



Menneskelig svikt - hyppigere enn vi tror?

REDAKSJONELT

FLAATTEN H

ERRARE HUMANUM EST

Menneskelig svikt er en kjent årsak til feil i pasientbehandling eller diagnostikk. Gode undersøkelser som retter søkelyset mot dette problemet, er imidlertid sjelden vare i den medisinske litteratur. Årsakene til dette er trolig mange, men det ligger i vår menneskelige natur å undertrykke egne feil og mangler. I så henseende er den medisinske profesjon trolig ikke annerledes enn andre profesjoner.

De systematiske undersøkelser som har dreid seg om problemet med menneskelig svikt i sykehus, er ofte fra såkalte arbeidsintensive avdelinger som operasjons- og anesthesiavdelinger samt intensivavdelinger (1). Her er pasientene av ulike grunner i stor grad avskåret fra medvirkning i, og kontroll av, egen behandling.

At problemet er stort, er nylig vist gjennom en israelsk intensiavdeling (2). Undersøkelsen var basert på egenrapportering fra leger og sykepleiere og på rapporter fra spesielt trente uavhengige observatører som var til stede i avdelingen. I denne undersøkelsen ble det over en fire månedersperiode dokumentert 554 feil pga. menneskelig svikt. Av disse ble 29% karakterisert som alvorlige, og som uoppdaget kunne ha ført til forverret pasientstatus! Interessant nok ble kun halvparten av alle feil som ble rapportert av observatører, også registrert av lege eller sykepleier.

Mange typer feil

Feil ved utførte prosedyrer og svikt i medisinsk utstyr er nok de enkleste mangler både å dokumentere og studere. Slike feil er i dag derfor underlagt en betydelig rapporteringsplikt. Feil og avvik i helsetjenesten som rapporteres til Statens helsetilsyn, er fra 1994 utgitt i en periodisk publikasjon (Melderevyn). Feilvurdering og -tolking av diagnostiske prøver og undersøkelser med derav følgende feil terapeutisk veivalg er trolig langt vanskeligere å dokumentere.

Feil vedrørende medikamentrutiner har fra tid til annen fått betydelig medieinteresse. I den anledning kan det være nok å nevne den såkalte Diprivansaken (3). Her handlet det som kjent om bruk av et medikament utenfor registrert indikasjon. Hyppigere forekommende er trolig feildosering eller ombytting av medikamenter, selv om det foreløpig rapporteres få alvorlige hendelser knyttet til feil og forbytting av legemidler i Norge (4).

Ofte blir feilmedisinering sett på som et problem knyttet til medikamentgivning, og som sådan et sykepleiefaglig problem. En tankevekkende undersøkelse fra et

universitetssykehus i New York tyder imidlertid på at feil vedrørende forskrivning av medikamenter også forekommer regelmessig (5).

At konsekvensene av feiladministrering kan bli meget alvorlige, understrekes av Terje Dybvik og medarbeidere i en illustrerende sykehistorie i dette nummer av Tidsskriftet (6).

Ikke bare for pasienter kan slike feil få konsekvenser. Også helsepersonell merker at toleransen er synkende når det gjelder feil, og at det i økende grad skal finnes en "synder". Ved undertegnede egen avdeling har en medarbeider fått påtaleunntatelse fra politiet etter en forbygging av to infusjonsløsninger. Feilen hadde ikke konsekvenser for utfallet av behandlingen, men dette var ifølge påtalemyndighetene av underordnet interesse. Det var skjedd en feil, og denne forbygging ble vurdert alvorlig nok i seg selv. Statens helsetilsyn anser også slike feil som alvorlige, og har gitt kritikk til helsepersonell for liknende forhold (7).

Vi har en parallell i veitrafikkloven, hvor overtredelser kan medføre straffeforfølgelse uavhengig av om noen blir skadet eller ikke. Legges slike vurderinger til grunn, kvalifiserer i alle fall de fleste sykepleiere og leger ved anestesi- og intensivavdelinger til påtaleunntatelse i løpet av kort tids virksomhet.

To forhold er av spesiell interesse når det gjelder menneskelig svikt ved medikamentrutiner: Hvordan unngå feiladministrering, og hvordan skal dette rapporteres?

Det viktigste virkemiddel er avdelingens interne kontrollrutiner. Alle medikamenter som skal gis parenteralt, bør kontrolleres av to personer. Dette er i tråd med forskrifter for medikamenthåndtering ved sykehus (8). For at dette skal kunne gjennomføres fullt ut, må kontrollen skje både ved tillaging og ved administrering.

Dette er personellkrevende, ikke minst når pasienten gis mange medikamenter i løpet av et døgn. Trolig blir slike rutiner i liten grad fulgt ved våre intensivavdelinger.

For det andre må det foreligge entydige skriftlige forordnings- og administrasjonsrutiner. Disse må signeres. Kurver og skjemaer må derfor utformes med tanke på slik signering. Ordinert medikament og infusjon må tydelig skilles fra selve administrasjonen av medikamentet.

Til sist bør ampuller, hetteglass og infusjonsposer være merket og utformet slik at forbygging i minst mulig grad kan skje. Her har apotek og den farmasøytiske industri et spesielt ansvar. Bruk av fargekoder i tillegg til annen merking for opptrukket medikament i sprøyte kan også være en vei å gå (9).

Melderutiner

Når feil først skjer, hvordan skal dette rapporteres og dokumenteres? For det første må det dokumenteres i pasientjournalen at feil har skjedd, selv om dette i første omgang ikke fører til påvisbar pasientskade. Dette gjelder pasientkurve eller observasjonsskjema og eventuelt også som journaltilføyelse.

