

PATIENT SAFETY MOVEMENT

First, Do No Harm. ZERO by 2030



Planning for ZERO: A Clinician's Perspective

Jannicke Mellin-Olsen, MD, DPH



One of PSMF guiding principles

Promote respect, dignity, compassion, and love in all actions and behaviours





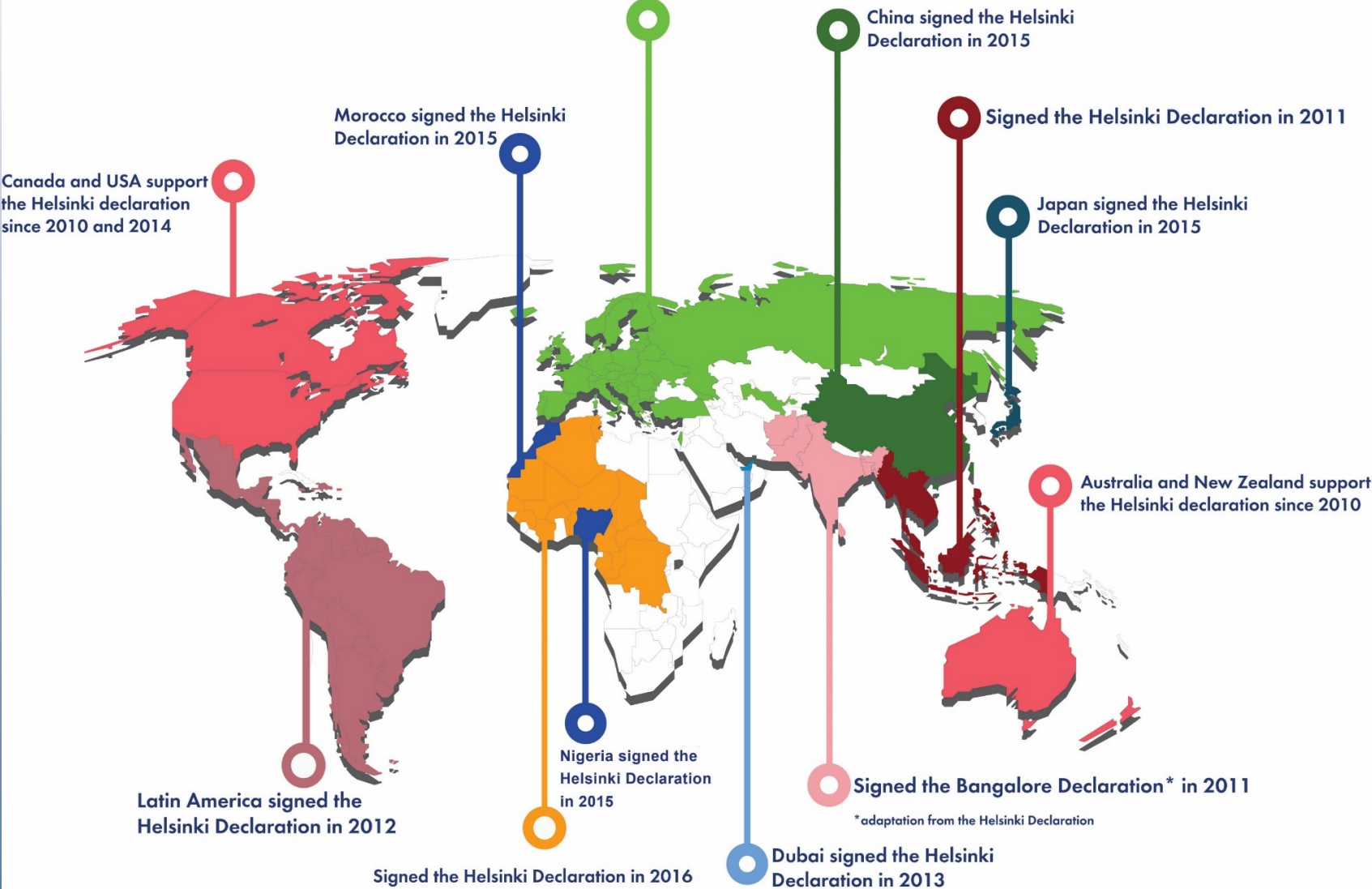


Anaesthesiologists are safeguarding the best interests of our patients when they are at their most vulnerable

