Overvåking av blod i Norge 2010

Delrapport 2 - 2010

2010

Rapport fra Hemovigilansgruppen ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

kunnskapssenteret
Hemovigilans
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Tittel Overvåking av blod i Norge 2010. TROLL. Anbefalinger
English title Surveillance of blood in Norway 2010. TROLL. Recommendations
Institusjon Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig Magne Nylenna, direktør
Forfattere Tine Torsvik Steinsvåg, *seniorrådgiver*
Aurora Espinosa, *seniorrådgiver*
Øystein Flesland, *seksjonsleder*
ISBN 978-82-8121-435-4
Rapport Delrapport 2 – 2011
Prosjektnummer 913
Publikasjonstype Rapport fra Hemovigilansgruppen
Antall sider 11
Oppdragsgiver Helsedirektoratet
Nøkkelord Hemovigilans. Transfusjon. Anbefalinger.
Sitering Steinsvåg CT, Espinosa A, Flesland Ø. Hemovigilansrapport for 2010: Anbefalinger. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011. Report from Kunnskapssenteret 2011. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2011.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapsenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, november 2011

Innhold

INNHOLD **2**

FORORD **3**

ANBEFALINGER **4**
Generelle anbefalinger 4
Anbefaling om transfusjoner 4
Anbefalinger om blodgivning 6
Anbefaling om andre uønskede hendelser 6

RECOMMENDATIONS (ENGLISH) **7**
General recommendations 7
Recommendations on transfusions 7
Recommendations on donor complications 9
Recommendations on other adverse events 10

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i 2007 i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet å drive det lovpålagte hemovigilanssystemet. En av oppgavene knyttet til dette er å lage en årlig nasjonal rapport. Rapporten er tenkt som et dokumentasjonsgrunnlag for det kontinuerlige forbedringsarbeidet i transfusjonstjenesten. For 2010 har vi valgt å dele opp rapporten i en generell rapport, som omtaler bakgrunn og metode, en rapport med anbefalinger og tre delrapporter med resultater; en om transfusjonskomplikasjoner, en om blodgiverkomplikasjoner og en om andre uønskede hendelser i transfusjonstjenesten. Dette er den generelle rapporten med anbefalinger. Delrapportene vil bli publisert etter hvert som de blir ferdige.

Hemovigilansgruppen består av
Seksjonsleder Øystein Flesland, Kunnskapssenteret
Seniorrådgiver Tine Torsvik Steinsvåg, Kunnskapssenteret
Seniorrådgiver Aurora Espinosa, Kunnskapssenteret

Magne Nylenna	Øystein Flesland
Direktør	*Seksjonsleder*

Anbefalinger

Generelle anbefalinger

1. Uønskede hendelser er vel egnet til å lære av og til å forstå svakheter i egne rutiner.
   - Bruk egne uønskede hendelser aktivt for å lære og dermed forbedre kvalitet og sikkerhet lokalt.
   - Meld egne uønskede hendelser til hemovigilanssystemet, slik at også andre kan lære av disse og nasjonale retningslinjer kan forbedres.
   - Lær av andres uønskede hendelser, for eksempel ved å lese hemovigilansrapportene. Det som kan skje ett sted, vil oftest også kunne skje andre steder.

2. Tenk system. Ved å kalle noe for ”en enkeltstående, menneskelig feil” hjelper du ikke neste pasient. Feil som én person kan gjøre, kan andre personer også gjøre.

3. Når bivirkninger oppstår eller andre uønskede hendelser oppdages, tenk også på mulige konsekvenser for andre blodgivere, pasienter og blodprodukter.

Anbefaling om transfusjoner

1. Rutinene for rekvirering av spesialprodukter bør innskjerpes. Det er rekvirerende leges ansvar å bestille riktig blodprodukt.

2. Pasienter bør types to ganger i to ulike prøver tatt til forskjellig tidspunkt.

3. Bruk tilstrekkelige kontroller ved typing og screening. Vurder systemer for automatisert tolkning og overføring til datasystem.

4. Dersom man ikke har systemer for automatisert tolkning og overføring til datasystem av ABO-typing og det bare er én person på vakt som kan utføre typingen, bør enkelt forlik utføres i tillegg til elektronisk forlik.

5. Sørg for at blodbanken har rutiner som sikrer at kriseblod har riktig blodtype.

6. Vurder elektronisk kontroll ved utlevering (idet blodproduktet blir hentet) og/eller utlevering ved autorisert personell ”over disk”.

