

Når helsepersonell gjer feil

Ei av hovudoppgåvene til Statens helsetilsyn er å behandle saker som gjeld feilbehandling av pasientar. Føremålet med å behandle slike saker er først og fremst å betre tryggleiken i helsetenesta.

I denne artikkelen skal vi sjå på nokre aktuelle saker, men først seier vi litt om dei krava lova stiller til helsepersonell.

Krav om fagleg forsvarleg verksemd

Helsepersonellova § 4 lyder:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henweise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

Kjernen i kravet til forsvarleg verksemd er at helsepersonell skal handle i samsvar med det som er fagleg godt.

Kravet til forsvarleg verksemd er omtalt i forarbeida til helsepersonellova som ein «rettslig standard». Innhaldet i kravet kan variere med tid, stad og andre omstende. Når ein vurderer om ei pasientbehandling har vore forsvarleg, er det derfor – i tillegg til at ein vurderer sjølvbehandlinga – aktuelt å leggje vekt på kva handlingsalternativ som låg føre, kva skade handlinga gjorde, erfaringa og kompetansen til helsepersonellet, om det låg føre tydelege handlingsnormer osv.

Konsekvensar av uforsvarleg verksemd

Helsepersonell som har utøvd uforsvarleg verksemd, må få tilbakemelding om dette på ein måte som gjer at feil ikkje skjer igjen. I mange saker er det nok å peike på feila og samtidig gi rettleiing om korleis helsepersonellet burde ha handla. I andre saker er det nødvendig å gi ei åtvaring for å peike på uforsvarleg verksemd, jf. helsepersonellova § 56. Vi gir åtvaring i alvorlege saker og når budskapet er at vidare uforsvarleg verksemd kan føre til at vi trekkjer autorisasjonen som helsepersonell tilbake. At helsepersonell har erkjent at dei har gjort ein feil, eller at ei handling er ei enkeltstående hending, er døme på omstende som etter ei konkret vurdering kan føre til at det ikkje er nødvendig å gi ei åtvaring, sjølv om saka er alvorleg. I dei mest alvorlege sakene blir autorisasjonen trekt tilbake på grunn av uforsvarleg verksemd og grov mangel på fagleg innsikt, jf. helsepersonellova § 57. Dette er saker der Statens helsetilsyn meiner at helsepersonellet også i framtida utgjer ein fare for pasienttryggleiken.

Reaksjonar skal og vere med å rette opp den tapte tillit til helsetenesta som alvorlege feil fører til, både overfor pasientar, deira pårørende og samfunnet elles. Vidare skal reaksjonar vere eit signal til anna personell om ikkje å gjere slike feil.

Eksempel på saker

Overføring av blodsmitte

Ein lege overførte hepatitt B til fire pasientar ved brot på grunnleggjande hygieniske prinsipp i samband med injeksjonar ved smertebehandling. Undersøkingar viste at legen ved opptrekk av legemiddelet Xylocain brukte ein prosedyre som medførte risiko for å overføre blod frå ein pasient til behaldaren av Xylocain, som igjen blei nytta til andre pasientar. Legen hadde nytta denne teknikken i tre–fire år.

Vi fann at behandlingsteknikken og behandlingsteknikken til legen var uforsvarleg. Den medførte stor fare for blodsmitte frå ein pasient til ein annan. Behandlingsmetoden braut med generelle hygieniske prinsipp og prinsipp for bakteriefri metode ved behandling med injeksjonar.

«Reaksjonar skal og vere med å rette opp den tapte tillit til helsetenesta som alvorlege feil fører til, både overfor pasientar, deira pårørende og samfunnet elles.»



Statens helsetilsyn meiner det er grunnleggjande at legar har kunnskap om smittestoff, smittevegar, smitemåtar og smittekjelder. Det gjeld også teknikkar og arbeidsmåtar for å hindre overføring av smitte. Vidare er det å bruke bakteriefrie teknikkar for å førebyggje smitte underforstått ein grunnleggjande kunnskap.

Legen sa at ei medverkande årsak til at dette skjedde, var at han ikkje lenger fekk assistanse frå sjukepleiar eller hjelpepleiar. Han beklaga det heile og erkjente at behandlingsmetoden hans representerte ein stor fare for blodsmitte.