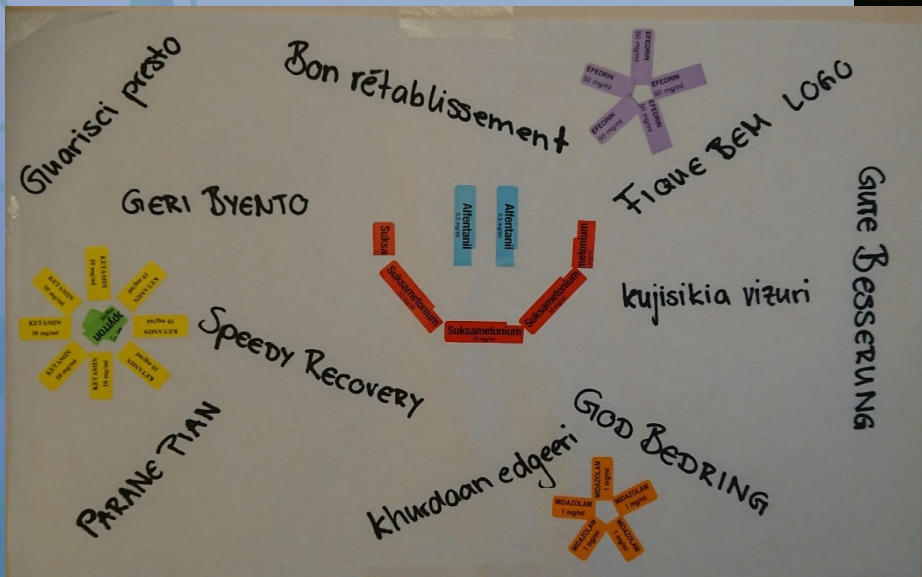


Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology

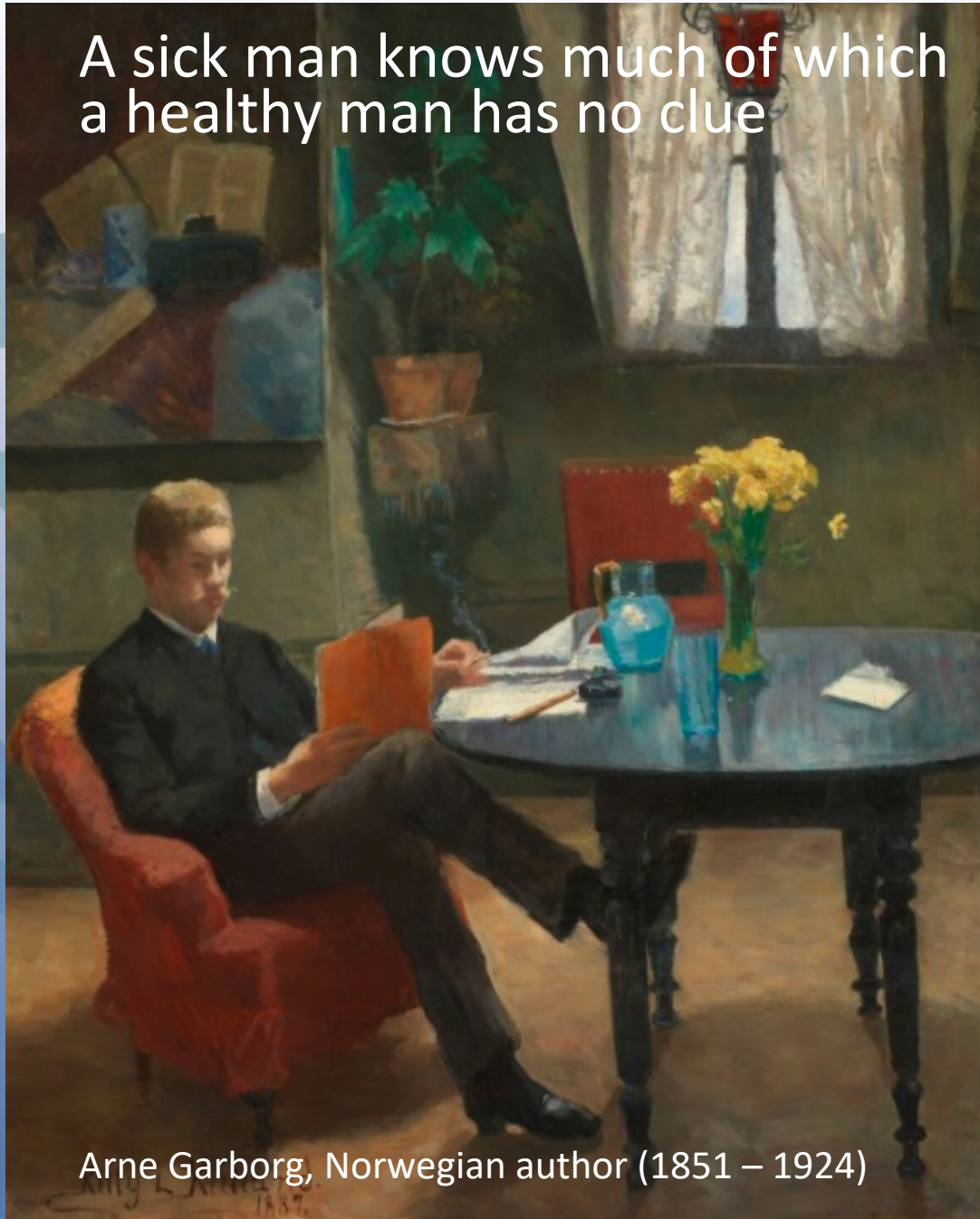
Signed the Helsinki Declaration in 2010



* adaptation from the Helsinki Declaration



