

# Virksomheter kan bli bedre på å **redusere risikoen** for at helsepersonell gjør **feil**

Statens helsetilsyn behandler hvert år tilsynssaker der helsepersonell har gjort faglige feil når de gir helsetjenester. Virksomheten bør ha mer oppmerksomhet på hvordan de kan redusere risikoen for at slike feil skjer. Virksomheten har ansvar for å styre og tilrettelegge driften slik at risikoen for at helsepersonell gjør feil blir så liten som mulig, og at feil ikke får negative konsekvenser for pasientene.

I denne artikkelen illustrerer vi, gjennom to enkeltsaker, virksomhetens ansvar og den betydningen styringen har for å hindre at helsepersonell gjør feil som fører til uønskede hendelser.

## **To hendelser med alvorlige feil i legemiddelhåndteringen**

Begge hendelsene handler om at pasienter fikk feil dose av det sterke smertestillende legemiddelet morfin. Legemiddelet ble i begge tilfellene gitt som subkutan injeksjon (injisert under huden).

I det ene tilfellet var det en sykepleier i hjemmesykepleien som klargjorde og ga den hjemmeboende pasienten en mye større dose enn det legen hadde forordnet som smertelindring. Sykepleieren skulle gjøre i stand en dose på 2,5 mg morfin, men trakk i stedet opp 2,5 ml fra hetteglasset. I tillegg til at sykepleieren synes å ha blandet mg og ml hadde morfinen en sterk konsentrasjon (20 mg/ml). Pasienten fikk derfor 50 mg morfin i stedet for 2,5 mg morfin.

I den andre hendelsen, som skjedde på et sykehjem, fikk pasienten 25 mg morfin i stedet for 2,5 mg morfin.

Vi kom fram til at virksomhetene kunne ha gjort forebyggende tiltak for å minske risikoen for at disse feilene skjedde.

## **Mangler ved virksomhetens styring øker risikoen for at det skjer feil**

I den første hendelsen, som skjedde i hjemmesykepleien, ble det ikke utført dobbeltkontroll. Det vil si at dosen som sykepleieren hadde klargjort ikke ble kontrollert av en annen sykepleier, slik god og trygg praksis er. Å gjennomføre dobbeltkontroll kan være praktisk utfordrende når helsehjelpen gis i pasientens hjem, men i dette tilfellet ville det vært mulig. Virksomhetens rutiner manglet imidlertid et krav om slik dobbeltkontroll. Virksomheten manglet også rutiner for istandgjøring og utlevering av legemidler.

I hendelsen som skjedde på sykehjemmet, vurderte Helsetilsynet at virksomheten ikke hadde sørget for at kompetansen på avdelingen var slik den burde. Vikaren som ga pasienten det smertestillende legemiddelet var ikke autorisert sykepleier, men medisinerstudent. Her ble det utført dobbeltkontroll, men helsepersonellet som utførte den, hadde ikke fått opplæring i å utføre slike kontroller.


I tillegg var det mangler ved narkotikaregnskapet for dette legemiddelet. Uttak fra lageret var noen ganger ført i mengde (ml) og noen ganger i styrke (mg). Dette førte til at vikaren som klargjorde dosen ble forvirret. Vikaren var heller ikke veldig godt kjent i avdelingen, og opplevde vekten som stressende. Det øker risikoen for feil.

## **Virksomheten skal tilrettelegge for at risikoen for alvorlige feil blir mindre**

Begge virksomhetene gjennomgikk sine rutiner og sin praksis like etter hendelsene, og før tilsynssakene var ferdigbehandlet. At virksomhetene gjorde det, er av avgjørende betydning for å hindre at lignende feil skjer i fremtiden. Gjennomgangen bør gjøres systematisk og forankres i ledelsen. Statens helsetilsyn

påpekte imidlertid til en av virksomhetene, at vi forventet en grundigere gjennomgang enn det som virksomheten hadde redegjort for til oss. Den andre virksomheten hadde etter hendelsen gjennomført opplæring i internkontroll for virksomhetens ledere.

Virksomhetenes egen gjennomgang avdekket mangler i begge virksomhetene, og begge hadde gjennomført tiltak før tilsynssaken ble behandlet.

 Pasienten fikk derfor 50 mg morfin i stedet for 2,5 mg morfin.”

