blod	6
	Distribusjon	4
	Lagring og transport	1
	Transfusjon	7
	Blodgiverutvelgelse	3
	Testing av blodgiverblod	5
	Nyoppdaget anti-D	7
	Annet	2
Ved tilfældighet	Blodgiverutvelgelse	2
	Fullblodtapping	9
	Aferesetapping	1
	Bestilling av blod	4
	Distribusjon	1
	Behandling (komponentfremstilling)	3
	Testing av blodgiverblod	4
	Prøvetaking	3
	Transfusjon	7
	Annet	5
Ved revisjon (intern eller ekstern)		1
Annet	Fullblodtapping	8
	Blodgiverutvelgelse	3
	Nyoppdaget anti-D	42
	Transfusjon	4
	Annet	1
Sum		149

Femtien hendelser ble oppdaget ved alarm/advarsel fra datasystem/utstyr eller ved rutinekontroll/gjennomgang. Datasystemenes sammenlikning av nye analysesvar med historiske blodtypedata på pasient/blodgivere er svært viktig for at dette skal kunne skje.

Nyoppdaget anti-D er rapportert som oppdaget - annet i 42 tilfeller. I syv tilfeller er det rapportert oppdaget ved rutinekontroll/gjennomgang og en gang som oppdaget ved revisjon.

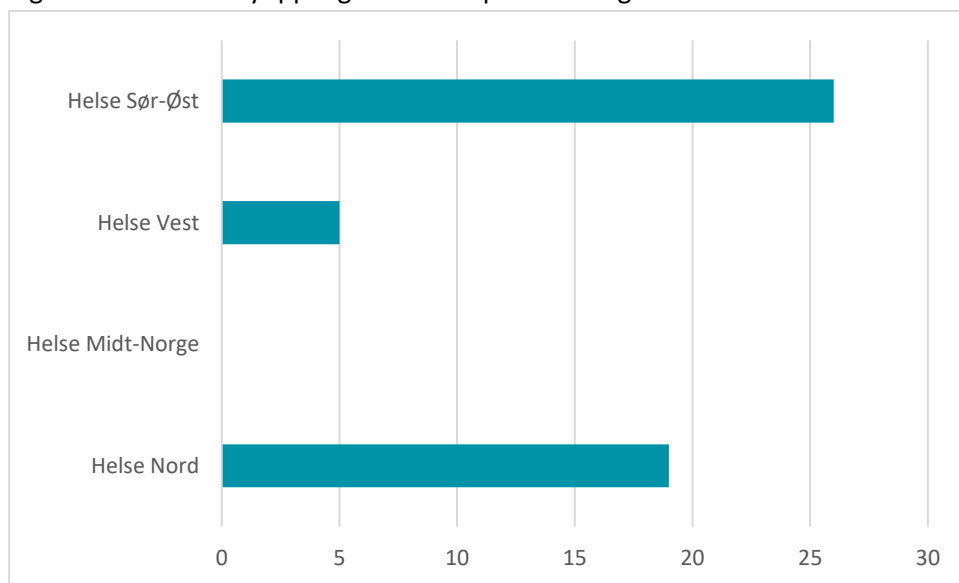
RESULTATER

Figur 2 viser fødselsår for kvinner med nyoppdaget anti-D. Anti-D-profylakse etter fødsel ble innført i Norge i 1969. Genomisk typing av foster i prøve fra mor og profylakse i uke 28 ble innført i Norge 1.9.2016.



Figur 2 Fødselsår for kvinner med nyoppdaget anti-D. For 18 er fødselsår ikke oppgitt

Figur 3 viser antall nyoppdagede anti-D per helseregion.



Figur 3 Nyoppdaget anti-D per helseregion.

Feil blod

Det er meldt 17 hendelser der en pasient fikk feil blod. For 11 av disse har vi fått opplyst kjønn og alder.

Tabell 14 Feil blod transfundert. Blodmottakers aldersgruppe.

