

18. Münchner Qualitätsforum 2008

Reden ist alles – Schweigen ist Folter – kurze Prozesse, aber richtig!

Heilende Kommunikation nach Zwischenfällen

Dr. med. Marc-Anton Hochreutener

Geschäftsführer

Stiftung für Patientensicherheit Schweiz

Psychische und physische Folgen von FOLTER

- Ausgeliefertsein
- Hilflosigkeit
- Verzweiflung
- Repetitives Wiedererleben, Hinterfragen, nicht Loskommen
- Vermeidungsverhalten
- Erregungszustände
- Depression
- Chronische Schmerzen, Chronifizierungen generell
- Schlafstörungen
- Angst, Wut, Misstrauen, Resignation, Ohnmacht
- Selbstbeschuldigung

Folgen des **SCHWEIGENS** nach einem schweren Behandlungszwischenfall

- Ausgeliefertsein
- Hilflosigkeit
- Verzweiflung
- Repetitives Wiedererleben, Hinterfragen, nicht Loskommen
- Vermeidungsverhalten
- Erregungszustände
- Depression
- Chronische Schmerzen, Chronifizierungen generell
- Schlafstörungen
- Angst, Wut, Misstrauen, Resignation, Ohnmacht
- Selbstbeschuldigung

Siehe z.B.:

- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. JAMA. 2003; 289:1001–7.
- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. New England Journal of Medicine. 2003; 348:1051–6.

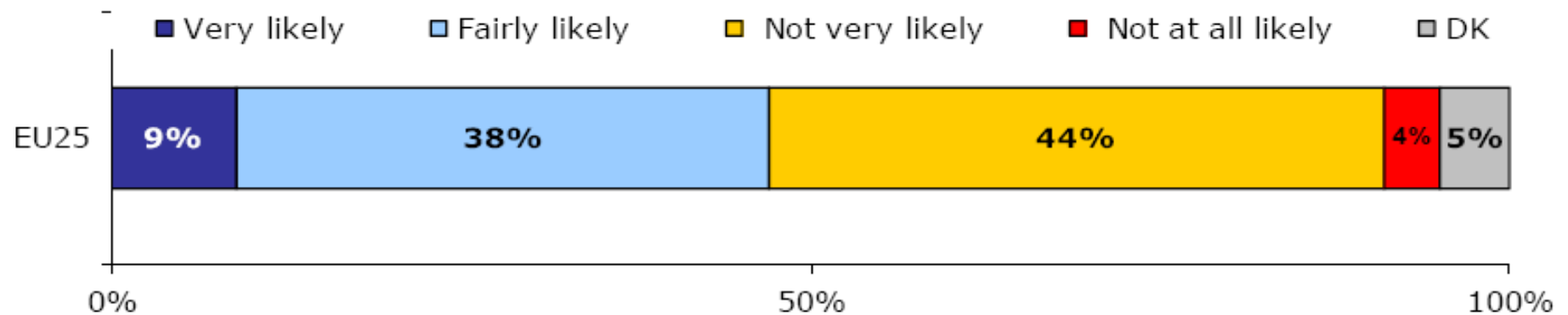
Beispiel eines realen Falles



Im Prinzip ist es so einfach...

- **Stellen Sie sich vor, bei Ihnen als PatientIn oder Ihrem Kind passiert ein Behandlungsfehler.**
- **Welche Art der Kommunikation und Information würden *Sie* sich wünschen?**
- **Was wären *Ihre* Bedürfnisse?**
- **Oder fragen Sie Ihre Verwandten und Freunde...**

47% der Europäer denken, es ist wahrscheinlich, im Spital einen Behandlungsfehler zu erleiden.



23% der Europäer haben selbst oder in der Familie bereits einen Behandlungsfehler erlitten.

Evidenz

While the severity of the outcomes of errors remains the most important single factor in the choice of actions to be taken, **the professional's approach to the error is regarded as essential in the overall evaluation of errors and the consideration of consequences.** In errors with a severe outcome, **an honest, empathic, and accountable approach to the error decreases the probability of participants' support for strong sanctions against the physician involved by 59%.** Judgments were only marginally affected by respondents' characteristics.

The handling of errors strongly contributes to citizens' choice of actions to be taken, and they are sensitive to failures **to name the incident as an 'error'**. For the success of de-individualized, systems-oriented approaches to errors, communication of **clear accountability to patients will be crucial.**

Schwappach DLB et al., What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors, *International Journal for Quality in Health Care* 2004; Volume 16, Number 4: pp. 317–326

Evidenz

**Fehlende Ehrlichkeit, Offenheit und
Verantwortungsübernahme machen
einen Fehler erst recht inakzeptabel!**

Evidenz

Educational interventions to improve error disclosure should emphasize the uniformity of parental preferences for disclosure, reporting, and **the decreased likelihood of legal action when errors are disclosed** than if discovered through other means.

