

Legemiddelhåndtering – hva kan gå galt?

- «Det var en travel dag i avdelingen, mange pasienter hadde behov for hjelp. Rett før midnatt koblet jeg fra infusjon med det jeg trodde var antibiotika og oppdaget at pasienten hadde fått infusjon med Metronidazol og Cefotaxim i stedet. Disse stoffene skal ikke blandes, i følge Felleskatalogen».

I sykehus har mange helsepersonell en travel hverdag. Det kan være få ansatte på vakt og mange pasienter med sammensatte behov i avdelingen. Mye kan skje sent på kvelden eller om natten, når sykepleiere og leger er slitne. I slike situasjoner er det viktig med gode rutiner og prosedyrer for å forebygge feil. I denne artikkelen skal vi vise noen eksempler fra meldinger registrert i Meldesentralen, for å illustrere hva slags feil som kan skje i håndteringen av legemidler.

Meldesentralen registrerte 16 457 meldinger om uønskede hendelser i sykehus i tidsperioden 2001 til 2009. 3733 av meldingene, dvs. 23 prosent, gjaldt hendelser i forbindelse med legemiddelhåndtering. Noen typiske feil ved håndtering av legemidler er at:

- det gis feil dose
- det gis på feil måte
- det gis feil legemiddel
- det gis til feil pasient
- det gis til feil tidspunkt
- det har uventet effekt

25 prosent av de rapporterte feilene i perioden gjaldt feil dose, dvs. at pasienten enten fikk for lite eller for mye av et legemiddel. For eksempel:

- «Jeg skulle føre over medisiner fra en side i medisinararket til neste side. Jeg skrev Trileptal 300 mg 2,5 tbl ganger 2. Jeg skulle ha skrevet Trileptal 300 mg 2,5 tbl morgen + 2 tbl kveld. Den som skulle kontrollere at jeg hadde gjort det riktig, hadde heller ikke sett min feil. Dette resulterte i at pasienten fikk feil dose i 5 dager».

14 prosent av feilene gjaldt feil administrering, dvs. at legemiddelet var gitt på feil måte, for eksempel ved at injeksjoner som skulle gis intravenøst (i blodet) ble gitt subkutant (i huden) eller intramuskulært (i muskel):

- «Intravenøs infusjon av hyperton kalium gikk subkutant og førte til nekrose (dødt vev) i innstikkstedet».

I elleve prosent av meldingene ble det gitt feil legemiddel til pasienten. Noen legemidler har navn som lett kan forveksles. Noen pakker ser like ut, og sykepleieren kan ta feil:

- «Pasienten fikk 50 mg Nozinan tabletter som han ikke skulle hatt. Det stod Nobligan på pasientkurven, men jeg leste det som Nozinan».

I elleve prosent av de rapporterte hendelsene fikk pasienten et legemiddel som en annen pasient skulle fått.

- «Pasienten som skulle ha en gynekologisk operasjon fikk nabopasientens premedisiner og fastemedisiner».

Ni prosent av hendelsene gjaldt uventet effekt:

- «Pasienten hadde fått fjernet mandlene. Hun fikk postoperativ smerteterapi med Morfin. Dette førte til kløe. Det ble byttet til Ketorax. Uvula (drøvelen) var da på størrelse med en drue. Pasienten ble veldig hoven i ansiktet, leppene, halsen og litt i de øvre ekstremiteter.»

Få meldinger, kun tre prosent, gjaldt feil tidspunkt:

- «Ga medisin kl 11 (tre timer for sent) og oppdaget det sent fordi det var uklart i pasientjournalen».

De fleste uønskede hendelser i legemiddelhåndtering (88 prosent) førte ikke til skade på pasienten. Likevel er det viktig at hendelsene meldes, slik at sykehusene kan analysere årsakene til hendelsene, lære av feilene, og forebygge hendelser som kan føre til personskade eller dødsfall.

33 prosent av pasientene som er innlagt på sykehus, er eldre mennesker. Eldre mennesker er mer utsatt for legemiddelhåndteringsfeil enn yngre. I så mange som 47 prosent av hendelsene som gjaldt legemiddelhåndtering var pasienten 67 år gammel eller eldre.

Bivirkninger av legemiddelbruk meldes til Statens legemiddelverk, mens feil knyttet til legemiddelhåndtering meldes til Statens helsetilsyn. Legemiddelhåndtering omfatter alle oppgaver som utføres fra legemiddelet er rekvirert til det er utdelt.