

Klinisch Labo OLV Ziekenhuis

Klinisch Labo Campus Aalst

Moorselbaan 164
9300 Aalst
T. +32 (0)53 72 40 64
F. +32 (0)53 72 45 88

Klinisch Labo Campus Asse

Bloklaan 5
1730 Asse
T. +32 (0)2 300 60 42
F. +32 (0)2 300 65 00

Klinisch Labo Campus Ninove

Biezenstraat 2
9400 Ninove
T. +32 (0)54 31 20 65

www.olvz.be

In dit nummer

Registratie van pre-analytische fouten	1
Richtlijn bridging van antistollingsmedicatie	2

Interessante info

Op dinsdagnamiddag om 15h organiseert het laboratorium regelmatig wetenschappelijke kranzen:

Dinsdag 26/04/2011

Heparine geïnduceerde trombopenie

Spreker: dr. Marina Mukovnikova

Dinsdag 17/05/2011

Bacteriologie: onderwerp volgt

Spreker: dr. Silvie Nickmans

Dinsdag 31/05/2011

Behandeling fungale infecties

Spreker: apr. Christine Van Laer

Dinsdag 07/06/2011

Kwaliteitszorgvergadering

Spreker: mr. Staf Van Der Biest

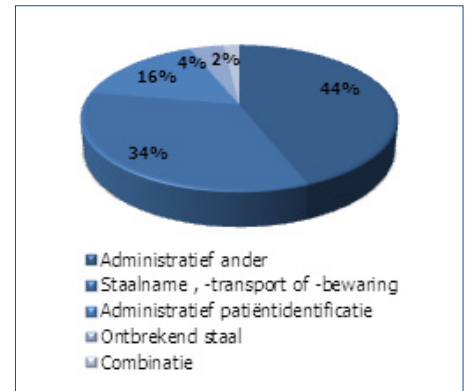
Registratie van preanalytische fouten

Onder de internationaal aanvaarde definitie van 'laboratoriumfout' vallen alle fouten die kunnen optreden tijdens de volledige laboratoriumcyclus, vanaf het aanvragen van analyses tot het rapporteren van resultaten. Echter, tot meer dan 60 % van deze fouten zijn preanalytisch. Dit zijn vaak te voorkomen afwijkingen, die desalniettemin aanleiding kunnen geven tot een inadequaat patiëntenbeleid.

Meten is weten: om een beeld te krijgen van de mate en de types van preanalytische fouten in ons laboratorium, werd vanaf 1 september 2010 gestart met de registratie hiervan in het laboratorium Bacteriologie.

Een eerste evaluatie werd gemaakt van de registratie tot eind december 2010. We stelden vast dat 2,5 % van de aanvragen (620/24373) gepaard ging met zo'n preanalytische fout. Aangezien het de opstartperiode betreft van de registratie, kunnen we verwachten dat het reële aantal tot 10x meer bedraagt. De verdeling van de types preanalytische afwijkingen staat weergegeven in figuur 1. In meer dan de helft van de gevallen betreft het administratieve onvolledigheden of onnauwkeurigheden die enerzijds met de nodige inspanning kunnen voorkomen worden, maar anderzijds de kwaliteit en de gevolgen van het uiteindelijke resultaat nadelig kunnen beïnvloeden (vb. een ontbrekende of incorrecte aanduiding van het staaltype kan aanleiding geven tot een inadequate uitwerking van een bacteriologische kweek). In 16 % van de registraties ging het om ontbrekende of foutieve patiëntidentificatie van het staal en/of het aanvraagformulier. In geval van andere administratieve fouten, ging het om ontbrekende of foutieve aanduiding van analyses op het aanvraagformulier, ontbreken van vermelding van indicatie (vb. MRSA snelscreening), ontbreken van vermelding van afnametijd (vb. hemoculturen), ontbreken van de aanvrager of ontbrekende specificatie van staaltype.

Een tweede categorie van fouten heeft betrekking op de staalafname, -transport of -bewaring, met in de eerste plaats het afleveren van een niet correct afgesloten monster (vb. uitgelopen urinestalen voor bacteriologische kweek) of een te lange bewaring op de dienst. Aangezien de kwaliteit van het geleverde staal een niet te weerleggen impact heeft op het leveren van betrouwbare en bruikbare laboratoriumresultaten, willen we vooral de nadruk leggen op het belang van een correcte afname en transportbeleid. Verder werden ook ontbrekende stalen of combinaties van voorgaande items vastgesteld.



Figuur 1. Overzicht van preanalytische fouten geregistreerd op laboratorium Bacteriologie in de periode 01/09/10 tot 31/12/10.