7. Innskjerp og forbedre kontrollrutiner ved transfusjon.
   - Bedre opplæring og ev. sertifisering av personell som skal transfundere.
   - Innfør elektronisk system for identifikasjon ved prøvetaking og transfusjon og for transfusjonsrapportering.

8. ISBT 128-merket blod: Kontroller BÅDE tappenummer OG produktkode ved utlevering og transfusjon. Elektronisk identifikasjonssystem vil gjøre dette enklere og sikrere.

9. Vis særlig aktsomhet ved henting av blod ved felles rørpoststasjoner. Strenge kontrollrutiner bør innføres.

10. Unngå blodskap/ plasmafrysere utenfor blodbanken der det er mulig. Der en likevel velger å beholde disse; skjerp inn rutinene ved henting av blodprodukter fra disse.

11. Dersom en har begynt å transfundere en blodenhet til en pasient, og så oppdager at denne pasienten ikke skulle hatt denne enheten, må transfusjonen straks avbrytes. Denne enheten må IKKE gis til en annen pasient, men returneres til blodbanken.

12. Benytt blodvarmer kun når det er indisert iht. faglige retningslinjer. Blodvarmere skal valideres og godkjennes før de tas i bruk.

13. Transfusjonsreaksjoner må utredes iht. lokale prosedyrer. Hjelp til å lage prosedyre for utredning finnes på www.hemovigilans.no. Full utredning kan være vanskelig og tidkrevende, men **må** gjøres ved mistanke om sjeldne og alvorlige bivirkninger slik som for eksempel TRALI, anafylaktiske reaksjoner, GVHD, PTP og ved mistanke om transfusjonsoverført smitte. Spesialist i transfusjonsmedisin bør trekkes inn og ofte kreves samarbeid med andre fagpersoner.

14. Når en pasient har hatt en transfusjonskomplikasjon, bør dette dokumenteres både i pasientjournal og på aktuelle pasient i blodbankdatasystemet. Det bør også legges inn en kommentar om transfusjonskomplikasjonen på aktuelle givere.

15. Det bør etableres rutiner som sikrer at blodbanken ved behandlende sykehus får beskjed om at en pasient har skiftet blodtype etter beinmargs- eller stamcelletransplantasjon.

Anbefalinger om blodgivning

1. Kompresjon på stikkstedet må kvalitetssikres og giveren bør få beskjed om ikke å løfte tungt med aktuelle arm de nærmeste dager.

2. Avbryt tappingen dersom venepunksjonen er smertefull.

3. Vær varsom med å korrigere nålens posisjon etter venepunksjonen.

4. Råd til givere om ikke å anstrenge seg hardt fysisk i døgnet etter tapping opprettholdes.

5. Råd til givere om ikke å utføre aktiviteter der synkope medfører økt risiko for giver eller andre i døgnet etter tapping opprettholdes.

6. Givere som har hatt moderate til alvorlige vasovagale symptomer ved mer enn én tapping, bør utgå som givere.

7. Ta ekstra godt hånd om førstegangsgiverne, spesielt med tanke på å forebygge synkoper.

8. Anbefalingen i Veileder for transfusjonstjenesten i Norge om at giveren skal oppfordres til å hvile 10-15 minutter og drikke rikelig bør følges.

9. Giverne bør oppfordres til å melde tilbake til blodbanken om eventuelle komplikasjoner. Spør blodgiverne aktivt om de har hatt komplikasjoner pga. blodgivning.

10. Vær ekstra observant når giveren har lav vekt og estimert lavt blodvolum.

Anbefaling om andre uønskede hendelser

1. Det er ofte lettere å diskutere hendelser som ble avverget før de fikk konsekvenser enn hendelser som faktisk førte til bivirkninger, fordi ingen har tatt skade. Bruk hendelsene til intern opplæring og til forbedring av prosedyrene.

2. Bruk elektronisk overføring av analysesvar.

3. Gi god opplæring og dokumenter denne.

4. Gjør risiko- og sårbarhetsanalyser.

Recommendations (English)

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services runs the Norwegian Haemovigilance System on behalf of the Norwegian Directorate of Health. One of our tasks is to publish an annual report. The purpose of this report is to form the knowledge basis for the continuous improvement of the transfusion services. This 2010 report is divided into partial reports that will be published during November and December 2011. This report contains all the recommendations given by the Haemovigilance system.