Hobgood C et al., Parental Preferences for Error Disclosure, Reporting, and Legal Action After Medical Error in the Care of Their Children, PEDIATRICS Vol. 116 No. 6 December 2005

Offene Information, Entschuldigung und Unterstützung reduzieren das Risiko von Rechtsfällen.

Evidenz

Analysis of participants' accounts suggests that **a combination of formal Open Disclosure, a full apology, and an offer of tangible support** has a higher chance of gaining consumer satisfaction than if one or more of these components is absent.

Conclusions: Staff need **to become more attuned in their disclosure communication to the victim s perceptions** and experience of adverse events, to **offer an appropriate apology, to support victims long-term as well as short-term**, and to consider using consumers' insights into adverse events for the purpose of service improvement.

Iedema R et al, Patients' and family members' experiences of open disclosure following adverse events, International Journal for Quality in Health Care 2008; Volume 20, Number 6: pp. 421–432

Evidenz

**Betroffene wollen offene Information,
Entschuldigung und Unterstützung.**

Die Bedeutung der Entschuldigung und der offenen Kommunikation

Prof. Lucian L. Leape, MD

Harvard School of Public Health

Patientensicherheit Schweiz

Bern

13. September, 2007



Zugrunde liegende Konzepte

1. Ein vermeidbarer ernsthafter Behandlungsschaden ist ein medizinischer Notfall
2. Anders als andere Notfälle, hat er 2 Opfer: den Patienten und den Leistungserbringer
3. Eine ernstgemeinte Entschuldigung ist essentiell für die Heilung

1. Ein schwerer vermeidbarer Behandlungsschaden ist ein medizinischer Notfall!

- Ein vermeidbarer Behandlungszwischenfall ist eine enorme Herausforderung für das Vertrauen des Patienten und damit für das Arzt-Patient-Verhältnis
- Wenn sie nicht richtig behandelt wird, wird sich das Verhältnis rapide verschlechtern
- time is of the essence

Die Reaktion des Patienten

- Die emotionale Reaktion auf einen Schaden ist ein Mix aus Angst, Aufregung, Depression (!), Wut, Isolation, Demütigung und Sich-Verraten-Fühlen

Nach einem Zwischenfall: der Patient ist doppelt verletzt

- Eine physische Wunde – das “adverse event” (Zwischenfall)
- Eine emotionale Wunde – Das Gefühl von Verrat und Vertrauensverlust

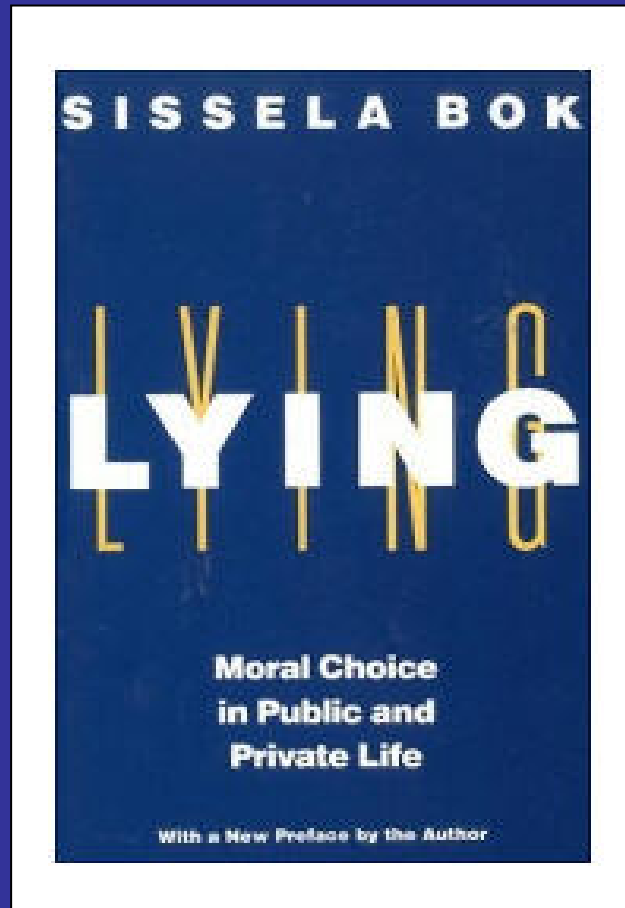
Was ist die medizinische Behandlung dieser emotionalen Wunde?

- Behandle es als Notfall
- Die Behandlung ist: ehrliche, offene, vollständige Kommunikation und, wenn angezeigt, die Entschuldigung

Der Patient hat ein *Recht* auf Transparenz

- “Nothing about me without me”
- Leistungserbringer haben keine legalen oder moralischen Befugnisse, Informationen zurückzuhalten
- Informationen zurückzuhalten ist arrogant und respektlos
- Nicht Wissen verursacht Wut, Feindseligkeit und Vertrauensverlust

Über Ehrlichkeit



Die Ehrlichkeit der Health Professionals bedeutet mehr für Patienten als fast alles andere, was sie erleben, wenn sie krank sind.

