

Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil

november 2018

Manuell dobbeltkontroll kan bidra til færre legemiddelfeil hvis den utføres riktig og etter felles standarder. Kontrollen bør begrenses til legemidler og situasjoner der konsekvenser av feil er størst, og den bør brukes sammen med flere tiltak som kan bidra til sikker legemiddelhåndtering.

SVIKT I DOBBELTKONTROLL

Meldeordningen mottok i 2017 over 100 meldinger der svikt i dobbeltkontroll i legemiddelhåndtering medvirket til uønskede pasienthendelser. Disse hendelsene omhandlet:

- Feil legemiddel gitt
- Legemiddel gitt i feil styrke/mengde
- Legemiddel gitt til feil pasient
- Feil administrasjonsform

Hendelsene resulterte i forverret sykdomstilstand og/eller bivirkninger av legemidler. Flere beskrev reinnleggelser eller lengre sykehusopphold, overflytting til intensivavdeling eller behov for ekstra prøvetaking. I flere meldinger ble det opplyst at Giftinformasjonen var kontaktet.

Svikt i dobbeltkontrollen fordelte seg på tre ulike typer hendelser:

- Ufullstendig kontroll
- Kontroll ikke utført
- Feil ble ikke avdekket til tross for utført kontroll

HENDELSENE – HVA GIKK GALT?

Vi presenterer her utdrag fra noen meldte hendelser som eksempler på ulike typer svikt av dobbeltkontroll.

UFULLSTENDIG DOBBELTKONTROLL

Kontroll som ikke omfatter alle kritiske ledd i legemiddelhåndteringen, øker risikoen for at feil ikke avdekkes. I eksempelet under ble kun opptrukket mengde av legemidlet sjekket, og ikke pakning og forordning. Dermed ble det ikke avdekket at det var tatt mikstur istedenfor injeksjonsvæske. Miksturen ble så gitt intravenøst.

IKKE KONTROLL MOT ORDINASJON

” Sykepleier skal gi smertestillende (...). Hun ser i kurve at pasienten har fått OxyNorm i.v (...). Hun trekker opp OxyNorm fra det hun tror er til i.v. bruk (...). Sykepleier kommer inn på overvåkningsstue og ber om dobbeltkontroll av dose på allerede opptrukket medikament. Dette stemmer. Deretter gir hun medikamentet i.v. Vakhavende lege kontaktes som igjen kontakter Giftinformasjonssentralen. De tiltak som gjøres etter dette er å observere pas med tanke på embolier, først og fremst lungeemboli. Samt åre/vevsnekrose.

KRAV OM DOBBELTKONTROLL

Legemiddelhåndteringsforskriften

definerer dobbeltkontroll slik: "(...) når to personer, som hver for seg, og ved å signere manuelt eller elektronisk, bekrefter at en oppgave er utført korrekt, og i henhold til eventuelt fastsatt prosedyre" (1).

Rundskriv til forskriften anbefaler at dobbeltkontroll utføres i de trinnene av legemiddelhåndteringen der det er størst risiko for feil, og spesielt for legemidler der feil kan få alvorlige følger for pasienten (1).

Hvordan dobbeltkontroll skal utføres vil beskrives mer detaljert i prosedyrer på det enkelte sykehus. Det er for eksempel i prosedyren ved St Olavs hospital presisert at legemiddel, dose, administrasjonsmåte og eventuelt hastighet skal kontrolleres mot legens forordning i kurven. Det står også hvilke legemidler/ situasjoner som skal dobbeltkontrolleres (2).

DOBBELTKONTROLL IKKE UTFØRT

Her er to eksempler på manglende dobbeltkontroll som medvirket til at pasient fikk feil legemiddel.

OPPTRUKKET LEGEMIDDEL IKKE KONTROLLERT

” Pasient går i akutt lungeødem. Sykepleier tar med Morfin og Furix for behandling. Tror selv at hun trekker opp Furix 20 mg, men trekker i virkeligheten opp 10 mg Morfin og gir pasienten (...). Trakk opp medisiner gitt uten dobbeltkontroll av dose. Følger med vitalia. Gir Naloxone 4 mg. (motgift). Lege blir også tilkalt.



PUMPEINNSTILLING IKKE KONTROLLERT

Pasienten har insulininfusjon (...). Jeg målte blodsukkeret til 6 og skulle skru av insulininfusjon. SmofKabiven ble satt i standby, og insulininfusjonen fortsatte (istedenfor SmofKabiven). Det er krav om dobbeltkontroll ved endringer på pumpen, dette ble ikke utført grunnet tidsnød. Det var ingen ledige sykepleiere til å dobbeltkontrollere. Det tok ca en time før jeg oppdaget feilen. Målte blodsukkeret som da var lavt, pasienten hadde føling.

