
Leger gjør feil

DEBATT

KATHRINE F. VANDRAAS

katvan@ous-hf.no

Kathrine F. Vandraas (f. 1983) er ph.d. og konstituert overlege ved Kreftsenteret, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kan vi snart begynne å snakke åpent om at også leger gjør feil?

Haukeland-saken, der en 6-åring døde som resultat av feilmedisinering, har blitt behørig omtalt i både tabloid og faglig presse [\(1\)](#). Nok en legetabbe! Jeg tør påstå at alle leger som beskjeftiger seg med vinkristin vet at det er nevrotoksisk. Det gjelder også legene ved Barneklivnikken på Haukeland universitetssykehus. Der har de faktisk grundige rutiner for å *unngå* nettopp dette. De har egne rutiner for bestilling og administrering av intratekal cellegift generelt: Det gis kun på bestemte tidspunkt og på ett bestemt rom.

Jeg tør påstå at mange avdelinger i Norge gir vinkristin uten like gode rutiner. Les rapporten fra Helsetilsynet [\(2\)](#). Les hvordan den erfarne overlegen gjorde alt i sin makt for å sikre god, trygg pasientbehandling og ivaretagelse av pårørende. Les hvordan systemet sviktet på flere plan denne dagen, om omstendigheter helt utenfor legens makt. Hun forvekslet to sprøyter som så nesten like ut. Det var alt. Men det var nok. Nok til å bli hengt ut som udugelig. Nok til at mange mente hun burde miste retten til å være lege, nok til at alt hun hadde gjort av godt som lege opp til det punktet bare skulle viskes ut. Nok til å risikere tiltale for uaktsomt drap [\(3\)](#).

Å feile er menneskelig, sies det. Det gjelder åpenbart ikke leger.

Denne feilen kunne jeg gjort

Selv om jeg vet at vinkristin er nevrotoksisk, kan jeg også forveksle to sprøyter. Skam ta deg som tror det ikke kunne skjedd deg! Det dreier seg ikke om inkompetanse. Teorien om at feil rammer «råtne epler», er feil. Feil rammer alle. Menneskelig svikt og systemsvikt går nesten alltid hånd i hånd. Skyld blir derimot ofte tilskrevet klinikerne, ikke systemet (4). I løpet av et år er alle sykehusleger involvert i feil, og i løpet av karrieren vil opp mot halvparten av oss være involvert i en tilsynssak, ifølge Helsetilsynet. Det er en iboende usikkerhet knyttet til de fleste store og små avgjørelser vi tar i løpet av en dag. Risikoen for å gjøre feil øker med økende tidspress og kompleksitet i det kliniske arbeidet. Dette er en del av vår hverdag som vi må leve med. Vi vil aldri klare å utrydde alle feil! Dette betyr at selv om vi skal jobbe systematisk for å forebygge feil og at vi skal dra lærdom av feil som begås, så må vi tydeliggjøre også dette perspektivet i offentligheten. Det er en del av jobben. Den erkjennelsen må starte på toppen og forplante seg gjennom alle nivåer av kollegiet. Byrden leger bærer med seg etter en slik hendelse er enorm – det kan bety slutten på en karriere. Vi har et kollegialt ansvar for hverandre.

Åpenhetskultur

Vi må jobbe mot en åpenhetskultur der det føles trygt å snakke om feil, om belastningen av å begå feil, men også den frykten vi lever med for å begå dem. Vi må føle oss trygge på at når vi gjør feil, så står vi ikke alene, da blir vi tatt vare på av arbeidsgiver og av kolleger. Oppmerksomheten skal i slike tilfeller også rettes mot systemet vi er en del av. Min påstand er at vi svikter på dette området. Vi snakker ikke om det. Vi priser oss bare lykkelig for at det ikke var vi som forvekslet de to sprøytene. Inntullet i rasjonalitet og fornektelse fortsetter vi ufortrødent videre. Men tro meg, det kommer til å ramme deg også.

Jeg vet om en onkologisk avdeling på et mindre sykehus i Norge der avdelingsoverlegen kaller inn til regelmessige legemøter for gjennomgang av feil som har skjedd. Han starter med å gå igjennom feil han *selv* har begått. Så enkelt kan det gjøres.

Etter stormen

Stormen har lagt seg på Haukeland universitetssykehus. Tiltak er igangsatt. Rutiner er endret. Helsepersonell der vil neppe sette vinkristin intratekalt igjen.

Neste gang er det noe annet, et annet sted. Så lenge vi er mennesker og ikke maskiner, vil feil forekomme. Når skal vi begynne å snakke om det?

LITTERATUR

1. Zeller B. Noen tanker i kjølvannet av en fatal feilmedisinering. Tidsskr Nor Legeforen 2018. doi: 10.4045/tidsskr.18.0031. [PubMed][CrossRef]

2. Helsetilsynet. Feilmedisinering ved cellegiftbehandling av et seks år gammelt barn ved Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF. Tilsynsrapport.
<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Feilmedisinering-ved-cellegiftbehandling-av-et-seks-ar-gammelt-barn-ved-Haukeland-universitetssjukehus-Helse-Bergen-HF/> (9.3.2018).
 3. Otterlei SS, Angell E, Johansen EN. Djabrail (6) døde etter feilbehandling på sykehuset. https://www.nrk.no/hordaland/djabrail-_6_-dode-etter-feilbehandling-pa-sykehuset-1.13689354 (9.3.2018).
 4. Li JW, Morway L, Velasquez A et al. Perceptions of medical errors in cancer care: an analysis of how the news media describe sentinel events. *J Patient Saf* 2015; 11: 42 - 51. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 17. april 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0210

Mottatt 2.3.2018, første revisjon innsendt 9.3.2018, godkjent 13.3.2018.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. februar 2026.