

Legemiddel eller blod til feil pasient mai 2016



Fotograf: Otterstedt. Johnér Bildbyrå AB©

Feil ved identitetskontroll bidro til mange av hendelsene der legemiddel eller blod ble gitt til feil pasient. Unngå ja/nei-spørsmål ved identitetskontroll. Overtagelse av kollegas arbeidsoppgaver ga risiko for forveksling.

Å få feil legemiddel eller blod kan være livstruende, for eksempel ved hjertemedisin eller cellegift og ved transfusjon av uforlikelig blod.

Feil ved identitetskontroll forekom i de fleste av de 349 innmeldte hendelsene der pasienter fikk legemiddel eller blod som var ordinert til en annen pasient. Basert på fellestrekk ved disse hendelsene, har Meldeordningen funnet følgende risikoområder for identitetsforveksling:

- **Gjennomføring av identitetskontroll.** Identitetskontroll skal innebære at pasienten bes om å oppgi fullt navn og fødselsnummer. Dette kontrolleres mot identifikasjonsbåndet, slik at det anvendes to identitetsmarkører. Unngå ja/nei-spørsmål om identitet. Pasient/pårørende kan brukes som

en ressurs for å forhindre at forvekslingsfeil rammer pasienten.

- **Overtagelse av arbeidsoppgaver:** Identitetskontroll må alltid utføres av den som administrerer en infusjon/ transfusjon.
- **Delproesser** som krever informasjonsoverføring ved utdeling av legemidler eller blod øker risikoen for forveksling. Forvekslingsfaren kan reduseres ved å minimere antall overføringer av informasjon og antall personer involvert.
- **Pressede arbeidssituasjoner:** Avdelingen må organiseres slik at korrekt identitetskontroll kan foretas også i pressede situasjoner.
- Manglende muligheter til å få **kollegial veiledning og kontroll** øker risikoen for forveksling.

Disse områdene utdypes på neste side.

AKTUELLE BESTEMMELSER

**Forskrift om legemiddel-
håndtering for virksomheter og
helsepersonell** av 3.4.2008 §7 beskriver krav til istandgjøring og utdeling: «Helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte. (...) Et istandgjort legemiddel skal på forpakningen eller beholderen være merket med opplysninger om pasientens identitet og legemidlets navn og virkestoff, samt styrke, dose og andre opplysninger som er nødvendig for en sikker håndtering.»

Veileder for transfusjonstjenesten i Norge utgave 7.2.2015 – IS-1414 (Helsedirektoratet), kapittel 11.1 Identitetsikring (utdrag): «Pasienter innlagt på sykehus skal ha påsatt identifikasjonsarmbånd med opplysning om navn og 11-sifret fødselsnummer i forbindelse med prøvetaking og transfusjon. Det skal foreligge prosedyrer for identitetsikring ved prøvetaking, transfusjon og påsetting av identifikasjonsarmbånd. (...) Hvis pasienten kan gjøre rede for seg, identifiseres hun/han ved at navn og fødselsdato/fødselsnummer oppgis av pasienten selv. Deretter skal den som tar prøven kontrollere navn og fødselsnummer på identifikasjonsarmbåndet mot etiketten på prøveglasset. Hvis pasienten ikke kan gjøre rede for seg, godtas det at kun identifikasjonsarmbåndet kontrolleres.»

IDENTITETSKONTROLL

160 hendelser omhandlet feil ved kontroll av pasientidentitet før utdeling av legemiddel eller tilkobling av infusjon/transfusjon. De vanligste situasjonene var:

- Pasienten manglet identitetsbånd.
- Identitet ble ikke sjekket før legemiddel/blod ble gitt – verken muntlig til pasient/pårørende eller ved sjekk av identitetsbånd.
- Pasientidentitet ble sjekket ved at pasienten ble bedt om å bekrefte/avkreft et oppgitt navn i stedet for selv å si navnet sitt.