Aldersgruppe	Antall
< 1 år	1
50-59 år	1
60-69 år	4
70-79 år	2
80-89 år	3

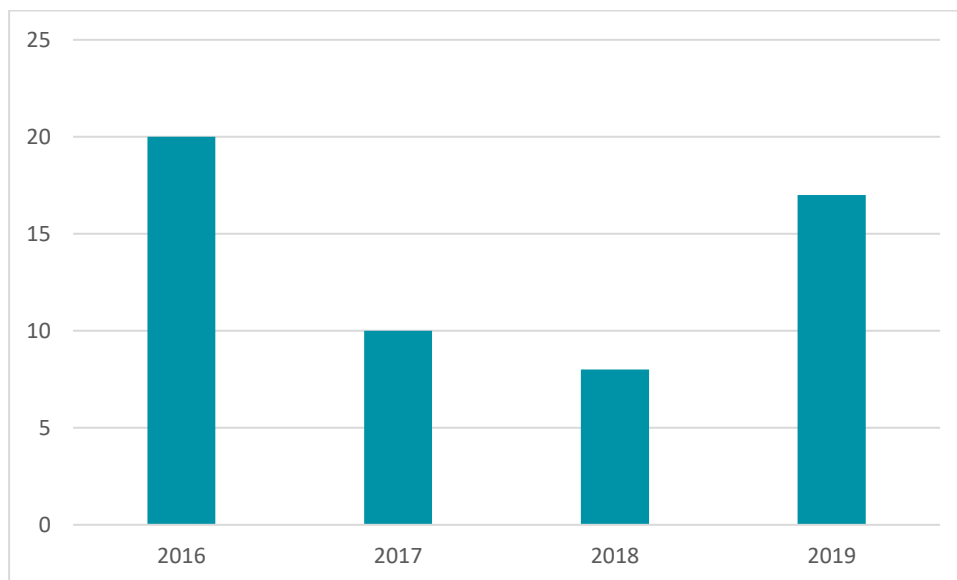
For seks pasienter var aldersgruppe ikke oppgitt.

RESULTATER

Tabell 15 Feil blod transfundert. Blodmottakers kjønn.

Kjønn	Antall
Kvinne	3
Mann	8

For seks pasienter var kjønn ikke oppgitt.



Figur 4 Antall Feil blod uten bivirkning meldt per år fra 2016 – 2019

Av 17 hendelser var det 13 der blodet som ble transfundert ikke oppfylte spesifiserte krav og tre der blodet ble gitt til feil pasient.

I ett tilfelle ble det gitt blod som ikke var ordinert av lege og pasienten fikk erytrocytter i stedet for albumin.

I de tre tilfellene der blodet ble gitt til feil pasient ble identitetskontroll ved transfusjonen ikke utført iht. prosedyre. I ett tilfelle var blodet i tillegg bestilt til feil pasient.

Av de 13 der spesifiserte krav ikke var oppfylt var det fem hendelser som gjaldt kriseblod, der det i ettertid ble oppdaget at blodet ikke fylte kravene (holdbarhet, K positivt blod til kvinne i fertil alder, K positivt blod til pasient med anti-K, RhD positivt blod der intensjonen var å gi RhD negativt, antigen positivt blod til pasient med antistoff).

I de åtte øvrige tilfellene ble det utlevert feil blod fra blodbanken, i ett av tilfellene ble det også gjort feil av den som hentet blodet (eksempel 26).

DISKUSJON

I 2019 ba vi for første gang om at nyoppdaget anti-D hos kvinner skulle meldes. Dette er fordi vi har mange tiltak for å unngå dannelse av anti-D. I transfusjonsstatistikken har man i flere år spurt om nyoppdaget anti-D hos gravide. Det har vært en synkende tendens de siste årene, og i 2018 ble det registrert 44 tilfeller (4). I 2019 har vi fått melding om 50 tilfeller av nyoppdaget anti-D hos kvinner (figur 2,3). I eksempel 1-2 er anti-D mest sannsynlig dannet etter transfusjon av RhD positive trombocytter. I ett tilfelle er anti-D dannet etter transfusjon av RhD positive erytrocytter. De øvrige vet vi mindre om (eksempel 3). Noen av tilfellene er ikke tilstrekkelig utredet før de er meldt, og det kan være at det er rester etter anti-D-profylakse som er påvist.

Vi har fått melding om 17 tilfeller av feil blod transfundert uten at det førte til bivirkning hos blodmottakeren (tabell 4). I tre tilfeller ble blodet gitt til feil pasient. I to tilfeller ble det gitt feil type blodprodukt. I 12 tilfeller ble det gitt en blodkomponent som ikke oppfylte spesifiserte krav. Feil blod transfundert som ga bivirkning omtales i rapportene om transfusjonskomplikasjoner (1). Det er også laget en samlerapport om feil blod i perioden 2016-2018 (1). I tillegg ser vi av tabell 6 at det totalt er meldt 47 hendelser der blod ikke tilfredsstiller sikkerhets- og kvalitetskrav.

