

Uheldige hendingar i handteringa av legemiddel

«Utfordringane må speglast i den opplæringa som blir gitt i utdanninga av helsepersonell, i opplæringsprogram i institusjonar og i rutinar for samhandling mellom personell og mellom avdelingar.»

Uheldige hendingar knytte til korleis helsepersonellet handterer legemiddel, er eit omfattande problem. Helsetilsynet får meldingar til Meldesentralen om slike hendingar. Slike meldingar utgjer om lag 27 prosent av alle meldingar. Sjukehusa rapporterer om lag ti dødsfall årleg på grunn av svikt i legemiddelhandtering.

Feil ved administreringa av legemiddel kan ha fleire årsaker, og mange av desse handlar om forveksling. Kjeda er ofte lang frå legen føreskriv ein medisin, til pasienten får han. I denne kjeda går informasjonen mellom ulike medium og personar, og det er mange stader det kan oppstå feil:

- Sjukepleiaren kan misoppfatte ein munnleg beskjed.
- Personalet kan vere ukjent med somme legemiddel, til dømes lite brukte eller nye legemiddel.
- Ein kan forveksle legemiddel på grunn av at innpakning eller namna liknar, til dømes Sorbangil versus Sobril.
- Ein kan gjere utrekningsfeil ved dosering (ofte ti gonger for høg dose på grunn av feil med desimalteikn).
- Legemidla kan bli administrerte på feil måte, til dømes intravenøst i staden for gjennom munnen.
- Forveksling av pasientar fordi dei har namn som liknar, eller dei har bytt sengeplass.
- Feil når ein overfører føreskrivingar mellom dokument.
- Utanlandsk helsepersonell som er ukjent med norske legemiddelnamn og konsentrasjonar.

Her følgjer nokre konkrete eksempel frå tilsynssaker som er behandla i Statens helsetilsyn:

Fordi ein erkjenner at handteringa av legemiddel utgjer ein monaleg risiko for svikt, blir det oppretta ulike former for barrierar som skal minske risikoen. Regelverket¹ gjer greie for somme av barrierane og lokale prosedyrar set opp andre barrierar (dobbelkontroll i enkelte situasjonar).

Det er urovekkjande at det ligg føre nærmast eit uendeleg tal lokale prosedyrar og skjema som aukar faren for misforståingar, og som skaper problem når helsepersonell byter arbeidsstad, eller når det er utstrekt bruk av vikarar.

I somme institusjonar sikrar ein at rett legemiddel blir gitt til rett pasient gjennom datastyrt pakking og utlevering frå apotek med elektronisk identifikasjon (strekkode). Slike system har betra tryggleiken, men dei er heller ikkje heilt sikre.

Andre fysiske tiltak for å betre tryggleiken kan vere å merkje sprøyter tydelegare, nytte fargekodar, nytte ulike koplingar og særskilte sprøyter for intravenøs, peroral, spinal/epidural tilgang. Men i siste instans er det viktig å vere klar over at sjukepleiaren ved senga ikkje har fleire barrierar å lene seg til og må vere på vakt overfor moglege feilkjelder som vi har nemnt ovafor.

¹ Forskrift om legemiddelforsyningen mv. ved sykehus og andre helseinstitusjoner (18.12.2001 nr 1576).

Hendingar:

Feil administrering

På den første nattevakta si på barneavdelinga administrerte den nyttilsette sjukepleiaren Captopril og Sildenafil (medisinar for hjartesykkdom og blodtrykk) mikstur intravenøst i sentralt venekateter i staden for i magesonde. Sjukepleiaren og kontaktsjukepleiaren hennar trekte opp to sprøyter med medikament og signerte for at det var trekt opp riktig legemiddel og dose på kurven. Sprøytene blei ikkje merkte verken med legemiddel eller administrasjonsmåte. Kontaktsjukepleiaren blei kalla til ein anna pasient. I mellomtida gjekk sjukepleiaren inn til pasienten som var blitt uroleg. Etter mating og stell administrerte sjukepleiaren dei ferdig opptrekte legemidla i CVK i staden for i magesonde.

Årsaker til hendinga:

- Det blei nytta vanlege sterile sprøyter til opptrekk av både perorale/enterale legemiddel og intravenøse legemiddel.
- Sprøytene var ikkje særskilt merkte.
- CVK og ernæringssonde var ikkje særskilt merkte.
- Sjukepleiaren blei truleg distraherert av at barnet var uroleg og måtte stellast før det fekk legemidla.

Hendingar:

Feil dosering

Metotreksat er ei svært potent og toksisk cellegift. Ho blir også brukt til å behandle enkelte pasientar med alvorleg leddgikt. Det skal da doserast ein gong per veke. Dette er ei svært uvanleg dosering for tablettar, og i fleire hendingar er det meldt om at metotreksat er gitt dagleg over lengre tid, ofte med svært alvorlege konsekvensar for pasienten. Legen føreskriv for eksempel «Methotrexate 10 mg x 1». Dette blir oppfatta som dagleg dosering i staden for dosering per veke. I andre tilfelle er tilleggsinformasjonen om at legemiddelet berre skal doserast på bestemte dagar i veka, oversedd.

Årsaker til hendinga:

Feil i overføring av forordning frå

- spesialist til allmennlege
- allmennlege til sjukehus
- innleggingsskriv til journal
- journal til medikamentark
- gammalt til nytt medikamentark

Hendingar:

Feil som kjem av at utanlandsk helsepersonell er ukjent med norske legemiddelnavn og konsentrasjonar

Ein tysk anestesilege bad sjukepleiaren om å blande ut Pentothal (narkosemiddel). 2500 mg pulver blei løyst i 20 ml saltvatn. Legen administrerte 15 ml av oppløysinga i den tru at ho inneheldt 500 mg Pentothal, slik han var vand med frå Tyskland.

Årsaker til hendinga:

- Manglande merksemd om lokale forhold
- Sviktande samhandling
- Manglande merking av sprøyter