Hvis feilen påfører pasienten skade, er vi pålagt meldeplikt til en rekke instanser avhengig av type feil og skade.

Legeloven pålegger oss å rapportere til politiet ved mistanke om unaturlig dødsfall (¼41). I forskriftene utdypes dette nærmere med konkretisering av bl.a. dødsfall som skyldes feil, forsømmelse eller uhell under undersøkelse og behandling. I sykehusloven er helseinstitusjonen pålagt å gi skriftlig melding til fylkeslegen ved betydelig personskade (¼18a), og om opprettelse av kvalitetsutvalg som ledd i internkontroll (¼18b). Lov om medisinsk utstyr (1995) pålegger meldeplikt ved hendelsesavvik, feil eller svikt der medisinsk utstyr er eller kan være involvert (¼11). I forskriftene til samme lov blir meldeplikten knyttet til Meldesentralen i Statens helsetilsyn (¼8). Ved feil på elektromedisinsk utstyr er det meldeplikt til Produkt- og elektrisitetstilsynet, og ved mistanke om alvorlig bivirkning av legemiddel, er det meldeplikt til Bivirkningsnemnda.

Melderutiner burde i større grad være et diskusjonstema i våre medisinske miljøer. Dette gjelder både omfanget av ordningene og presisering og klargjøring av hvilke hendelser og feil som skal meldes, og de administrative rutiner. Selve meldeprosessen har inntil nylig vært unødig komplisert med mange skjemaer og ulike instanser som skal ha melding om én og samme hendelse. Vi ser nå konturene av et nytt meldesystem hvor sykehusets kvalitetsutvalg (skadeutvalg) står sentralt. Herfra går meldingene videre til fylkeslegen og Meldesentralen i Statens helsetilsyn. Fortsatt skal andre instanser ha separate meldinger, så systemet er ennå modent for forbedringer.

Det er liten tvil om at en intern registrering av feil og avvik, eksempelvis i regi av sykehusets kvalitetsutvalg, vil gi verdifull informasjon om ulike sider ved pasientbehandling i avdelingene. En slik registrering kan gi en god pekepinn på hvor kvalitetsforbedrende innsats bør settes inn. Terskelen for intern melding bør av den grunn være lav.

Som regel fører ikke menneskelige feil til skade på pasienten, fordi feilene er små eller blir raskt oppdaget og korrigeret. I hvilken grad mottakere utenfor sykehuset i slike tilfeller bør ha rapport om hendelsen, kan diskuteres. Vi blir imidlertid i økende grad pålagt å melde feil, også når det ikke gir skade på pasienter. Det er nok at feilen *kunne gitt* skade eller forlenget sykehusopphold for at melding til fylkeslegen skal sendes (10). Vår erfaring med melding av slike forhold til politiet er blandede, og meldingene kvalifiserer trolig for påtaleunntatelse uansett konsekvenser for pasienten.

En utopi

Både brukere, utøvere og kontrollinstanser ønsker et helsevesen som ikke gjør feil. Det er imidlertid et stort sprang fra et aktivt arbeid for å fjerne feil og svikt i helsevesenet, til krav og forventninger om at all behandling skal være feilfri. Den enorme utvikling i medisinsk behandling og diagnostikk har økt kompleksiteten til en grad der det feilfrie helsevesen er en utopi (11). Økt krav til effektivitet har gitt et tidspress som ikke gjør forholdene bedre. Vi må derfor i sterkere grad vektlegge at uforutsette ting må påregnes, ikke minst i kommunikasjon med pasienter og pårørende. En slik realisme må gå hånd i hånd med arbeid for at menneskelig svikt reduseres så langt som råd er.

En diskusjon mellom sykehus, ulike kontroll- og tilsynsmyndigheter og påtalemakten er fortsatt viktig for å skape klare kjøreregler for meldinger om, og reaksjoner på, avvik og feil. Dette gjelder ikke minst ved feiladministrering av medikamenter.

Hans Flaatten

LITTERATUR:

1. Abrahamson NS, Wald KS, Grenvik ANA, Robinson D, Snyder JV. Adverse occurrences in intensive care units. *JAMA* 1980;244: 1582-4.
2. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung C et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1995; 23: 294-300.
3. Riddervold F. Lederen har ordet. *NAForum* 1994; nr. 5: 4-6.
4. Piene H. Meldinger om skader og uhell i 1994. *Melderevyn* nr. 1/95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995: 1.
5. Lesar T, Briceland L, Delcoure K, Parmalee J, Masta-Gornic V, Pohl H. Medication prescribing errors in a teaching hospital. *JAMA* 1990; 263: 2329-34.
6. Dybvik T, Halvorsen P, Steen PA. Feiladministrering av 50 mg racemisk adrenalin hos en to år gammel gutt. *TidsskrNor Lægeforen* 1996; 116: 834-6.
7. Kritikk for uforsvarlig sykepleievirksomhet. *Helserett-Info* nr. 3/95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995: 3.
8. Forskrifter om legemiddelforsyningen m.v. ved sykehus og andre helseinstitusjoner. ¼8 ledd 3, 1968. Oslo: Sosial-og helsedepartementet, 1968.
9. Orser BA, Oxtorn DC. An anaesthetic drug error: minimizing the risk. *Can J Anaesth* 1994; 41: 120-4.

10. Lov om sykehus. 19.6.1969 nr. 57 med endringer. ¼18a. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1969.
 11. Førde R, Halvorsen M. Når noe går galt. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 358-60.
-

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no