Forskjellen på feil blod transfundert og de tretti andre hendelsene kan være uklar. Feil blod er blod gitt der årsaken ligger i blodbanken eller hos den kliniske avdelingen. Årsakene kan være mange, f.eks. at bestillingen er mangelfull eller feil, at blodbanken velger feil blod, eller at kontrollen av pasientens identitet mot blodposen like før transfusjonen ikke gjøres riktig. Ofte viser en gjennomgang av slike hendelser at det er gjort flere feil. Det som ikke får betegnelsen feil blod transfundert er hendelser i blodbanken som f.eks. gjelder blodgiverutvelgelse, manglende smittetesting og andre hendelser før blodet blir frigitt. Felles for disse hendelsene er at de ofte gjelder mange produkter, mange mottakere, og ofte over en lengre tidsperiode. Om dette skillet er riktig kan diskuteres, men tiltakene for å hindre gjentakelse er litt forskjellige for de to gruppene av hendelser.

Fem av de 17 meldingene om feil blod transfundert gjelder utlevering av kriseblod. Bruk av kriseblod har nødvendigvis høyere risiko enn bruk av blod som har vært gjennom full pretransfusjonstesting. Veileder for transfusjonstjenesten i Norge utgave 7.3 sier: "Dersom pasienten ikke er typet, eller bare er typet i en prøve og blodprodukter/ -komponenter må utleveres: 1. Velg erytrocyttkonsentrat av

type O. Kvinner < 50 år bør også få Rh(D) negative, K negative enheter. 2. Velg trombocyttkonsentrat av type O, fortrinnsvis fremstilt fra buffycoat. 3. Velg plasma av type AB." Vi ser at tre av de fem hendelsene ville vært unngått dersom kriseblodet (erytrocyttkonsentrater) alltid var RhD negativt og K negativt.

Blodgiverutvelgelse fremstår som et risikoområde med tretti meldinger om hendelser. Blodgiverutvelgelse skjer omtrent 200 000 ganger per år i Norge. Utvelgelsen er vanskelig og styres av et omfattende og detaljert regelverk som endrer seg over tid. Blodgiverutvelgelse krever derfor grundig opplæring og regelmessig praksis. Tretti hendelser er derfor ikke mye. Det at vi finner veldig få givere med positive smittetester bekrefter at blodgiverutvelgelsen er svært god (4). Det samme gjør det lave antall meldte blodgiverkomplikasjoner (1) .

For å lære enda mer om hvordan blodgiverutvelgelsen kan forbedres, ønsker vi melding om ekte positive smitteprøver, unntatt tilfeller der giveren kun er positiv for anti-HBc. Kunnskap om hvorfor smittetester blir positive er svært viktig når eksklusjonskriteriene pga. risikoadferd endres. Av samme grunn vil vi i fremtiden måtte rapportere dette videre til Europarådet.

EU gjør endringer i hvordan vi skal rapportere. Dette gjelder først og fremst hovedprosess og årsak (tabell 9). Blodgiverutvelgelse har vi allerede som hovedprosess i meldeskjemaet. I tillegg vil vi snart få bestilling, valg av blodkomponent, pretransfusjonstesting og utlevering som nye hovedprosesser. Antakelig vil menneskelig feil få underkategorier, slik som manglende opplæring og prosedyre ikke fulgt. Hensikten er bl.a. å unngå at så mange meldinger blir klassifisert som annet. Samtidig vil definisjonene bli bedre, slik at det blir lettere å melde riktig og lettere for hemovigilansgruppen å vurdere meldingene. Enda viktigere er det at for å hindre menneskelig feil må man gjøre det "lett å gjøre det riktig". Det betyr at man må forbedre systemene. Det kan f.eks. være å gi bedre opplæring, lage enklere og tydeligere prosedyrer, bruke standardiserte metoder for muntlig kommunikasjon, innføre automatisering og å bruke elektronisk dataoverføring.

Vi opprettholder anbefalingene som er gitt tidligere (2).

Eksempler på meldinger er ofte illustrerende. Vi har valgt ut 26 eksempler på meldinger mottatt i 2019. For eksempler fra tidligere meldeår henvises det til rapportene fra disse årene (1).

EKSEMPLER

Nyoppdaget anti-D

Eksempel 1

Nyoppdaget anti-D hos kvinne født 1968. Pasienten hadde negativ screening i februar 2018. Hun fikk to RhD positive trombocyttkonsentrater ved annet sykehus i september 2018. Hun fikk ikke profylakse da pga. alder. Det påvises i tillegg en anti-E i enzymteknikk.