Vi gav legen ei åtvaring for uforsvarleg verksemd. På grunn av at han hadde brukt metoden over lang tid og ikkje på noko tidspunkt reflekterte over at det ikkje var i tråd med god praksis, vurderte vi også å trekkje tilbake eller avgrense autorisasjonen hans. Konklusjonen vår var at det ikkje var nødvendig sidan han hadde endra praksis, og at den uforsvarlege verksemda hans gjaldt på eit avgrensa område.

I tillegg fremja vi krav om at politiet måtte ta ut tiltale mot legen for straffbart brot på kravet til fagleg forsvarleg verksemd i helsepersonellova § 4, jf. lovas § 67. Straff for brot på kravet til fagleg forsvarleg verksemd er bare aktuelt i dei mest alvorlege sakene.

Uforsvarleg setjing av vaksine

Ei jordmor gav tre nyfødde barn BCG-vaksine med same sprøytespiss og vaksineløysing. Ho var godkjend vaksinatør, men hadde likevel lita erfaring med å vaksinere barn. Handlinga skjedde på ei travel vakt.

Etter at vakta var over, byrja ho å tvile på om ho hadde skifta sprøytespiss mellom kvart barn ved BCG-vaksinasjonen. Neste morgon informerte ho sin næraste leiar om denne tvilen. Etter nærare undersøkingar kom ein til at ho ikkje hadde skifta nål mellom kvart barn. Jordmor skreiv avviksmelding om hendinga.

Jordmora tok sjølvkritikk og beklaga det ho hadde gjort. Ho syntest det var vanskeleg å forstå at ho kunne gjere ein slik feil. Sjukehuset hadde dårlege rutinar/prosedyrar for vaksinerings og for å lære opp vaksinatørar. Det låg føre prosedyre for dobbelkontroll ved injeksjonar til barn, men dei blei ikkje følgde.

Vi kom til at jordmora hadde handla uforsvarleg, og at det er grunnleggjande kunnskap å ikkje nytte same sprøytespiss på fleire barn.

Vilkåra for å gi henne ei åtvaring var heilt klart oppfylte. Vi fann det likevel ikkje nødvendig å gi henne ei åtvaring, fordi ho kort tid etter ho hadde utført handlinga, erkjente at ho hadde gjort ein feil. Ho rapporterte straks feilen til sin overordna. Dessutan var handlinga ei enkeltstående hending. Jordmora blei elles vurdert som ein flink medarbeidar som både arbeidsgivar og kollegaer hadde stor tillit til. Eit tilleggsmoment i vurderinga var at sjukehuset hadde mangelfulle rutinar for vaksinerings og injeksjonar til barn. Dette var likevel ikkje avgjerande for konklusjonen vår, fordi vi ventar at kunnskap om aseptiske teknikkar for å førebyggje smitteoverføring ved injeksjonar uansett er grunnleggjande for alle jordmødrer.

Feilmedisinering

Ein pasient ved ein sjukeheim fekk ein kveld eit legemiddel som ein annan pasient skulle ha hatt. Sjukepleiaren oppdaga forvekslinga rett etter at pasienten hadde svelgd tabletten.

Sjukepleiaren visste at legemiddelet kunne påverke pusten. Ho observerte derfor pasienten resten av kvelden. Etter vakt informerte ho påtroppande sjukepleiar munnleg og skriftleg om feilmedisineringa. Ho gav beskjed om at dei måtte observere pasientens respirasjon heile natta. Da sjukepleiaren kom heim, ringde ho til sjukeheimen to gonger for å høyre korleis det gjekk. Neste dag gjekk ho innom avdelinga for å spørje korleis det stod til med pasienten. Ho fekk melding om at alt stod bra til, og tok det som sjølvstøtt at nattevakta hadde rapportert til dagvaktene om at pasienten var blitt feilmedisinert. Ho skreiv avviksmelding om hendinga.



«Såleis viste ho slik innsikt at det ikkje var grunn til å tru at ho ville gjere denne feilen igjen. Vi la også vekt på at hendinga var ei enkeltstående handling.»

Neste morgon fann dei pasienten liggjande på golvet. Ambulanse blei bestilt, og pasienten fekk motgift i ambulansen. Ho blei innlagd på sjukehus, men kom seg fort og blei raskt send tilbake til sjukeheimen. Same føremiddagen blei pasienten dårleg igjen, og fekk motgift i blodåra tre gonger med korte mellomrom, utan særleg respons. Pasienten døydde kort tid etter dette.