Sissela Bok, Lying: Moral Choice in Private and Public Life (1978)

Die Macht des Schweigens

Vorzugeben, dass nichts passiert sei, oder darüber auf unvollständige Weise zu erzählen, ist **Lügen.**

Die Macht des Schweigens

Für den Arzt/die Pflege

- Lügen zerstört unsere Integrität und unser inneres Gleichgewicht
- Es ist hart, mit einer Lüge zu leben

Die Macht des Schweigens

Für den Patienten

- Sät Angst – “Es muss sogar schlimmer sein, als ich dachte, weil es mir niemand erzählt.”
- Zerstört Vertrauen – “Wie kann ich Ihnen vertrauen, wenn Sie mir nicht erzählen, was passiert ist?”
- Schürt Verdacht – “Sie *müssen* etwas falsch gemacht haben, sonst würden Sie es mir ohnehin erzählen.”

Ein schwerer vermeidbarer Schaden hat 2 Opfer: Der Leistungserbringer ist ebenfalls verletzt

- Scham, Schuld und Angst können gravierend sein
- Die Fähigkeit, mit Patienten umzugehen, kann massgeblich beeinträchtigt sein
- Leistungserbringer brauchen Unterstützung von Kollegen

..

Eine ernsthafte Entschuldigung ist essentiell für Heilung

- Entschuldigung ist der Anfang der Wiedergutmachung
- Sie behandelt den Schmerz der emotionalen Wunde
- Sie eröffnet den Heilungsprozess
- Der Patient *verdient* eine Entschuldigung

Die Macht der Entschuldigung

Für den Patienten:

- Hilft, die Würde und Selbstachtung des Patienten wiederherzustellen
- Hilft, Vertrauen wiederherzustellen
- Gibt Sicherheit, dass der Patient nicht schuldig ist (!)
- Zeigt, dass Sie auch leiden
- Gibt Genugtuung, indem sie zeigen, dass Sie das Leid des Opfers und seinen Vertrauensverlust verstehen

Die Macht der Entschuldigung

Für Arzt/Pflege/Leistungserbringer:

- Drückt die normale empathische Sorge für den verletzten Patienten aus
- Hilft, Schuld und Scham abzubauen
- Hilft, die emotionale Balance wieder zu finden
- Macht Verzeihen möglich
(aber nicht zwangsläufig!)

Die Komponenten der Entschuldigung (Prof. Lazare, Massachusetts Medical School)

- Anerkennung des Schmerzes
- Übernahme der Verantwortung dafür
- Erklärung, was passiert ist
- Zeigen von Reue
- Anbieten von Wiedergutmachung und Hilfe

Wie Entschuldigungen scheitern

Vage:

“I apologize for whatever I did”

“Ich entschuldige mich für alles, was ich tat”



How apologies fail

Passiv: “Mistakes were made”

“Es wurden Fehler gemacht”



How apologies fail

Vorbehaltlich: “If I offended anyone, I’m sorry”

“Falls ich jemanden beleidigt habe, tut es mir Leid”



How apologies fail

“Empathie”: “I feel your pain.”

“Ich fühle Ihren Schmerz”



Warum geschieht's nicht?

1. Es ist sehr schwierig, sich zu entschuldigen
2. Medizinische Schäden sind sehr verschieden von anderen Gründen, warum sich Leute entschuldigen
3. Wir fühlen uns oft nicht verantwortlich, wenn wir den Fehler nicht persönlich gemacht haben
4. Vielen von uns fehlt die Fertigkeit dazu
5. Angst vor Konsequenzen: Verlust des Patientenvertrauens, Verlust des Respekts der Kollegen, Risiko, rechtlich belangt zu werden

Warum geschieht's nicht?

Der wahre Grund:

das Gefühl von Scham und Schuld kann
übermächtig sein

Der “Kunstfehler-Mythos”

Mythos:

Wenn Du den Patienten erzählst, was passiert ist, oder Dich entschuldigst, werden Sie Dich mit grösserer Wahrscheinlichkeit rechtlich belangen und es wird vor Gericht gegen Dich verwendet

Realität:

Patienten strengen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Rechtsfälle an, wenn Sie mit Ihnen ehrlich sind!

- Plaintiff lawyer experience
- Evidence: VA, U. Mich, COPIC

Der Steilpass aus Harvard USA - Lernen von Anderen!