Nyoppdaget anti-D

Eksempel 2

Kvinne født 1943. Tidligere negativ screening, nå påvist anti-D. Kun fått RhD neg. blod hos oss, dog fått ett RhD pos. trombocyttkonsentrat (IKKE rødt) en måned før forrige negative screening. Usikkert om hun har fått transfusjon ved annet helseforetak.

Nyoppdaget anti-D

Eksempel 3

Ny kvinnelig blodgiver født i 1981. Påvist anti-D. Jeg vet ikke hvorfor denne blodgiveren har dannet anti-D. Vi vil avregistrere giveren.

Fullblodtapping. En hendelse som kunne ha skadet blodgiveren

Eksempel 4

Førstegangsgiver. På intervjuet informeres giver om jerntilskudd etter blodgivning og det blir gitt ett brett Ferro-Retard. Giver spør om han skal ta alle tablettene etter blodgivningen. Sykepleier spesifiserer da at han ikke skal ta alle tablettene på en gang, men én tablett daglig til brettet er tomt. Giver virker innforstått med dette. Når giver er ferdig med blodgivning og har ventet i 15

minutter i tappestolen, møter sykepleier giver ved skranken. Hun ser da at brettet med Ferro-Retard er halvtomt og spør giver om han har tatt alle de manglende tablettene, giver bekrefter dette. Giver har tatt 12 tabletter (1,2 g) etter avsluttet tapping . Giver føler seg i fin form. Giver bes kontakte lege hvis symptomer som kvalme, brekninger, magesmerter og/eller diaré oppstår.

Tiltak: Fortsette å dele ut pakningsvedlegg og gi informasjon om bruk av medikamentet. Tilpass informasjon til givers språkforståelse.

Aferesetapping. En hendelse som kunne ha skadet blodgiveren

Eksempel 5

Ved trombocytaferese ble det lagt inn i aferesemaskinen høyde på 96 cm og vekt på 183 kg, omvendt av det som giver oppga.

Operatør nyopplært - oppdaget først etter endt trombocytaferese at høyde og vekt var registrert omvendt av det som var oppgitt. Giver utsatt for større citratbelastning, men uttrykte ingen ubehag under kjøring. Maskinen varsler hvis vekt under 50 kg blir registrert.

Smitte påvist ved testing

Eksempel 6

Etablert blodgiver hadde positiv HIV-test.

Giver hadde gitt seg selv karantene etter en mulig risikosituasjon, og kunne gi blod etter å ha besvart spørreskjema tilfredsstillende. Alle forebyggende tiltak har fungert etter hensikten, positiv smittetest ble oppdaget samme dag og blodproduktene ble destruert umiddelbart. Giver er henvist til infeksjonsmedisinsk poliklinikk for bekreftende prøvetaking, videre oppfølging og behandling.

Hendelse som viser at regler for blodgivning og testing av produkter fungerer etter hensikten.

Testing av blodgiverblod

Eksempel 7

EKSEMPLER

Mikrobiologen fikk positiv infeksjonsscreening på etablert blodgiver. Primært serumglass var svakt positiv på HBsAg. Prøven ble retestet opp til 9 ganger, inkludert med en annen og manuell metode som påviste sterk positivitet. PCR var positiv. Anti-HBc var negativ. I løpet av denne perioden var prøven aliquotert til andre glass og primærglasset var kastet, slik at denne etiketten ikke kunne etterundersøkes. Et annet serumglass fra giveren ble så testet og testen var negativ. Prøveforbytting mistenkes. Alle tappinger fra samme dag ble testet på nytt og var negative, men alt blodet ble kastet. Man vet ikke hvor den positive prøven kom fra. Aktuell blodgiver ble testet i ny prøve på flere analyser og var negativ.

Dette er første gang en slik hendelse oppstår på blodbanken. Det er bekymringsfullt at man ikke kan finne ut hvor den positive prøven kommer fra, men det ble utført tiltak som sikret at mulig smittet blod ikke ble transfundert.

Testing av blodgiverblod. Analyser

Eksempel 8

Det ble ved en tilfeldighet oppdaget at det er lagt inn feil beslutningsstøtte i datasystemet vårt når det gjelder testing av syfilis. Etter at vi fikk ny veileder er det ikke blitt rettet til at det skal testes for syfilis hvis det går mer enn 6 måneder fra registrering til første tapping. Testing for syfilis på blodgivere som har hatt et opphold i givning på mer enn 6 måneder mellom tappingene er imidlertid ivaretatt.