Den virksomheten som tidligere leide inn studenter som vikarer for sykepleiere, avsluttet denne praksisen. De styrket bemanningen generelt, og særlig sykepleierbemanningen. Begge virksomhetene styrket opplæringen, blant annet i legemiddelhåndtering.

Begge virksomhetene endret og korrigerte rutineene sine for legemiddelhåndtering. Den ene virksomheten, der rutineene ikke ble fulgt, gjorde rutineene tydeligere og gjorde dem bedre kjent. Den andre virksomheten utarbeidet nye rutiner for deler av legemiddelhåndteringen.

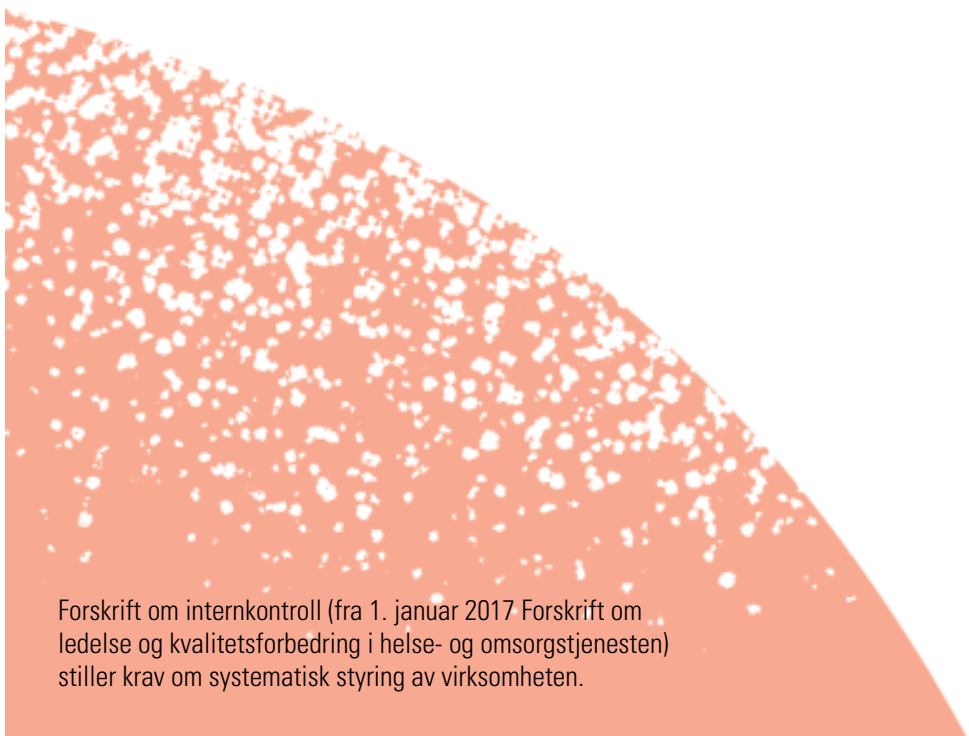
Den ene virksomheten besluttet å kun ha ampuller (1 ml) med morfin tilgjengelig, ikke hetteglass (10 ml). Til den andre virksomheten bemerket Statens helsetilsyn at oppbevaringen og tilgangen til morfin med ulik konsentrasjon er viktig å vurdere, for å redusere risiko for at helsepersonell i en presset situasjon tar feil av dette.

### **Feil skal forebygges og hindres og håndteres når det likevel skjer**

Legemiddelhåndteringsforskriften stiller krav om at virksomheten skal ha skriftlige rutiner for alle deler av legemiddelhåndteringen. Rutineene må gjøres kjent for alle og må repeteres jevnlig. Ledelsen må følge med på om rutineene følges og virker slik de var tenkt. Det må gjøres risikovurderinger og etableres egne tiltak for utsatte deler av legemiddelhåndteringen.

Administrering av sterke smertestillende legemidler som morfin (legemidler i legemiddelgruppe A) anses som et område med fare for svikt, særlig når det skjer i pasientens hjem.

Når det likevel skjer feil, må de håndteres på best mulig måte. Virksomhetene må ha rutiner også for hvordan feil skal håndteres. Dersom det er utarbeidet rutiner, og virksomheten har oppmerksomhet på både å unngå at feil skjer, og hva som er viktig og riktig å gjøre dersom det skulle skje feil, vil det enkelte helsepersonell være forberedt og bedre i stand til å håndtere situasjonen på en god måte.



Forskrift om internkontroll (fra 1. januar 2017 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten) stiller krav om systematisk styring av virksomheten.