Diensten die graag op de hoogte worden gebracht van het aantal en de aard van de preanalytische afwijkingen die werden geregistreerd bij hun stalen, kunnen hiervoor terecht bij an.boel@olvz-aalst.be. Wij blijven deze in de toekomst op periodische basis herevalueren. In de toekomst zullen ook laboratorium Biochemie en Hematologie starten met deze registratie. Dit kan een waardevolle aanzet zijn om in samenwerking met de verschillende klinische diensten deze fouten aan te pakken en op deze manier zowel de dienstverlening van het laboratorium als de uiteindelijke kwaliteit van de patiëntenzorg mee te optimaliseren.

apr. Eline Verhoye
Labo Bacteriologie
053/72.42.74

Verdere vragen en informatie:

Laboratorium OLVZ Aalst, 1ste verdieping
Editor: Lieve.Van.Hoovels@olvz-aalst.be
053/72.47.91
<http://www.olvz.be/>

Richtlijn bridging van antistollingsmedicatie

De clinicus wordt vaak geconfronteerd met de vraag wat de beste therapeutische aanpak is bij patiënten onder anticoagulerende of anti-aggregerende behandeling, die een heelkundige interventie en/of een invasieve diagnostische procedure dienen te ondergaan. Het is dan ook op vraag van vele collega's dat er een richtlijn betreffende deze materie zou worden opgesteld. Wij stelden hiervoor een ad hoc "bridging"-comité samen en schreven samen een richtlijn op papier. Zoals het woord zegt, is het slechts een richtlijn, bedoeld als leidraad voor de clinicus, maar vanzelfsprekend zal – in voorkomend geval – voor iedere patiënt een individuele afweging moeten worden gemaakt.

De opgave was niet makkelijk, gezien enerzijds de complexiteit van de materie en anderzijds het vaak gebrek aan "evidence based" materiaal. Niettemin is



Figuur 2. Het "bridging"-comité stelde richtlijnen op om de peri-operatieve periode bij mensen onder anti-coagulerende of anti-aggregerende therapie zo goed mogelijk te overbruggen.

geprobeerd een middenweg te vinden tussen een al te overladen en hierdoor onoverzichtelijk werkstuk enerzijds en anderzijds een te summiere, al te eenvoudige synthese.

Enkele belangrijke bemerkingen bij de bridging richtlijn:

- De dosis van de LMWH is zo bepaald, dat het zo eenvoudig mogelijk blijft: profylactische dosis voor laag tromboserisico, therapeutische dosis voor hoog tromboserisico.

- Voor de therapeutische dosis van LMWH, opteren we om deze steeds in 2 giften per dag toe te dienen. Het gebruik van Fraxodi® willen we zo vermijden. Hierdoor kan de dosis bij bloedingsproblemen immers gemakkelijker aangepast worden, en kan er bovendien tot 12 uur voor de ingreep de laatste dosis LMWH toegediend worden. Dit is niet mogelijk indien de therapeutische dosis in 1 gift per dag wordt gegeven: dan moet de laatste spuit 24 uur op voorhand worden toegediend.
- Het is belangrijk om het normale schema van de coumarinetherapie van de patiënt te kennen voor de opstart van de coumarines! Patiënten zijn daar zelf doorgaans zeer goed van op de hoogte. Het opstarten met 3-2-1 is uit den boze, en loopt het risico dat na een week de PT INR sterk gaat doorschieten, met alle bloedingsrisico's van dien.
- Om het eenvoudig te houden, opteren we ervoor om voor ieder coumarine 7 dagen voor de invasieve ingreep te stoppen met therapie. Dit is uiteraard voor discussie vatbaar.
- Om het tromboserisico in te schatten bij patiënten met VKF, wordt gebruik gemaakt van de CHA2DS2VASc-score. Verdere specificatie is beschreven in de richtlijn.
- Onder "trombofilie" begrijpen wij het voorkomen van aangeboren FV Leiden mutatie, FII mutatie, antitrombine deficiëntie, proteïne C deficiëntie, vrij proteïne S deficiëntie, hyperhomocysteinemie, verworven anti-fosfolipidensyndroom of myeloproliferatieve aandoening.

U vindt de richtlijn ook op het huidige intranet onder: het ziekenhuis – medisch – labo klinische biologie – procedures – orale antistolling – Bridging orale anticoagulantia. Verdere suggesties zijn steeds welkom om het gebruik van deze richtlijn verder te optimaliseren in ons ziekenhuis.

dr. Els Bailleul
labo Hematologie
053/72.48.91

dr. Peter Verstraeten
dienst Pneumologie
053/72.43.28

dr. Griet Huysmans
dienst Hematologie
053/72.88.52

CIJFER WIJZER

Consult microbiologie: op dit telefoonnummer kan u terecht voor microbiologisch, infectiologisch of antibiotica advies. Gemiddeld geven de microbiologen 100 telefonische consulten/week.

4172