A sick man knows much of which
a healthy man has no clue



Arne Garborg, Norwegian author (1851 – 1924)

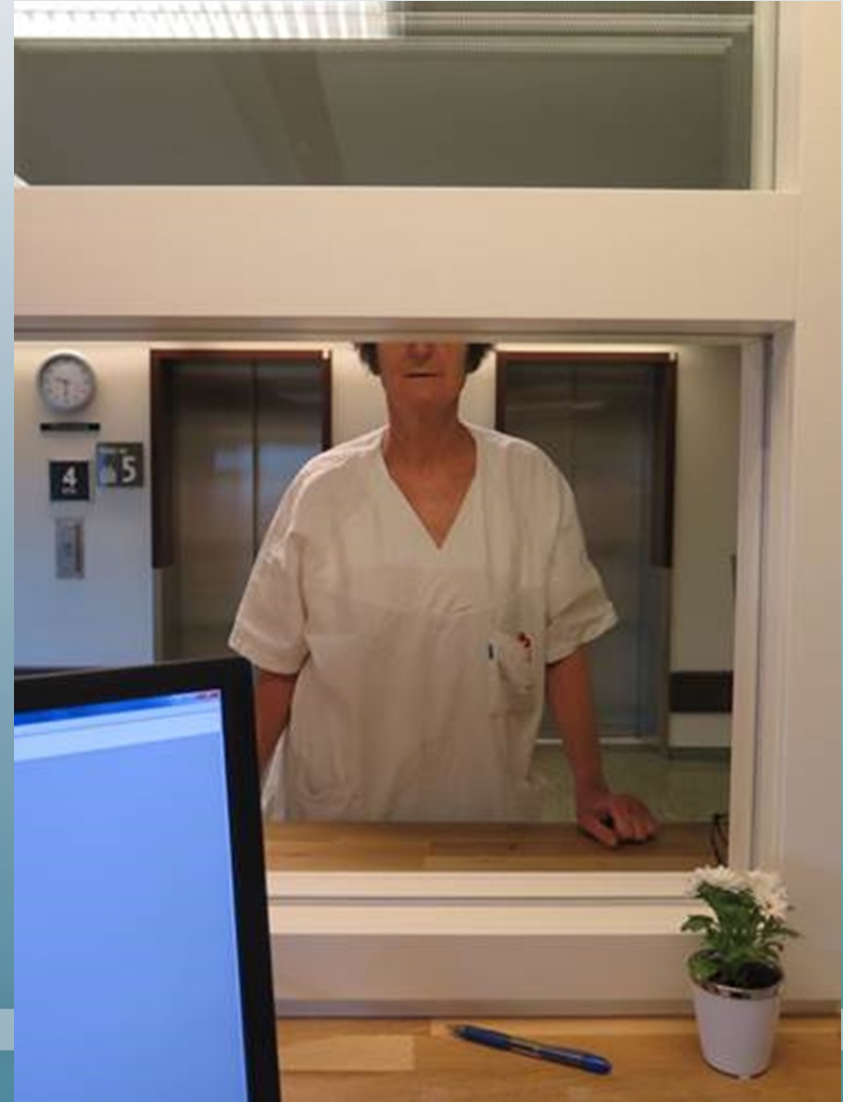


Listen to your patient, he is telling you
the diagnosis.

