
Noen tanker i kjølvannet av en fatal feilmedisinering

DEBATT

BERNWARD ZELLER

bzeller@ous-hf.no

Bernward Zeller (f. 1954) er ph.d. og spesialist i barnesykdommer, med spesialkompetanse i kreft- og blodsykdommer. Han er overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus, og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for solide svulster hos barn.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Det er avgjørende at vi lærer av saken der en liten gutt døde etter feil administrering av cellegift. Har vi gode nok nasjonale systemer som sikrer at alvorlige feil ikke gjentar seg?

En seks år gammel gutt med hjernesvulst døde etter tragisk feilmedisinering ved Haukeland universitetssykehus. Istedenfor metotreksat ble det injisert vinkristin i spinalvæsken via et Ommaya-reservoar (et intraventrikulært kateter). Katastrofen rammet pasientens familie, de involverte helsearbeiderne og avdelingen.

Utsiktet intratekal innsprøyting av vinkristin er en kjent og fryktet feil som som oftest får fatale følger [\(1\)](#). Allerede i dagene etter hendelsen ble det klart at den sikreste måten å unngå slike forvekslinger på, er å levere alle vinkaalkaloider (i pediatrik onkologi i all hovedsak vinkristin og vinblastin) i poser til intravenøs infusjon (minibag) – og dermed unngå faren for forveksling av sprøyter. Dette tiltaket ble da også anbefalt av Verdens helseorganisasjon i et rundskriv i 2007 – *Vincristine (and other vinca alkaloids) should only be given intravenously via a minibag* [\(2\)](#).

I barneavdelingene i Norge er dette fra 2008 blitt gjennomført konsekvent for vinkristin til barn under behandling for akutt leukemi, men ikke like konsekvent ved behandling med vinkaalkaloider for andre krefttilstander.

Å endre rutiner kan være vanskelig. En artikkel fra Institute for Safe Medication Practices (ISMP) i Canada konkluderte med at en undersøkelse fra 350 onkologisentre fra 13 land viste «forstyrrende lav» implementering av de tre viktigste tiltakene for å

unngå slike forvekslinger (blant dem levering av vinkristin utelukkende i minibag til infusjon) (3). Forfatteren presiserte at alle kjente tilfeller av slike feilmedisineringer (120 tilfeller over 45 år) oppsto i sammenheng med vinkristin levert i sprøyteform.

Statens helsetilsyn har i sin svært grundige rapport om Haukeland-saken konkludert med at Helse Bergen ikke hadde «sikret forsvarlig helsehjelp til barn med kreft som mottar cellegift i cerebrospinalvæsken. Foretaket har ikke etablert tilstrekkelige retningslinjer og kontrollrutiner for å sikre at legemidler som injiseres i cerebrospinalvæsken hos barn med kreft, ikke blir forvekslet» (4).

Bedre rutiner

Etter hendelsen ved Haukeland universitetssykehus har det vært betydelig aktivitet i det barneonkologiske miljøet for å forbedre rutineene ved intratekal administrering av cellegift. Allerede dagen etter hendelsen fattet Oslo universitetssykehus et straksvedtak om utelukkende å utlevere vinkaalkaloider til intravenøs infusjon hos barn i poser, og samtlige kurdefinisjoner i cytodose ble forandret i henhold til dette.

Utfordringen på nasjonalt plan ligger i at kjemoterapi ikke bare administreres ved de fire største barneonkologiske avdelingene, det gjøres ved de fleste norske barneavdelinger. Det ble derfor brukt en god del energi på å spre informasjon om Haukeland-saken, om viktigheten av å gå gjennom prosedyrer og rutiner og om nødvendigheten av å legge om til intravenøs infusjon for alle vinkaalkaloider. Håpet er at dette nå er på plass i alle avdelinger.

I denne sammenhengen må det være på sin plass å komme med noen spørsmål. For det første: Verdens helseorganisasjon kom med en klar og viktig anbefaling i 2007 (2). Hvem er det som mottar slike advarsler? Er det hver avdeling, eventuelt hvert sykehusapotek, som er ansvarlig for å plukke opp slike rundskriv? Er det «fagmiljøet» (hvem så det måtte være)? Burde ikke en overordnet institusjon (f.eks. Statens legemiddelverk) fange opp slike rundskriv og sørge for at de blir implementert i de aktuelle avdelinger?

For det andre: Statens helsetilsyn var allerede fra slutten av august 2017 klar over at en av de viktigste risikomomentene i Haukeland-saken besto i utlevering av vinkristin i sprøyte. Hvis ikke dette hadde skjedd, ville feilen med sikkerhet vært unngått. Per dags dato, det vil si over fire måneder etter hendelsen, foreligger det ingen tegn på at Helsetilsynet har tatt ansvar for resten av Norge (utover det å følge opp forbedringen av rutineene ved Haukeland universitetssykehus). Hva hvis samme fatale feil hadde skjedd på nytt ved en annen avdeling i løpet av høsten?

Norge er heldigvis et lite land med kort vei «fra topp til tå». Ingen ønsker seg en «kontrollstat» – og direktiver er vi sikkert lite begeistret for. Spørsmålet blir for meg allikevel: Bør ikke overordnede instanser på en bedre måte bidra til at trygge systemer er på plass i hele Norge?

LITTERATUR

1. Qweider M, Gilsbach JM, Rohde V. Inadvertent intrathecal vincristine administration: a neurosurgical emergency. Case report. J Neurosurg Spine 2007; 6:

2. World Health Organization. Vincristine (and other vinca alkaloids) should only be given intravenously via a minibag. Information Exchange System, Alert No. 115. July 18, 2007. www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf?ua=1 (19.1.2018).
3. Grissinger M. . Pharm Ther 2016; 41: 464 - 6. GrissingerM. Death and neurological devastation from intrathecal vinca alkaloids. Pharm Ther2016; 41: 464 - 6.
4. Helsetilsynet. Feilmedisinering ved cellegiftbehandling av et seks år gammelt barn ved Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen HF. Tilsynsrapport. <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Feilmedisinering-ved-cellegiftbehandling-av-et-seks-ar-gammelt-barn-ved-Haukeland-universitetssykehus-Helse-Bergen-HF/> (19.1.2018).

Publisert: 19. februar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0031

Mottatt 5.1.2018, godkjent 19.1.2018.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. august 2026.