General recommendations

1. Adverse events are well suited to learn and to understand the weaknesses in own routines.
   - Use your own adverse events actively to learn and thereby improve the quality and safety locally.
   - Report your own adverse events to the haemovigilance system, so that others can learn from these and national guidelines can be improved.
   - Learn from adverse events reported from others, for example by reading the haemovigilance reports. What can happen in one place, will usually also take place elsewhere.

2. Think system. By calling it "an isolated, human error" you don't help the next patient. Errors that one person can do, other people also do.

3. When side effects occur, or other adverse events are detected, consider also the possible consequences for other blood donors, patients and blood products.

Recommendations on transfusions

1. The procedures for ordering special products should be stricter. The physician in charge of the patient is responsible for ordering the correct blood product.

2. ABO and RhD grouping of patients should be performed twice in two different samples taken at different times.

3. Use adequate controls for blood grouping and screening. Consider systems for automated interpretation and transfer to the blood bank computer system.

4. If you do not have systems for automated interpretation and transfer of ABO grouping, and there is only one person on duty who can perform grouping, you should do an immediate spin compatibility test in addition to the electronic compatibility test.

5. Make sure that the blood bank has procedures to provide emergency blood of the correct blood group.

6. Consider electronic control of blood delivery (collecting blood from the blood bank by clinical staff) and/ or delivery by authorized blood bank personnel "over the counter".

7. Improve the bedside control of transfusion.
   - Improve training and consider certification of transfusing personnel.
   - Introduce electronic identification system for sampling, transfusion and transfusion reporting.

8. ISBT 128-labeled blood: Check BOTH donation number AND product code on delivery and transfusion. Electronic identification system will make this easier and safer.

9. Take special care when collecting the blood at pneumatic tube stations. Strict control should be introduced.

10. Avoid blood storage refrigerators/ plasma freezers outside the blood bank if possible. If you still choose to keep them, sharpen the procedures for collecting blood products from these.

11. If you have started to transfuse a blood unit for a patient, and then discover that this patient should not have had this unit, the transfusion must be immediately discontinued. The unit should NOT be given to another patient, but must be returned to the blood bank.

12. Use a blood warmer only when it is indicated according to professional guidelines. Blood warmers should be validated and approved before they are put into use.

13. Transfusion reactions should be evaluated according to local procedures. You will find useful information on investigation procedures on www.hemovigilans.no . Complete investigation may be difficult and time consuming, but must be performed when rare and serious side effects are suspected, such as TRALI, anaphylactic reactions, GVHD, PTP and transfusion transmitted infection. Specialists in transfusion medicine should be involved and collaboration with other professionals is often required.

14. When a patient has experienced a transfusion reaction, it should be documented both in the patient records and in the blood bank computer system. A comment should also be made on the involved donor(s) in the blood bank computer system.

15. When a patient has changed blood group after a bone marrow or stem cell transplantation, it's important that the blood bank at the hospital where the patient is treated, is informed. Procedures should be established to ensure that information will be given to the blood bank.

Recommendations on donor complications

1. Compression at the venipuncture site must be quality assured and the donor should be told not to carry anything heavy with the donation arm for the next few days.

2. Interrupt donation if venipuncture is painful.

3. Be careful not to correct the position of the needle after venipuncture.

4. Advise the donors not to exert themselves hard physically 24 hours following the donation.

5. Advise donors not to carry out activities where syncope leads to increased risk for the donor or to other persons, for 24 hours after donation.

6. Donors, who have experienced moderate to severe vasovagal symptoms by more than one collection, should be deferred indefinitely.

7. Take extra good care of first time donors, particularly with a view to preventing syncope.

8. The recommendation in the national guidelines that the donor should be encouraged to rest for 10-15 minutes and drink plenty, should be followed.

9. Donors should be encouraged to report back to the blood bank any complications. Ask blood donors actively if they have had complications due to blood donation.

10. Be extra observant when the donor has a low body weight and estimated low blood volume.

Recommendations on other adverse events

1. It is often easier to discuss the events that were averted before they had consequences than the events that actually led to side effects, because no one has been harmed. Use events for internal education and improvement of procedures.

2. Use electronic transfer of analysis results.

3. Provide good training and document it.

4. Perform risk and vulnerability analysis.