

Få bukt med feilmedisinering

Til tross for gode tiltak og systemer for legemiddelhåndtering får mange pasienter fremdeles for mye eller feil medisin.

Forfattere

Elfrid Måløy

Høgskolelektor
Høgskolen i Molde

Linda Kornstad Nygård

Stipendiat
Høgskolen i Molde

Trude Fløystad Eines

Førsteamanuensis
Høgskolen i Molde

Nøkkelord

Feilmedisinering

feilbehandling

videreutdanning

Sykepleien 2017 105(6)(42-43)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62296>

HOVEDBUDSKAP

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet på å bygge gode systemer for å ivareta trygg legemiddelhåndtering. Helsedirektoratet har satset stort på dette gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». Likevel skjer det fortsatt uheldige hendelser, og ansvaret oppleves tyngende for den som har forårsaket feil.

Feilmedisinering er høyaktuelt både i media, offentlige utredninger og forskningslitteraturen. Dessverre har vi sett at feilmedisinering i ytterste konsekvens kan medføre alvorlig skade eller død. Som eksempel kan vi nevne at pasienter får for mye eller feil medisin, eller de går glipp av livsviktig medisin. Det angår samfunnet og mest av alt deg og meg.

De fleste av oss må på et eller annet tidspunkt i livet innom helsevesenet. Da er vi ofte avhengige av helsepersonell som gir oss medisiner på riktig måte. De som deler ut medisiner, er igjen avhengige av et system som legger til rette for at de kan føle seg trygge i denne viktige rollen.

Alvorlige konsekvenser

Samhandlingsreformen har ført til endringer i kommunehelsetjenesten. Pasientene skrives ut tidligere fra sykehus og har et mer komplekst sykdomsbilde enn tidligere. Dermed får helsepersonellet større ansvarsutfordringer. Da samhandlingsreformen ble innført i kommunene, ble det ikke tatt stort nok hensyn til disse utfordringene. Mangelfull kompetanse kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.

«Mangelfull kompetanse kan få alvorlige konsekvenser for pasientene.»

I kommunehelsetjenesten står helsepersonell ofte alene med ansvaret. Man har ikke det samme støtteapparatet som i spesialisthelsetjenesten, der man har leger, sykepleiere og annet fagpersonell i ryggen. Vi vet det skjer feil, og vi vet at feilene ofte får alvorlige konsekvenser for den det gjelder. Konsekvensen gjelder ikke bare pasienten, men også den som av ulike årsaker var uheldig å bidra til at det ble gjort feil med medisiner.

Høres enkelt ut

Rett medisinerer innebærer at helsepersonell gir medisiner til pasienten etter følgende prinsipp: rett pasient, riktig legemiddel, korrekt dose, rett mengde, riktig legemiddelform, rett informasjon, på rett måte og til rett tid. Dette høres enkelt og greit ut, men det krever konsentrasjon, et godt utviklet system og nødvendig kunnskap. I tillegg kan hverdagen være hektisk, og man skal forholde seg til mange forskjellige personer og arbeidsoppgaver. Da kan det skje feil – noe som faktisk er helt menneskelig.

Lykkes best med støtte

Gjennom tre kull med videreutdanningen «Trygg legemiddelhåndtering» har vi sett at kommunehelsetjenesten har engasjerte og ansvarsbevisste ansatte. De tynnes imidlertid av redselen for å gjøre feil. Disse sykepleierne og vernepleierne har også vist seg å være gode forbedringsagenter. De trenger imidlertid tid, rom og kompetanse til å utføre forbedringsarbeid. Vi ser at de som har god støtte fra ledelsen, lykkes best. I videreutdanningen har de fått kjennskap til metoder for kvalitetsforbedring. Det legges vekt på brukermedvirkning, pasientsikkerhet og kultur for forbedring.



«Vi ser at de som har god støtte fra ledelsen, lykkes best.»

Å fjerne det råtne eplet

Ordet «feil» knyttes ofte til skyld, skam, udugelighet, utilstrekkelighet og mislykkethet. Når helsepersonell stemples som syndebukker som gjør feil, kan dette være ødeleggende både faglig og personlig. Man plasserer skyld på enkeltpersoner, og det kan føre til at feil dekkes over og skjules. Teorien om å fjerne det råtne eplet, «the Bad Apple Theory», innebærer å finne en syndebukk ved feil, og det hører fortiden til.

Vi kjenner til helsepersonell som har blitt syke på grunn av en alvorlig feil de har gjort med medisiner. De fleste som jobber i helsetjenesten, vil det beste for pasientene sine. Da blir det en katastrofe når det motsatte skjer, og man skader den personen man egentlig vil hjelpe. Det er ikke så enkelt at vi bare tar ut den personen som gjør feil, fjerner «det råtne eplet», og så er alt bra.

Hvem er systemet?

Alle kan gjøre feil, men problemet vedvarer hvis systemet ikke tar ansvar. Gjennom forbedringsarbeid kan vi forebygge at feil skjer på nytt. Vi trenger da et sikkerhetsnett som fanger opp nestenulykker og uheldige hendelser. Ledelse, reglement og utdanningsinstitusjoner må ta ansvar for å bygge opp slike sikkerhetsnett. Dette krever god faglig ledelse der alle som blir berørt av problemet, involveres. Systemet er vi, ikke enkeltpersoner. Derfor må alle være med når systemet skal forbedres.

 **«Gjennom forbedringsarbeid kan vi forebygge at feil skjer på nytt.»**

Pasientsikkerhetskultur

Pasientsikkerhet kom som ny helsedisiplin på 1990-tallet. Målsettingen er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse -og omsorgstjenesten. Dette gjør vi ved å rapportere, analysere og forhindre feil som ofte fører til negative konsekvenser for pasientene. Åpenhet om feil er helt sentralt innen pasientsikkerhetsarbeidet.

Vi kan ikke stikke under en stol at det finnes virkelige «råtne epler». Personer som av ulike årsaker ikke kan ta ansvar for medisinhåndtering. Det nevnte sikkerhetsnett må også kunne fange opp disse. Det individuelle ansvaret er tydeliggjort i lovverket. Vi mener at det er mest å hente på å etablere en åpenhetskultur. I en slik kultur betrakter man feil som utgangspunkt for læring i stedet for å lete etter syndebukker. Vi må lage rom for å diskutere store og små hendelser som kunne ha ført til alvorlige feil. En slik åpenhetskultur vil bidra til å redusere feilmedisinering i kommunehelsetjenesten.