

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Bergen HF

DATO: 08.02.2018
SAKSHANDSAMAR: Clara Gram Gjesdal
SAKA GJELD: **Orientering om sak på Barne- og ungdomsklinikken**

STYRESAK: 22/18 0

STYREMØTE: 22.02.2018

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Bergen HF tar saka til orientering.

Oppsummering

Ein 6 år gammel gut vart innlagt på Haukeland universitetssjukehus etter at han var diagnostisert med hjernesvulst. Han blei operert, og skulle deretter ha cellegiftbehandling på Barne- og ungdomsklinikken. To sprøyter blei bytta om og feil medikament blei injisert i eit reservoar som var inoperert som ein «port» inn til hjernen. Dette førte til at guten døydde. Haukeland universitetssjukehus fekk to avvik i rapporten frå Helsetilsynet. Etter denne tragiske hendinga er retningslinjer for legemiddelhandtering, opplæringsplanar og informasjon til helsepersonell endra og forbetra.

Fakta

Guten blei innlagt på Nevrokirurgisk avdeling på Haukeland universitetssjukehus den 8. august i fjor og operert der for ein aggressiv hjernesvulst. Det var ikkje mogleg å fjerne heile svulsten.

Etter dette blei det planlagt cellegiftbehandling. Dette skulle skje etter ein internasjonal behandlingsprotokoll, men med dei same behandlingselementa og cellegiftene som Haukeland har brukt i meir enn ti år til behandling av denne typen svulstar.

I behandlinga inngår tre ulike intravenøse cellegiftkurar, og ei cellegift skal gis inn i hjernen. Då den første medisinen skulle gis, blei to medikament bytta om. Ein av medisidane som skulle gis intravenøst, blei injisert i eit reservoar som var inoperert som ein «port» inn til hjernen.

Feilen blei oppdaga då den intravenøse cellegifta skulle gis, om lag 20 minutt etterpå, og det blei gjort forsøk på å fjerne den medisinen som feilaktig var sprøytta inn i hjernen. Guten vart innlagt på Intensivmedisinsk avdeling.

Foreldra og sjukehuset blei einige om at guten skulle overførast til Oslo universitetssjukehus. Der døydde han 15. september.

Kommentarar

Denne svært alvorlege hendinga blei meldt til Helsetilsynet og politiet i tråd med dei retningslinjene som gjeld for pasientskadar. Leiinga ved sjukehuset blei også orientert omgåande og var involvert i den vidare handteringa av saka. Det var møte med dei pårørande der sjukehuset sterkt beklaga det som hadde skjedd.

Mediedekninga var omfattande, og sjukehuset la vekt på å stille opp for å svare på spørsmål og beklage det som hadde skjedd.

I rapporten frå Helsetilsynet fekk sjukehuset to avvik:

- Helse Bergen ga ikkje pasienten forsvarleg helsehjelp
- Helse Bergen har ikkje etablert tilstrekkelege retningslinjer og kontrollrutinar ... for å sikre at legemiddel ikkje blir forveksla

I tillegg fekk legen som injiserte medikamentet ein advarsel frå Helsetilsynet. Politiet etterforskar også saka.

Det blei straks sett i verk tiltak for å hindre at same feil skulle skje igjen. Retningslinjer for

legemiddelhandtering er revidert, og det er laga nye retningslinjer for eigenkontroll og dobbeltkontroll. Det blir også arbeidd med eit forløp som skal vise den reisa medikamentet gjer frå legen bestiller til medikamentet er gitt pasienten. Saka blir også brukt i internundervisninga, og det blir sikra informasjon til relevante fagpersonar gjennom informasjonsmateriell og individuelle kompetanseplanar.

Dette er ei djupt tragisk sak for alle involverte. Først og fremst for dei pårørande, men også for helsepersonellet som var involverte. Det har vore viktig for leiinga på sjukehuset å beklage overfor dei pårørande og ta vare på dei tilsette.

I det vidare arbeidet blir det lagt vekt på å lære av det som skjedde og sikre nye rutinar og oppdatert kunnskap for relevante fagpersonar. Det må byggast og haldast ved like system med barrierar som kan fange opp feil gjort av enkeltindivid. Det gjeld ikkje berre på Barne- og ungdomsklinikken, ei slik alvorleg hending skal gi læring på tvers i heile sjukehuset. Saka har også vore tema i føretaksleiinga.

Konklusjon

Den alvorlege hendinga fekk eit svært tragisk utfall. Helsetilsynets rapport og den interne gjennomgangen gir eit godt grunnlag for arbeidet med å utvikle system for å sikre at slike feil ikkje skal skje igjen.