Vi har besluttet at vi tester alle de 218 blodgiverne som ikke har blitt testet. Vi har funnet frem frosne prøver fra de tappingene det gjelder, eller fra neste tapping hvis vi ikke fant den første prøven. Alle er testet negative på syfilis. Det er ni glass vi ikke finner. Spiroketene vil dø etter 48-72 timer ved 4 grader og vi sjekket derfor om erytrocyttkonsentrater produsert fra disse ni blodgivningene var transfundert mindre enn 72 timer etter tapping. Det var de ikke. Altså ikke mulighet for smitte her. Det er laget trombocyttkonsentrat av tre av givningene. Vi har både konferert mikrobiologene og funnet dokumentert i Tidsskriftet.no/ «Syfilis og blodtransfusjon» at syfilisspiroketter er anaerobe og ikke vil overleve i trombocyttkonsentrat med 15 % O₂.

Trombocyttkonsentratene var gitt til pasient etter to dager etter produksjon og vi har vurdert at det ikke er fare for smitte. Vi har ikke kontaktet pasientansvarlige leger om dette på bakgrunn av disse vurderingene. Beslutningsstøtten er nå rettet opp.

Testing av blodgiverblod. Påkrevet smittetesting ikke utført

Eksempel 9

Ved intervju av blodgiver i 2019 ble det oppdaget at det ikke var tatt HTLV I/II av blodgiver som er født/oppvokst i Afrika sør for Sahara. Dette skulle vært gjort etter innføringen av testing av HTLV I/II 1/9-14. Giveren har gitt ni ganger siden den gang. Giveren ble godkjent i 2013 med kommentar om å malaria-teste i tre år etter hvert opphold i malariaområde. Det har ikke vært nok fokus på HTLV I/II, antagelig fordi det er sjelden det er behov for å ta denne testen. Det har heller ikke vært lett å se at giveren skulle testes før siste versjon av spørreskjemaet kom i 2017 (med nytt spørsmål om hvor giveren er født og oppvokst). Giveren hadde ikke gitt blod siden spørreskjema 1/2017 kom.

Testing av blodgiverblod. Påkrevet smittetesting ikke utført

Eksempel 10

Blodgiver møtte opp til i blodbanken og fortalte at han kom fra Kina seks dager tidligere. I kommentarfelt er dette anført og teksten "HUSK MALARIAPRØVE" samt "Karantene i fire måneder". Imidlertid er giver likevel tappet etter tre måneder og malariaprøve ble IKKE tatt. Senere ga giver to ganger til uten at malariaprøve ble tatt. Saken er dessverre ikke helt unik i vår blodbank. Flere "HUSK MALARIA-PRØVE" er oversett. Foreløpige tiltak er blant annet informasjon til alle som taper blodgivere om økt fokus på alle notater i vårt laboratoriesystem for alle blodgivere.

Behandling (komponentfremstilling)

Eksempel 11

Under tapping av blodgiver kommer det fram opplysninger som tilsier at giver ikke skulle vært tappet. Blodproduktene blir kassert i datasystemet, men de ble ikke fysisk kastet. Dette resulterte i at blodposen blir sendt til komponentfremstilling og det ble produsert erytrocyttkonsentrat, plasma og buffy coat. Erytrocyttkonsentratet ble frigitt, selv om det i datasystemet kom en beskjed om at dette produktet ikke kan frigis (via en pop-up boks). Avviket blir oppdaget tilfeldig i

EKSEMPLER

forbindelse med klargjøring av "kriseblodkasse"- vedkommende så at erythrocyttkonsentratet ikke har disponibel som kode.

Gjennomgang av alle prosedyrer i produksjonsforløpet. Avviket er tatt opp med aktuelle personer som har vært involvert, er tatt opp på flere avvismøter og det er sendt ut informasjon via E-post til alle som jobber innenfor fagområdet. Det etableres ny rutine for tilbaketrekking av blodprodukter på tappeseksjonen og det er bedt om en datateknisk endring som gir beskjed dersom vi forsøker å pakke produkt som ikke har disponibel kode i kriseblodkasser.

Et komplekst sammensatt avvik med svikt i flere ledd. Det er jobbet mye med å finne gode tiltak for å unngå lignende avvik i avdelingen.

