
Felles tanker i kjølvannet av en fatal feilmedisinering

KOMMENTAR

BJØRN ØGLEND

bjo@helsetilsynet.no

Bjørn Øglend er seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

TONE BLØRSTAD

Tone Blørstad er seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

BRYNHILD BRAUT

Brynhild Braut er avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

I en tankevekkende debattartikkel spør Bernward Zeller om vi i Norge har gode systemer for å sikre at alvorlige feil ikke gjentar seg [\(1\)](#). Utgangspunktet er en fatal hendelse der et barn døde etter feilmedisinering. Statens helsetilsyn undersøkte hendelsen ved stedlig tilsyn på behandlingsstedet. I tilsynsrapporten gjør vi rede for hva som skjedde, hvorfor det skjedde og hvordan det kunne vært unngått [\(2\)](#). Zeller refererer til at WHO allerede i 2007 i et rundskriv advarte om de alvorlige konsekvensene av denne typen feilmedisinering og hvordan det kunne unngås [\(3\)](#). Han spør om hvem som mottar slike advarsler, og hvor ansvaret for å fange opp rundskriv ligger. Debattartikkelen reiser viktige spørsmål om ansvar og arbeidsformer for pasientsikkerhet.

Hvem har best tilgang til informasjon om risiko og samtidig mulighet til å sette inn risikoreducerende tiltak?

Helsetilsynets undersøkelsesenhet, Helsedirektoratets meldeordning [\(4\)](#), Legemiddelverket og snart en ny undersøkelseskommisjon er alle nasjonale ordninger med formål å redusere risiko for feil i behandlingen. Alle mottar meldinger ved alvorlige hendelser. Helsedirektoratet publiserer læringsnotater med utgangspunkt i meldte hendelser, og Helsetilsynet og Legemiddelverket utarbeider rapporter etter sine

undersøkelser. Helsetilsynet er enig med Zeller i at det er viktig for pasientsikkerheten at vi lykkes med å spre kunnskap om risiko som avdekkes etter hendelser. Nasjonale systemer kan bare bidra til redusert risiko dersom de bidrar til virksomhetenes arbeid for å redusere risiko der pasienter mottar helsehjelp. Helsedirektoratet har i en veileder gitt råd om hvordan risikoreduksjon kan skje nær pasienten (5). Direktoratet foreslår at virksomheter gjør interne risikoanalyser dersom det har oppstått uønskede hendelser andre steder i helsetjenesten, og som også kunne ha skjedd hos dem selv. Likeledes anbefales bruk av risikoanalyser dersom medarbeidere anser at en arbeidsoppgave eller situasjon medfører risiko.

Feilmedisinering av den typen som skjedde i den aktuelle saken var kjent og fryktet, og risikoen er formidlet i informasjon og opplæring for leger. Vi har mottatt opplysninger om at flere sykehus i Norge benytter tilsvarende informasjon og opplæring. Sykehusene i Norge har altså hatt kjennskap til denne spesielle risikoen. Flere aktører har arbeidet med å spre kunnskap om risikoen internasjonalt (6). Helsetilsynet fikk kjennskap til denne spesielle risikoen etter at den fatale feilmedisineringen hadde skjedd og hendelsen ble varslet. Melde- og varselordninger fanger opp kun en liten del av situasjonene med risiko knyttet til helsehjelp, og først etter at en risiko har resultert i en alvorlig hendelse. Helsepersonell og deres ledere opplever, vurderer og håndterer risiko daglig. Ansvar for å gi forsvarlig behandling og for å drive kontinuerlig forbedringsarbeid, ligger hos den enkelte virksomhet. Vi arbeider sammen for å bedre pasientsikkerheten, men nøkkelen til virkelig reduksjon av risiko for pasienter ligger i oppmerksomhet og vilje til risikoreduserende arbeid ved den enkelte virksomheten.

LITTERATUR

1. Zeller B. Noen tanker i kjølvannet av en fatal feilmedisinering. Tidsskr Nor Lægeforen 2018; 138: 325. [PubMed]
2. Helsetilsynet. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Feilmedisinering ved cellegiftbehandling av et seks år gammelt barn ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF 2017.
https://www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/varsel_enhet/Haukeland_cellegiftbehandling_2017.pdf (28.2.2018)
3. WHO. Who-115-Alert. Inf aexchange Syst. 18.7.2007.
http://www.who.int/medicines/publications/drugalerts/Alert_115_vincristine.pdf (28.2.2018)
4. Johannessen LB. Meldeordningen - fra jus til læring og forbedring. Tidsskr Nor Legeforen 2018; 138: 406.
5. Helsedirektoratet. Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2016.
6. National Comprehensive Cancer Network. Just Bag It!
<https://www.nccn.org/justbagit/> (28.2.2018).