- Sir William Osler (1849-1919)

Four good Habits

Habit 1: Invest in the beginning



Habit 2: Elicit the patient's perspective





Habit 3: Demonstrate empathy





Justin Micalizzi



The hospital never told the truth. For three years, Alexander (15) believed he was to blame for his father's death.

Sykehuset fortalte aldri sannheten. I tre år trodde Alexander (15) at det var hans feil at faren døde.

SI SYKEHUSDBDSFALL

Tekst: OLA SOLVANG, NORDLYS
240 og 0810
ASLE HANSEN
ASH@DAGBLADET.NO

TROMSØ (Nordlys/Dagbladet)

Sammen med den tolv år yngre broren fant Alexander (15) faren sterkt skadd da han kom hjem fra skolen 16. desember 2013.

Den da 12 år gamle gutten var i sjokk og ringte feil nummer da han skulle tilkalle hjelpe.

I en av rapportene etter hendelsen heter det at pasienten var død ved ankomst på UNN. Annetst ved sykehuset fortalte de pårørende at skadene var så store at livet ikke sto til å redde.

Flere tabber

Ivaretagelsen av de Gabriel Kral (58) i moten en time etter at han kom fram til akuttrommet. Han døde etter gjentatte tabber i all skadestene som blir konstatert som kardiak, ukorrekt, og uten ledelse.

I fjor var det jeg og Helsetilbyrnetts framløp i skadestenen. Da skjedde jeg for første gang at det ikke var min feil at pappa døde. Dette skjedde like fortidig jeg hadde slått full rommet. Men ikke var det en stor letelse. Samtidig ble jeg veldig sint og skuffet.

Hvorfor fortalte de oss ikke sannheten? Hvorfor lag de, sier 15-åringen.

Han legger ikke skjul på at skyldfølelsen han bar på har påvirket både skolegang og fritid.

Den første, næsten 60 sider lange rapporten fra Helsetilbyrnet, fikk en raskere stem over det som skjedde på skadestenen på UNN 16. desember 2013, og over måten sykehuset håndterte saken på i ettertid.

Helsetilbyrnet mener UNN har brutt helseovervåkingen på en rekke punkter, og konklusjonen med at sykehuset heller ikke har gjort det de skal for å ta hensyn til det som skjedde da 58 år gamle Gabriel Kral døde.

Knos

Da pasienten ankom skadestenen, sto et team på 10 leger og helsearbeidere kluss til i to i moten hans.

Hjelpearbeidslaget var pasienten vel til berednet da de kom fram til sykehuset.

Et kvartier senere prøvte han selv gjennom et skyggemaskin. Etter hvert ble prusten svakere, og det ble besluttet å åpne inn en luftslange gjennom halsen.

Legen som lederte innlegget hadde ikke fått beskjed om at pasienten ikke hadde fått bedøvelse.

Legen sier derfor opp halset mens pasienten var delvis våkent.

Stasjons Helsetilbyrnet mener det er overraskende samtykket til saken som skulle på pasienten i løst, hvarset fullt, i spiserøret i stedet for i luftveiet.

Dermed kom det ikke luft ned i lungene. Like etter innlegget, slo en av legerne alarm og påpekte at pustemaskinen indikerte at noe var galt, at brukeranlegget til pasienten ikke, noe som tydet på at det ble blåst luft ned i magen i stedet for i lungene. Legen ble ikke hørt.

Uten bedøvelse

Teamet registrerte etter hvert at pasienten ikke fikk luft. Det ble besluttet å åpne de let er trykret for å gå inn og starte blodsirkulasjonen.

Portvakt var ikke den kritiske informasjonen om at pasienten ikke hadde fått bedøvelse blitt kjent for alle de legerne i skadestuen.

Kirurgien sikret derfor opp de let er trykret, men at pasienten hadde fått bedøvelse.

Kort tid etter de to innleggene fikk pasienten hjerte stopp, og han ble flyttet til et operasjonsrom.