Behandling (komponentfremstilling)

Eksempel 12

Oppdaget da jeg skulle reservere blod til en pasient at det var to erythrocyttkonsentrat av blodtype A som var merket med blodtype O på en etikett under. Jeg ble da usikker på om det var gjort noe feil og la de bort. Jeg sjekket alle blodposene av type O om jeg så en annen etikett under på noen av disse. Fant ikke noe mer som så feil ut. Fikk sjekket opp at begge konsentratene har vært filtrert på nytt. Posene har vært filtrert på nytt, sannsynligvis med blodposesett som er merket i forbindelse med mislykket tapping. De gamle etikettene er ikke fjernet før de nye er satt på. Refiltrering skjer fremover med helt nye blodposesett.

Annet. Analyser. Blodtypesvar var feil

Eksempel 13

Ved månedlig skifte av ID-panel til antistoffidentifisering ble cellene skiftet til nye, men det tilhørende antigram ble ikke skiftet. Først etter 14 dager ble feilen oppdaget fordi man ikke fikk forventet reaksjon på antigenet ved antistoffidentifisering.

Analyser

Eksempel 14

Ved ABO RhD-typing fikk vi 4+ reaksjon i brønn med anti-A og negativ i brønner med hhv anti-B, A1-celler og B-celler. Ved serumkontroll i 4 grader fikk vi negativt resultat mot A1-celler, negativt resultat med O-celler og 1+ mot B-celler. Akseptert som blodtype A. RhD-typing negativ, og endelig blodtype dermed A RhD negativ. Antakelig på grunn av ekstraarbeider/manuelle prosedyrer ble resultatet registrert som A RhD positiv. Dette glapp også i manuell 2. gangs innlegging. Senere samme dag fikk vi ny prøve inkludert blodbestilling. Vedkommende som typet pasienten opplevde samme utfordring, men fikk nå 1+ reaksjon både mot A1-celler og B-celler. Konkluderte ikke med ABO-type og valgte levere ut O-erythrocytter. Også i denne prøven ble pasienten typet til RhD negativ. Imidlertid ga vi ut O RhD positivt blod på bakgrunn av tidligere type i laboratoriesystemet. Ukomplisert transfusjon. Selv om vi i enkelte tilfeller vil kunne være nødt til å levere ut RhD pos blod til RhD neg. pasient var det ikke tilfellet her. Årsaken til at RhD pos blod ble levert ut her skyldes en kombinasjon av tre forskjellige uheldige hendelser.

Feilmerking prøve

Eksempel 15

Rutinemessig blir det tatt prøver av pasienter som trenger gyldig T&S før operasjon. Prøvene merkes med etiketter fra pasientadministrativt system og signeres av prøvetaker for korrekt ID-sikring av pasienten. Prøvene leveres deretter til medisinsk biokjemisk avdeling, som setter på etiketter med nummer fra laboratedatasystemet. Denne gangen ble to prøver fra to ulike pasienter merket med etiketter fra laboratedatasystemet med identiteten til den ene pasienten. Prøvene ble levert til blodbanken. Siden dette ble oppfattet som to prøver fra samme pasient, ble den ene prøven satt bort. Tilfeldigvis var det prøveglasset som var korrekt merket som ble analysert. Avviket ble oppdaget da avdelingen etterlyste svar på T&S på den andre pasienten.

EKSEMPLER

IKT

Eksempel 16

Vi har oppdaget at at hvis man først velger blodgiver i kontorbildet i laboratorieinformasjonssystemet (LIS) og avslutter, og så velger screening av gravid, vil rekvireringen av den gravide legge seg som en godkjent blodgiver. Feilen er meldt til leverandøren av LIS som skal informere om feilen til andre HF.

IKT

Eksempel 17

På bakgrunn av avvik ved annet HF har vår leverandør av laboratedatasystem gjort en analyse av sitt datasystem. Der fant de at dersom man skiftet giver og innen 2 sekunder skrev ut tappeskjema ville tappeskjema fra forrige giver komme ut. Dette medfører en teoretisk risiko for feil tappeskjema. Feilen gjelder kun siste underversjon installert. Vi fikk en liste over alle registreringer der vi hadde skiftet bruker og skrevet ut tappeskjema innen 4 sekunder. I vårt tilfelle gjaldt det EN hendelse. Denne dobbeltsjekk vi (pose fortsatt i lager) og fant at posen var merket med korrekt tappeskjema. Dette er altså en teoretisk risiko-hendelse, men ingen reell feil skjedde hos oss. Inntil vi har fått ny patch har vi implementert manuelle rutiner for å forhindre feilmerking. Ny patch er berammet installert så snart som overhodet mulig.