Dødsfallet blei meldt til politiet, og det vart kravd rettsleg obduksjon.

Statens helsetilsyn fann at sjukepleiaren handla uforsvarleg da ho ikkje forsikra seg om at pasienten fekk rett medisin, og ved å ikkje omgåande kontakte lege etter at ho oppdaga feilmedisineringa. Vi peikte på at det å gjere i stand, dele ut og administrere legemiddel er sentrale arbeidsoppgåver for sjukepleiarar, og at slikt arbeid krev stor grad av aktsemd fordi konsekvensen av feil kan vere fatal. Vi fann det likevel ikkje nødvendig å gi henne ei åtvaring. Grunngevinga for dette var at ho dokumenterte hendinga, og ho rapporterte til kollegaer med beskjed om å observere pasienten nøye, og ho forsikra seg om korleis det gjekk med pasienten. Ho erkjente at det var ein alvorleg feil å ikkje kontakte lege, og ho beklaga det sterkt. Såleis viste ho slik innsikt at det ikkje var grunn til å tru at ho ville gjere denne feilen igjen. Vi la også vekt på at hendinga var ei enkeltstående handling.

Manglande innretting etter faglege kvalifikasjonar

To ambulansesarbeidarar rykte ut til ein ung mann med sterke hovudsmarter, oppkast og aukande svimmelheit. Etter det ambulansepersonellet seier, gjorde dei ei enkel nevrologisk undersøking der dei sjekka at pasienten hadde lik kraft i begge overarmene. Undersøkinga av pupillane viste at dei var like store og reagerte godt på lys. Blodsukkeret blei målt til 8,1 mmol/l, medan blodtrykket var 150/75. Ambulansepersonellet vurderte at pasienten hadde nedsett allmentilstand med omgangssjuke, og dei avgjorde i samråd med ektefellen til pasienten at pasienten skulle oppsøkje fastlege når legekantoret opna (om lag fire timar seinare). Den ansvarlege ambulansesarbeidaren (fartøysjef) valde etter

dette å forlate pasienten utan å sørge for legetilsyn.

Neste dag blei pasienten lagd inn på sjukehus, der det blei påvist infarkt i høgge halvdel av veslehjernen.

Statens helsetilsyn kom til at ambulansesarbeidaren handla uforsvarleg og i strid med plikta til å yte hjelp med ein gong ved å ikkje ta med pasienten til lege, eller på annan måte sikre at pasienten blei vurdert av lege.

Det blei peikt på at situasjonen var uavklart, noko som tilsa at pasienten skulle ha vore undersøkt av lege. Ambulansesarbeidaren hadde heller ikkje følgt prosedyren for ambulansetenesta i Medisinsk operativ manual (MOM). Denne seier at avgjerd om å forlate pasienten skal skje i samråd med lege.

Statens helsetilsyn gav ambulansesarbeidaren ei åtvaring. I vurderinga la ein vekt på at han handla i strid med interne retningslinjer, og at han hadde vist manglande evne til å innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar.

Nødvendig aktsemd

Ein apotekteknikar forveksla etikettane da ho ekspederte resept til eit spedbarn og overstyrte feilmeldinga som strekkodekontrollen gav. Barnet fekk utlevert Multi Vitamin Nycoplus med etikett der det var påført «1 ml 2 ganger daglig fra seks mnd til ett års alder» (etikett som hørde til Neo-Fer), og Neo-Fer med etikett der det var påført «5 ml 2 ganger daglig til ett års alder» (etikett som hørde til Multi Vitamin Nycoplus).

Statens helsetilsyn fann at manglande merksemd førte til at apotekteknikaren ikkje hadde sett feilen. Vi peikte vidare på at det er vanskeleg å forstå kvifor vedkomande ikkje reagerte på feilmeldinga som strekkodekontrollen gav. Vi viste til at Neo-Fer ved overdosering kan vere giftig og føre til alvorlege skadar, særleg hos små barn og spesielt nyfødde. Statens helsetilsyn såg på hendinga som uforsvarleg verksemd.



«Legen stod fram som ein person som var vanskeleg å korrigerer, og det var derfor grunn til å tru at han ville halde fram med den uforsvarlege verksemda. På dette grunnlaget trekte vi tilbake autorisasjonen hans med heimel i helsepersonellova § 57.»