JA/NEI-SPØRSMÅL

” *Jeg må ALLTID sjekke pasientens identitet, aldri spørre pasienten om de er herr Hansen for eksempel, de kan svare ja på grunn av dårlig hørsel eller være forvirret. Pasienten bekreftet to ganger at han het herr Hansen, men det stemte altså ikke, og han fikk en annen pasients infusjon.*

PASIENTEN SOM RESSURS OG BARRIERE

Noen meldinger beskrev at pasienten hindret at feil legemiddel/blod gis. Det er helsepersonellens ansvar at riktig legemiddel gis til riktig pasient, men pasient/pårørende kan bidra i å hindre at forvekslingsfeil rammer pasienten.

STOL PÅ PASIENTEN

” *Pasienten ble tilbudt feil medisin. Pasienten stilte seg uforstående til medikamentet. Sykepleier gjentok at det var hennes medisin. Etter andre ganger pasienten sa at hun ikke tar morgenmedisin, sjekket sykepleier om det var riktig medisin. Det viste seg at medisinen tilhørte en annen pasient.*

OVERFØRING AV ARBEIDSGAVER

Risikosituasjoner oppstod når arbeidsoppgaver ble overtatt fra en kollega, for eksempel dersom blodposer måtte mellomlagres på post etter uthenting fra blodbanken eller infusjoner/sprøyter var blandet av en kollega. Hendelsene forekom oftest ved vaktskifte eller dersom man skulle hjelpe hverandre i travle situasjoner. Identitetskontroll må gjøres av den som faktisk gir et legemiddel/transfusjon – man kan ikke stole på andres kontroll før legemiddel/blod gis.

Ved identitetsforveksling ved transfusjon av blod og blodprodukter ble identitet forvekslet i de forberedende prosedyrene før blodtransfusjon (screening, testing og tillaging) eller bestilt blod ble gitt til feil pasient.

DELEGERTE ARBEIDSGAVER

” *Jeg fikk beskjed av dagvaktene at det var hentet opp 2 blodposer til en pasient, de hadde hengt opp den ene, men hadde ikke rukket å henge opp pose nr 2. Jeg fikk info om at de hadde kontrollert begge blodposene og klistret etiketten over på blodarket. (...) Det gikk noen dråper før det ble oppdaget at jeg hadde tatt feil blodpose. Jeg MÅ være bevisst på ikke å ta andres kontroll for gitt, må kontrollere selv.*



Fotograf: Corbis. Johnér Bildbyrå AB©

MANGE DELPROSESSER VED ADMINISTRASJON

Mange forvekslinger skjedde fordi helsepersonell baserte pasientidentiteten kun på en oversiktsliste over pasienters seng-/romplassering eller på inndelingen i medisintralle. Slike feil kan forhindres ved at det utføres korrekt identitetskontroll med pasientens journal/-kurve.

PASIENTLISTER

” *På arbeidslisten står begge pasienter oppført på seng 2 på et tomannsrom. I tillegg står navnet til pasienten i 2-sengen over navnet på den som ligger i 1-sengen. De ligger motsatt av det som er logisk. Jeg går inn og svarer på en klokke, det er ikke mitt rom. Pasienten i seng nr. 1 ber om smertestillende. Jeg ser på listen og leser navnet til den som ligger i 2-sengen, finner hennes kurve og gir Oxynorm. Pasienten blir veldig godt smertelindret, litt sløv, men blid og fornøyd.*

PRESEDE ARBEIDSSITUASJONER

Mange forvekslinger skjedde når sykepleier hadde mange arbeidsoppgaver i uoversiktlige arbeidssituasjoner, for eksempel ved vaktskifter.

UOVERSIKTLIG ARBEIDSSITUASJON

” *Infusjonsposen med cellegift var kontrollert da jeg ble tilsnakket, legger posen fra meg på hylla og snur meg for å svare på tiltale. Da jeg skal henge opp posen, tar jeg posen som ligger på bordet isteden. Denne var nabopasientens cellegiftpose. 6 pasienter, 2 studenter og 3-4 kreftsykepleiere med mye prat, spørsmål og beskjeder gjorde noe med konsentrasjonen.*