Distribusjon

Eksempel 18

Ved forsendelse av erytrocyttkonsentrat til 2 pasienter ved 2 forskjellige helseinstitusjoner i primærhelsetjenesten ble innholdet i forsendelsene forbyttet og erytrocyttkonsentratene sendt til

feil helseinstitusjon. Feilen ble oppdaget ved mottakskontroll på den ene helseinstitusjonen. Feilen ble rettet opp og de to pasientene fikk transfusjon uten større forsinkelser.

Mottakskontroll i primærhelsetjenesten fungerte og feilen ble oppdaget og rettet uten noen konsekvens for pasienten.

Distribusjon

Eksempel 19

Blodbanken hadde to pågående situasjoner, en der en skulle levere erytrocyttkonsentrat til blodskapet ved operasjonen, og en der en pasient behøvde transfusjon i mottakelsen. I begge situasjonene brukte en portør til å levere produktene. Ansatte på blodbanken skulle selv bestille portør til det som skulle til blodbankskapet ved operasjonen og ansatte i mottakelse skulle bestille portør for å hente produktene som skulle i mottakelsen. Når det kom en portør for å hente produkter, så levere en ansatt på blodbanken ut produktene som var reservert til den pasienten som var på operasjonen, mens portøren kom for å hente det som skulle til mottakelsen. Den ansatte sa til portøren at disse produktene skulle til blodbankskapet, men spurte ikke portøren hvilket oppdrag han var på, noe som en skal alltid gjøre ved utlevering. Produktene ble levert til mottakelsen og da ble det oppdaget ved kontroll før transfusjon at mottakelsen hadde fått levert ned erytrocyttkonsentrat til feil pasient. Samtidig oppdager de ansatte at de ikke har produkter som skal til blodbankskapet ved operasjonen når portør kommer for å hente dette. Mottakelsen tok kontakt med blodbanken og fikk levert produktene tilbake og fikk levert de korrekte produktene.

Avviket er tatt opp på driftsmøte med fagbioingeniørene og med turnuspersonell. Her har en ikke fulgt prosedyren som sier at en alltid skal spørre portøren hvilket oppdrag han har og portøren skal når andre avdelingen bestiller oppdrag alltid ha med seg fullt navn og personnummer som skal oppgis før en levere ut produkter. Har snakket med den ansatte som leverte ut produktene og gjennomgått avviket og gjeldene prosedyre for utlevering.

Distribusjon. Feil blod

Eksempel 20

EKSEMPLER

Pasient med kjent cancersykdom. Den 25. har vedkommende TPK på 16, hvorpå lege rekvirerer to trombocyttkonsentrater. Rekvisisjonen er tydelig utfylt med rekvisisjon av to trombocyttkonsentrater, men blodbanken leverer feilaktig ut to erytrocyttkonsentrater. Hb før transfusjon var 9,3 g/dL. Sykepleier på dagtid skrev i sitt journalnotat "På grunn av trombocytter på 16 skal pasienten ha to erytrocyttkonsentrater". Rekvisisjon levert blodbank rett før vaktskifte. Påtroppende sykepleier som henter klargjorte blodprodukter reagerer derfor ikke på at det ligger to erytrocyttkonsentrater og ikke to trombocyttkonsentrater. Begge erytrocyttkonsentratene transfunderes ukomplisert. Neste dag reagerer samme sykepleier som hadde dagvakt den 25. på at pasienten fortsatt har lav TPK (nå 13), mens Hb er steget til 12,4. De tar kontakt med blodbanken og feilen oppdages. Det rekvireres da på nytt to trombocyttkonsentrater, og den 27. har pasienten TPK på 47, mens Hb har falt til 10,5.

Transfusjon. Feil blod (kriseblod til pasient med blodtypeantistoff)

Eksempel 21

En pasient med hematemese og melena fikk kriseblod. Det ble gitt fire erytrocyttkonsentrater hvorav to var RhD pos pga. restriksjon på RhD neg. blod. Det ble så funnet positiv screening, og antistoffutredning viste mønster til anti-Fy^a. Rekvirenten ble kontaktet, og et erytrocyttkonsentrat (O RhD pos, E pos, Fy^a pos) hadde blitt gitt. Kliniker ble informert om at pasienten hadde antistoff og at han måtte følges med tanke på utvikling av hemolytisk transfusjonsreaksjon. I ny prøve tatt noen dager senere hadde pasienten anti-Fy^a og anti-E. Prosedyrer vedrørende beredskapsblod og hasteutlevering ble fulgt. Melder likevel til hemovigilans.