I lys av at saka var ei enkeltstående hending, og at apotekteknikaren gav uttrykk for at ho hadde lært av hendinga, fann Statens helsetilsyn det unødvendig å gi åtvaring.

Manglande kunnskapar/ fagleg oppdatering

Ein tilsynslege ved ein sjukeheim behandla to pasientar med hjartesykt. Legen gav legemidlet digitoksin i dosar som var monaleg høgare enn det som er tilrådd etter gjeldande retningslinjer. I Felleskatalogen er total mettingsdose sett til 0,8–1,2 mg. Begge pasientane fekk ein total mettingsdose på 3 mg. Vidare var det ikkje dokumentert at legen hadde vurdert å utelukke ulike sjukdommar med liknande symptom. Statens helsetilsyn fann ikkje medisinske forhold som kunne tilseie at ein burde gå vekk frå tilrådd dosering.

I uttalar frå tidlegare arbeidsgivarar kom det fram at legen «*manglet de nødvendige fagkunnskapar*», at han hadde eit «*noe avvikende syn når det gjaldt medikamentell behandling*» og vidare at ein hadde inntrykk av at han ikkje var «*faglig oppdatert*».

Statens helsetilsyn peikte på at det å behandle pasientar med hjartesykt og å bruke digitoksin er sett på som grunnleggjande kunnskapar for ein lege. Eldre og alvorleg sjuke personar har større risiko for biverknader, og legen burde såleis ha vore ekstra varsam ved bruk og dosering av legemidlet.

Statens helsetilsyn fann at legen hadde vist eit fagleg lågt kunnskapsnivå på sentrale område i medisinen, og vidare at han ikkje hadde forstått kor nødvendig det er å halde seg fagleg oppdatert.

Statens helsetilsyn konkluderte med at legen hadde behandla pasientane uforsvarleg, og at han hadde vist grov mangel på fagleg innsikt. Legen stod fram som ein person som var vanskeleg å korrigerer, og det var derfor grunn til å tru at han ville halde fram med den uforsvarlege verksemda. På dette grunnlaget trekte vi tilbake autorisasjonen hans med heimel i helsepersonellova § 57. Legen klaga til Statens helsepersonellnemnd, som stadfesta vedtaket i Statens helsetilsyn.

Lovbestemte krav for yrkesutøvinga/ informert samtykke

Ein lege behandla periodevis ein pasient med antipsykotiske legemiddel utan at vedkomande hadde samtykt til det. Behandlinga skjedde i samarbeid med ektefellen til pasienten.

Legen skreiv ut reseptar i namnet til ektefellen, som blanda medisinen i maten eller drikk til pasienten kvar gong ho vurderte at pasienten var i ferd med å bli manisk. Føremålet med medisineringa var å unngå utagering med trugande og valdeleg åtferd. Medisineringa fann stad periodevis over fleire år, og om lag ei veke om gongen.

Statens helsetilsyn grunn gav vurderinga si med at informert samtykke er det rettslege grunnlaget for å yte helsehjelp. Kravet om samtykke frå pasienten byggjer på ein grunnleggjande rett til å bestemme over sitt eige liv og si eiga helse. Unntak frå kravet til samtykke kan berre gjerast dersom det ligg føre ein lovheimel eller eit anna gyldig rettsgrunnlag. Informasjonsplikta skal mellom anna sikre at pasienten kan gjere eit velgrunna val med omsyn til om han eller ho vil samtykke til helsehjelpa.

Statens helsetilsyn konkluderte med at behandlinga var eit klart brot på helsepersonellova § 10 om informasjonsplikt, pasientrettslova § 3-2 om rett til informasjon og pasientrettslova § 4-1 om samtykke.

Eit vilkår for forsvarleg helsehjelp er at helsepersonellet følgjer lovbestemte krav til korleis ein skal utøve yrket. Etter dette kom vi til at det var eit brot på kravet om å vere forsvarleg etter helsepersonellova § 4. Legen valde gjennom denne behandlinga å setje til side fundamentale pasientrettar, vel vitande om at han da gjorde eit lovbrot. Sjølv om føremålet berre var å hjelpe i ein vanskeleg situasjon, såg vi på legen sin handlemåte som så avvikande frå venta handlemåte at det var riktig å gi ei åtvaring.