Det ble konstatert at blodet til pasienten var storr og oppblåst.

Kirurgene åpnet brystkassen til pasienten. En kollega opplyst at talsen som skulle på pasienten låst ut i skadestenen. Da talsen ble flyttet til luftstrøket, fungerte lungene som den skulle. Det var imidlertid for sent. Kløkket 13.03, 52 minutter etter ankomst til sykehuset, ble den 58 år gamle mannen erklært død.

Stasjons Helsetilbyrnet mener sykehuset ikke ga pasienten frivillig behandlingen i rapporten blir det listet opp i alt ni brudd på helseovervåkingen, blant annet knyttet til sykehusets manglende informasjon om til pårørende.

Familien fikk ingen informasjon om hvordan det gikk med pasienten, og måtte vente to døgn før de fikk vite at han var død.

De fikk heller ingen informasjon om at det hadde vært, eller kunne ha vært, problemer i forbindelse med behandlingen som kunne være helseovervåking til hans død. De fikk



MISTET FAR OG EKTEMANN: Rita Kral og sønnen Alexander (15) er glad for at de nå har fått klarhet i hvordan ektemannen og faren døde.



DØDE: Gabriel Kral (58) (øverst til venstre) var selv overlege på UNN og godt kjent blant mange ansatte. Helsetilbyrnet påpeker at det kom fra medfølt en elektrisk strømføler for helsepersonell som prøvde å redde ham.

FOTO: LINA LUNDAVITZ, NORDLYS



AKUTTEN: Her forsøkte helsepersonell å redde Gabriel Kral i tv. UNN (for nå Kritikkk fra Stasjons Helsetilbyrnet).

FOTO: OLA SOLVANG, NORDLYS



FAR KRITIKK: Sykehusdirektør Tor Ingebjørnsen mener kritikken fra Stasjons Helsetilbyrnet er berettiget.

FOTO: OLA SOLVANG, NORDLYS

Australian Open Disclosure Framework

Better communication,
a better way to care



Imagine the last time something went really, really wrong.

Imagine that it concerned your wife, child, mother, father instead.

Imagine the conversation you would have wanted to have with the doctor, the team and the management.

AUSTRALIAN COMMISSION
ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE



 Australian College of Nursing



Norsk anestesiologi og Europa

Vi har arbeidet hardt i Norge for å forankre fagets "plattform" de siste 10-15 år. Langt på vei har dette vært meget vellykket, og vi ser konturene av en ny organisering av Norsk Anestesiologisk Forening som kan spille på langt flere strenger enn tidligere. Jeg tenker da i første rekke på etablering av de fire faggrupper for å ivareta foreningens arbeide med "de fire søylene" (eller to søyler og to påler om man vil). Nødvendigheten av å "hevde" faget i ulike sammenheng blir ikke mindre i årene som kommer, og vårt viktigste "verktøy" er og blir foreningen.

Heldigvis har ikke denne betydelige satsing på det "indre marked" gått ut over vårt internasjonale engasjement. Som beskrevet i dette nummer av NAForum er det et stort arbeide som legges ned fra enkeltpersoner i mange ulike europeiske foreninger, meget aktuelle for norske anestesiologer. De fleste vil kunne finne en "nisje" som passer for dem i det store tilbud av generelle og spesielle foreninger som eksisterer. Listen kunne vært lenger, og noen vil sikkert savne ESRA (European Society of Regional Anaesthesia), som vil lover å komme tilbake til senere. For mange vil det kjennes riktig og nødvendig å strekke sitt interessefelt ut over landets grenser, og det er viktig at mange nok blir medlem i ulike organisasjoner for at vårt land også på den måten kan påvirke. Først det siste året har ESICM (den europeiske intensivforeningen) fått nok norske medlemmer (>10) til at vifikk en plass i "rådet" (council), og det var på tide!

Men vårt internasjonalt engasjement har først og fremst de siste år vært et nordisk anliggende, ved styrets arbeide (og halvparten av norske anestesiologer som medlemmer) i Nordisk Anestesiologisk Forening. Det fleste vet vel nå at det har vært arbeidet målrettet for at de nasjonale foreninger i Norden skal inngå et tettere og mer formelt samarbeide i årene som kommer. Dette arbeidet er nå i ferd med å nå sitt mål! Sist høst sluttet enstemmige generalforsamlinger på Island og i Danmark og Norge opp om et manifest som går ut på et "forenet nordisk anestesisamarbeide". Den 8. mai i år sluttet Sverige seg til dette manifestet og vi regner med at også Finland vil gi sitt ja. Da ligger alt til rette for en ny giv i det nordiske samarbeidet gjennom en "ny" Nordisk Anestesiologisk Forening fra 1. januar år 2000.