Transfusjon. Feil blod (kriseblod)

Eksempel 22

Ung mann ankom akuttmottak grunnet hodetraume. Bestilt transfusjonspakke og påfølgende mer blod. Til sammen gitt ut 9 ORhD neg. Ved ytterligere bestilling gitt over til O RhD pos. etter prosedyren. Senere på natta returnert alle 9 poser med ORhD neg. blod, kun 1 pose ORhD pos. var transfundert. (Han fikk en SAG ORhD neg. som var med i ambulanse fra annet sykehus pluss kriseblod som er utplassert på sykehuset). Dårlig oversikt i journalen da pasienten hadde to forskjellige nødnummer og etter hvert også personnummer. Ikke beskrevet i journalen hvorfor blodet ikke var brukt. Til sammen transfundert med 3 poser blod. Pasienten viste seg selv å være ORhD neg. Ved screening noen måneder senere påvises anti-D.

Blodbanken fulgte sine rutiner og prosedyre. Usikkert hvorfor avdelingen valgte å ikke bruke det O RhD neg. blodet.

Unødvendig påføring av blodtypeantistoff hos en ung pasient.

Transfusjon. Feil blod (kriseblod)

Eksempel 23

Ved kriseutlevering av typelikt blod ble det utlevert 2 poser K pos. blod i tillegg til 2 poser K neg. blod til kvinne i fertil alder. Da feilen ble oppdaget ble pasienten K typet med resultat K negativ.

Blodbanken kontakter leverandøren av laboratoriedatasystemet for å undersøke om det er mulig å opprette brukerstøtte i datasystemet slik at det varsles dersom man forsøker å utlevere Kell pos. typelikt kriseblod til kvinner i fertil alder. Blodbankens prosedyre for kriseutlevering av typelikt blod revideres slik at det kommer tydelig fram at kvinner i fertil alder skal ha K neg. kriseblod.

Hendelsen beskrives i pasientens journal. Pasienten vil bli informert og videre oppfølging planlagt med tanke på eventuell dannelse av antistoff.

Transfusjon. Feil blod

Eksempel 24

En pose K+ blod var plukket ut og klargjort som kriseblod. Posen ble transfundert i forbindelse med bestilling av transfusjonspakke. Pasienten er en gammel mann.

EKSEMPLER

Merknad: Veilederen setter ikke krav til K neg. blod til menn. Dette er bare feil blod dersom lokal prosedyre krever at kriseblod er K neg.

Transfusjon. Transfundert blod til feil pasient

Eksempel 25

En pasient med blødning skulle få A RhD pos. plasma da hun hadde blodtype A RhD pos. To personer på den kliniske avdelingen kontrollerte blodproduktet og gjorde ID-kontroll på medisinnrommet på avdelingen. Den ene sykepleieren gikk så og gav hele plasmaposen til feil pasient, som hadde samme sengeplassering som den blødende pasienten, men på et annet rom. Sykepleieren gjorde ikke ID-kontroll ved sengen. Han oppgav selv at han hadde hatt en strevsom vakt og jobbet mye med pasienten som feilaktig fikk plasma. Det var både ulikt navn, personnummer, kjønn og sykdom. Begge pasientene hadde heldigvis samme blodtype A RhD pos. Hele plasmatransfusjonen foregikk uten komplikasjoner.

Vaktlege på kirurgisk avdeling ble tilkalt for å se om transfusjonen kunne ha uheldige kliniske konsekvenser for pasienten. Det ble konkludert med at det hadde det ikke. Videre ble vaktlege på blodbanken kontaktet som orientering og for konsultasjon av hvordan man burde følge opp hendelsen videre. Det ble bestilt ny pose plasma til den pasienten som enda ikke hadde fått dette. Pasienten som feilaktig fikk plasma ble tett overvåket. Hans vitale parameter var stabile gjennom hele natten.

Transfusjon. Feil blod

Eksempel 26

Trombocyttkonsentrat gitt til pasient 3 døgn etter at det gått ut på dato. Det var ikke trombocytstigning hos pasient og ingen bivirkninger.

REFERANSER

1. Årsrapportene fra hemovigilans fra 2004 til 2018 er tilgjengelige fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/overvaking-av-blod-i-norge>
2. 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>
3. EuropeanCommission. Summary of the 2015 annual reporting of serious adverse events and reactions (SARE) for blood and blood components. Brussels: Safety DGfHaF; 2016.
Tilgjengelig fra:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/2015_sare_blood_summary_en.pdf
4. Hoang T, Østgård TMT. Blodtransfusjonstjenesten i Norge. Statistikk for 2018. Blodbanken, Bærum sykehus, Vestre Viken HF. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/transfusjonsstatistikk>