KONTROLL AVDEKKET IKKE FEIL

Kontroll utført etter felles standarder kan bidra til redusert variasjon i utførelsen og derigjennom øke sannsynligheten for at feil avdekkes (3,4). I eksempelet under ble dobbeltkontroll utført, men feilen ble likevel ikke avdekket.



REGNEFEIL IKKE AVDEKKET

Sykepleier på natt hadde lagt opp 5 tabletter 0,25 mg Lanoxin. Pasienten skulle ha 0,125 mg. Da sykepleier på dagvakt skulle kontrollere medisin, regnet hun feil og konkluderte med at den opplagte medisinen var korrekt dose, og leverte denne ut til pasienten etter frokost. Pasienten tok medisinen. Pasienten var utskrivningsklar og reiste hjem på formiddagen (...). Sykepleier som leverte ut medisinen, ringte til overtakende vakt. Hun kontaktet vakthavende lege som valgte å reinnlegge pasienten for observasjon og hjerteovervåkning.

HVORFOR SVIKTET DET?

Meldingene beskrev travelhet, mangelfull opplæring eller at rutiner ikke ble fulgt som årsaker til at dobbeltkontrollen sviktet. Vi har gått

gjennom relevante studier for å finne flere svar på *hvorfor* denne kontrollen kan svikte:

- Varierende eller manglende forståelse av hvordan dobbeltkontroll skal utføres (4,5)
- Det tas for gitt at dobbeltkontroll er en effektiv barriere, uten at det stilles spørsmål ved om den virker (6)
- Dårlig etterlevelse av krav til dobbeltkontroll, blant annet begrunnet med tidsnød og mangel på kvalifisert personale (5,6)
- For dårlig tilpasning av skriftlige prosedyrer/krav til hva som er mulig å følge i praksis (5)
- Forstyrrelser og avbrytelser under kontrollen (5)
- Kognitive faktorer som (7):
 - For stor tillit til kollegaer
 - Ansvarsfraskrivelse når det er flere involverte
 - Kontrollen gjøres på "auto-pilot" slik at feil ikke oppdages

Internasjonale studier bekrefter at dobbeltkontroll kan avdekke feil, men også medvirke til feilmedisinering (7,8). Det er behov for mer kunnskap om effekten av dobbeltkontroll, og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for at den skal fungere som en effektiv barriere (6).

RIKTIG KONTROLL – HVA MÅ TIL?

Anbefalinger om riktig bruk av dobbeltkontroll basert på meldte hendelser og relevante studier (3-8):

1. **Opplæring som sikrer en felles forståelse** av at kontrollen skal starte med ordinasjon, og jevnlig repetisjon av dette
2. Kontrollen skal utføres **uavhengig og selvstendig**; man skal ikke stå

sammen eller muntlig fortelle hva som skal kontrolleres

3. **Dobbelkontrollen bør begrenses** til legemidler/situasjoner der feil kan gi alvorlige følger for pasient
4. **Fysisk og organisatorisk tilrettelegging** slik at kontrollen kan utføres uten unødige forstyrrelser med kvalifisert personale tilgjengelig
5. **Registrer de feilene** som avdekkes i dobbeltkontrollen. Det gir bedre kjennskap til og kunnskap om hvilke feil som oppstår i håndteringen av legemidler. Dermed kan det gjøres tiltak for å unngå slike feil.
6. **Lukket legemiddelsløyfe med strekkodekontroll** vil begrense behovet for dobbeltkontroll. Men manuelle kontroller vil fortsatt være nødvendig ved for eksempel tilberedning og der den automatiserte prosessen fravikes.

Riktig utførelse av dobbeltkontroll kan være en effektiv barriere mot legemiddelfeil, men **dobbelkontroll bør ikke være eneste tiltak** for en sikker legemiddelhandserting (3, 4).

REFERANSER*

1. Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1082/Legemiddelhåndteringsforskriften%20Rundskriv%20IS-7%202015.pdf>
2. *Prosedyre St Olavs hospital. Egenkontroll og dobbeltkontroll av legemidler. Gyldig fra 14.01.2016. Personlig meddelelse*
3. Hewitt T et al. Double checking: a second look. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2016;**22**,267-274
4. Paparella SF. Taking another look at independent double checks. *Journal of emergency nursing* 2013;**39**,6,631-2
5. Schwappach DLB et al. Medication double-checking procedures in clinical practice: a cross-sectional survey of oncology nurses' experiences. *BMJ Open* 2016;**6**:e011394
6. Alsulami et al. Double checking the administration of medicines: what is the evidence? A systematic review. *Arch Dis Child* 2012;**97**:833-837
7. Armitage G. Double checking medicines: defence against error or contributory factor. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2008;**14**,513-19
8. Douglass AM et al. A Randomized Controlled Trial on the Effect of a Double Check on the Detection of Medication Errors. *Annals of Emergency Medicine* 2018;**71**:74-82