Hans Flaatten
redaktør



1998, volum 11, nr. 2

Ulykkeskommisjon for helsevesenet

Etter å ha tenkt på ideen i noe tid, vil jeg gjerne få den diskutert og tatt stilling til.

Vi har ikke noen enhetlig måte å behandle ulykker eller nestenulykker i helsevesenet på. Et meldesystem er for såvidt lovbelagt, men det viser seg i praksis at det er meget forskjellige rutiner som deretter trer i kraft.

Saker som i den siste tiden har vært omtalt i pressen, gjør det nødvendig at vi ansvarlige klinikere tar initiativ til å få opprettet en ulykkeskommisjon som trer i funksjon ved uforventede alvorlige hendelser, eller dødsfall i pasientbehandling. Den bør tre i funksjon der det er uklare omstendigheter, eller uregelmessigheter, eller mistanke om slike. Den bør erstatte dagens tilfeldigheter med hensyn til hva som sikres av forklaringer og indisiser, eller bevis av matriell art i forbindelse med en hendelse, enten den har fatale eller alvorlige følger for pasient.

Vår ofte risikofylte hverdag foregår etter faste oppsatte rutiner. Vi er pålagt å ha disse nedfelt i skriftlig form, og det skal være en grunn for å fravike dem. Rutiner skal etterprøves og vi har virksomhetsregistrering, med

og sammenhenger. Det er ikke engang sikkert at det foretas rettslig obduksjon, fordi dette er avhengig av budsjettet til det lokale politikammer. Den enkelte helsearbeider vil oppleve at status som vitne eller mistenkt med de rettigheter og plikter/begrensninger dette innebærer, er en belastning utover det rimelige i sakens anledning. Videre er det slik at for å bli forhørt eller få avgitt forklaring, er det først nødvendig å forelese for tjenestemannen, politijuristen, alle de medisinske relevante sammenhenger. Når man har lagt grunnlaget for en utspørring som er målrettet, kan forklaring opptas.

«Vitnet» eller «den mistenkte» i vårt tilfelle en person som ikke har villet skade noen. Det er en fagperson som ikke kommer fra b komplikasjons koding som sikrer oppfølgende blir b ging av rutinene.

I en tid der pressen mer og mer ser ut til å være vårt nærmeste kontrollorgan, finner jeg det lite tilfredsstillende at det er resursene ved det lokale politikammer som bestemmer hva som settes igang av etterforskning i det enkelte tilfelle. Si spesiell, og ikke timer, det er problemstilling gal counsellin

Regeln saken i protok starter de en c innhentes fler legens.

Det meldes evt. også til Fylkespolitiet kan begjære rettsmedisinsk obduksjon, HVIS de er interessert, eller har resurser til det, eller det er mistanke om kriminalitet.

Avhengig av resursene og innsikten til de tjenestemenn som er på vakt, er det tilfeldigheter som bestemmer hva som settes igang av klarlegging av årsak

juridisk eller teknisk. Dette er en unik måte å etterforske ukjente årsakssammenhenger såvidt jeg vet.

Både i trafikk til lands, til sjøs og i luften, i arbeidslivet forøvrig med maskiner og med alle mulige tekniske installasjoner, forgår dette etter fagprinsipper fra første stund.

Jeg synes vi som spesialforening godt kan være initiativtagere til å engasjere moderforeningen i å etablere en Ulykkeskommisjon for helsevesenet, bredt sammensatt. Det bør være med leger, relevante spesialister, relevante tekniske spesialister, jurist og legfolk, parallelt med sammensetning av f.ex. Flyhavari-kommisjonen.

Jeg melder dette på som sak til diskusjon i styret i NAF, videre også som sak på neste høstmøte og generalforsamling.

John O. Wille
An.Avd.SiA
1474 Nordbyhagen



Elisabeth (28) døde mens legen sov

Lå 30 timer uten legetilsyn med alvorlig svangerskapsforgiftning



MISTET DATTEREN: Solveig Eek Bistrup sier familien opplevde tildekking og ansvarsfraskrivelse fra sykehuset etter datterens dødsfall- Søstrene Maren Eek Bistrup (29) t.h. og Anna Bistrup (26) føler at sykehuset ødela sorgprosessen for dem med sin opptreden. Foto: Krister Sørbø

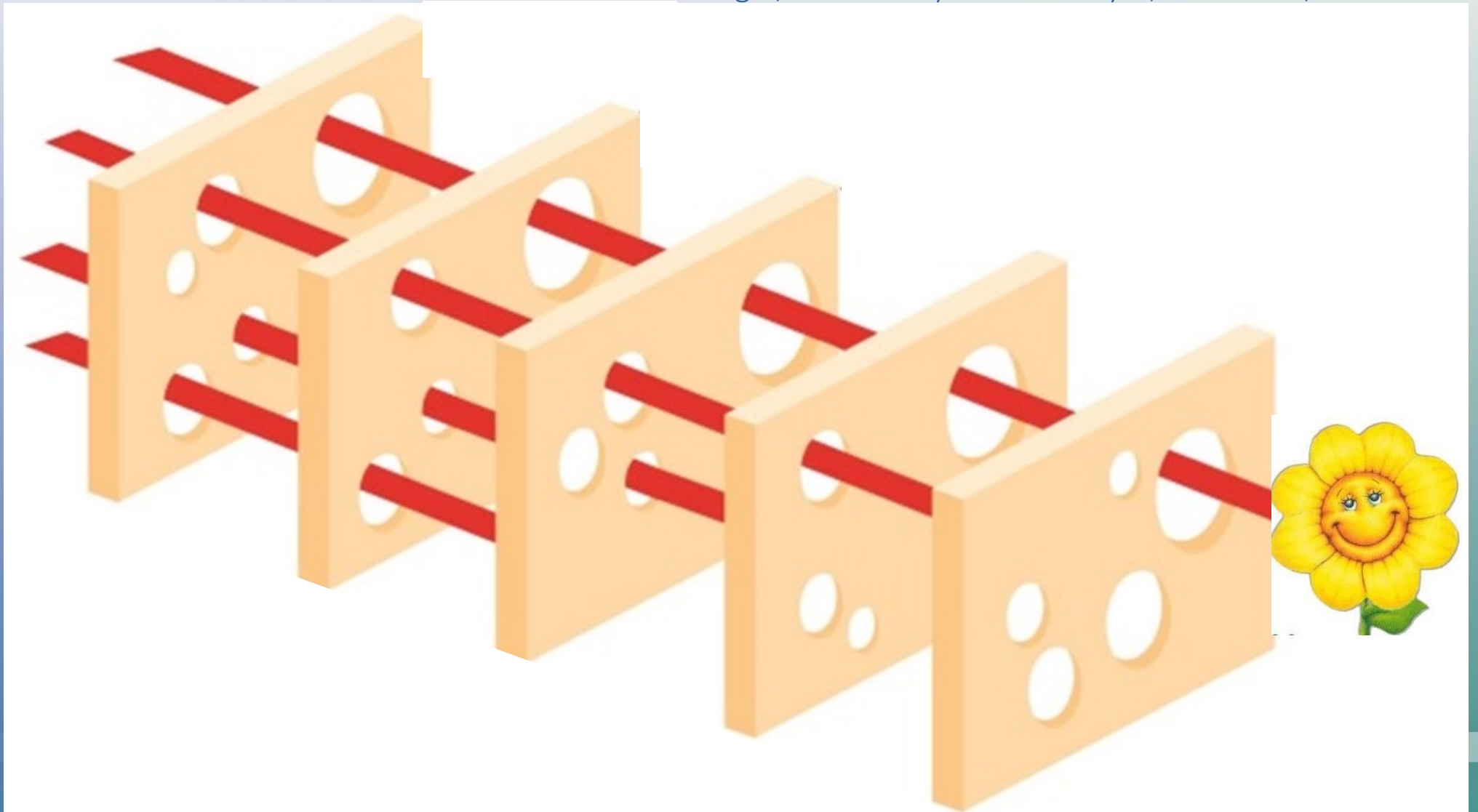
Ukom - The Norwegian Healthcare Investigation Board

May 2019

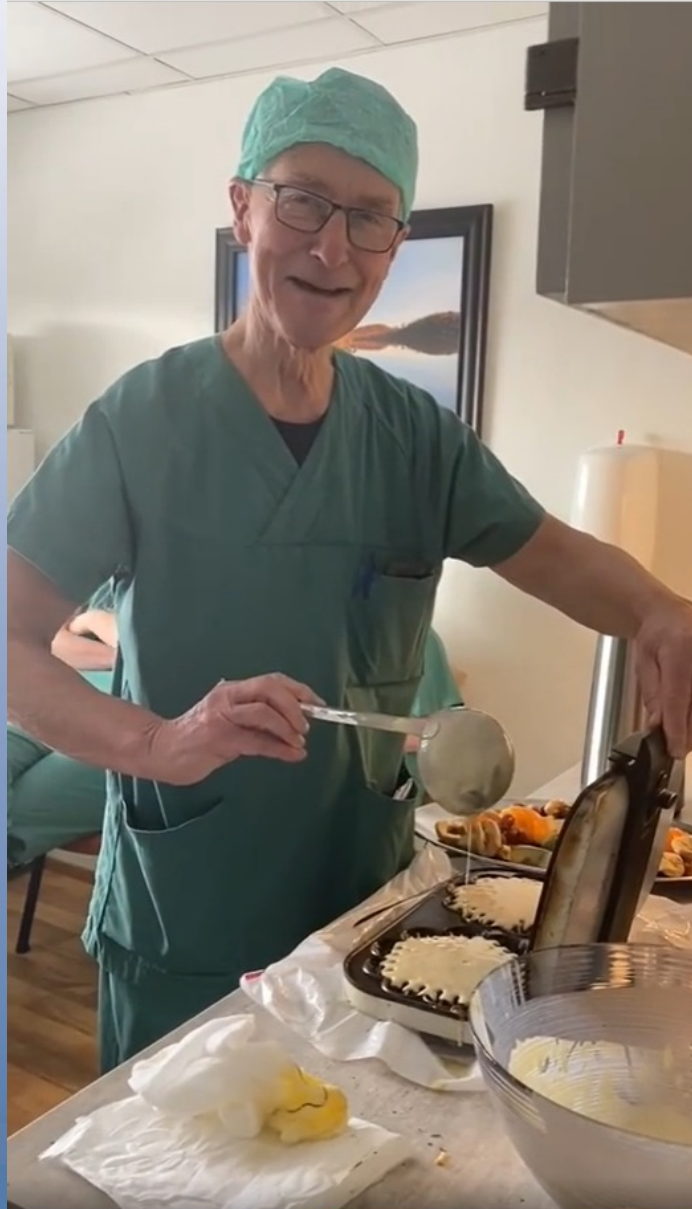


It is more important—or should be more important—
that things go right than that things do not go wrong.

Hollnagel, Erik. Safety-I and Safety-II, CRC Press, 2014



Organizational factors (including safety culture):



Establishing Learning Incidents

- Discussion of problem cases
- Similar cases retrieved from chart archives – included in analysis
- Good learning potential
- Basis for preventive measures





**A promise to learn
– a commitment to act**

**Improving the Safety of Patients
in England**

National Advisory Group on the
Safety of Patients in England

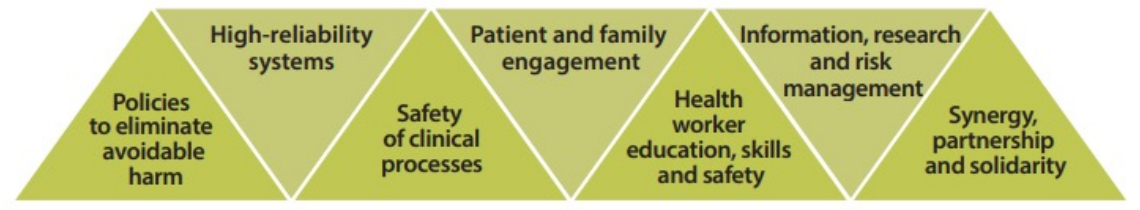
August 2013

Involvement means
having the patient voice
heard at every level of the
service, even when that
voice is a whisper

Seek out and listen to
colleagues and staff

GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030

Towards eliminating avoidable harm in health care



Together, we can create a safer healthcare system
with zero preventable harm

Thank you!



jannicke@mellin.no