Entwicklung

Bedeutung richtiger
Kommunikation

Erstes Gebot nach
einem
Zwischenfall

Kommunikation
WANN / WER / WO

Kommunikation
WAS

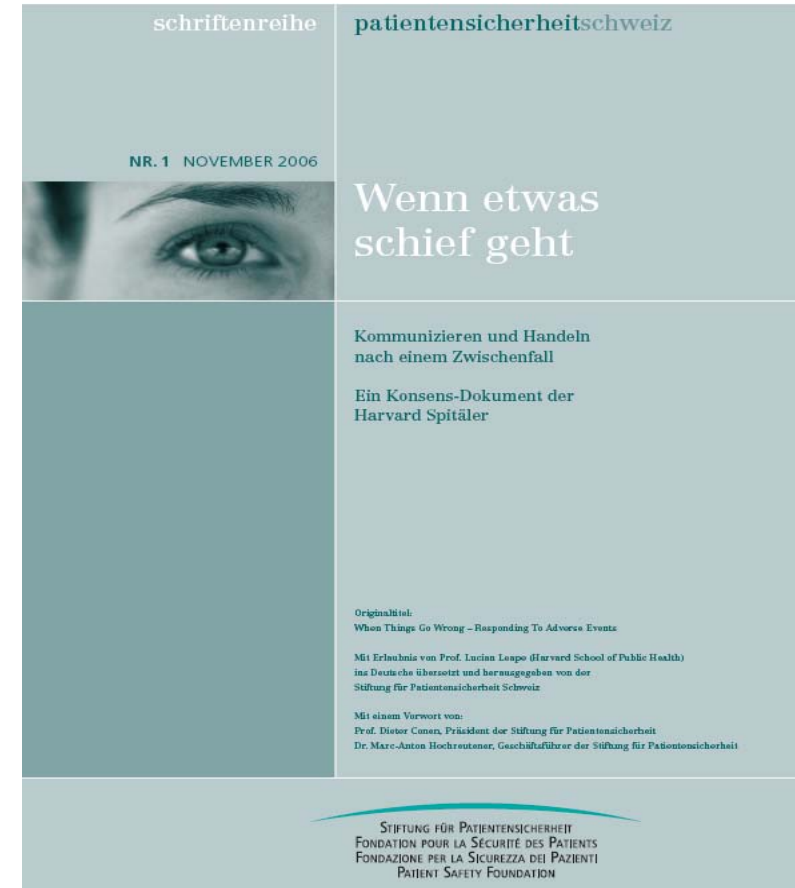
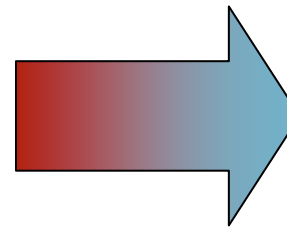
Weitere wichtige
Aspekte

Hintergrunddokument
Schriftenreihe

Verbreitung



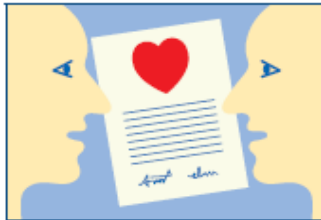
www.macoalition.org



www.patientensicherheit.ch

Empfehlungen Kommunikation – der Flyer

empfehlung patientensicherheitschweiz



Bedeutung richtiger Kommunikation:
 Mitfühlende und ehrliche Patientenaufklärung schafft Atmosphäre des Vertrauens und somit die Voraussetzung für eine konstruktive Bewältigung

- Liang BA (Qual Saf Health Care 2002, 11, 64-68)
- ASBEM American Society for Healthcare Risk Management 2001, www.asbem.org/health/igba/igba-topics.asp



Erstes Gebot nach einem Zwischenfall:

- Bewahrung vor weiterem Schaden
- Nur Zwischenfälle kommunizieren, welche tatsächlich eine Auswirkung auf den Patienten verursacht haben
- Koordiniert Vorgehen!

- Hopkins CC et al A consensus statement of the Harvard hospitals. When things go wrong. Depending to address events. www.masscoll.edu.org 2006
- Boyle D et al Crit Care and 2006, 24, 1032-1037

empfehlung patientensicherheitschweiz



WANN:
 Passiert ein Zwischenfall, soll nach Vorliegen von verlässlichen Informationen das Gespräch mit dem Patienten so rasch als möglich gesucht werden (wenn möglich innert 24 h).

- Cleopas A et al (Qual Saf Health Care 2006, 15, 136-141)
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Draft Open Disclosure Standard v5.2 2007, p17
- Roberts PC et al CMAJ 2001, 164, 509-513



WER:
 Verantwortliche Vertrauensperson des Patienten aus dem Behandlungsteam

- Liang BA (Qual Saf Health Care 2002, 11, 64-68)
- ASBEM American Society for Healthcare Risk Management 2001, www.asbem.org/health/igba/igba-topics.asp



WO:
 In einer ruhigen, die Privatsphäre des Patienten schützenden Umgebung

- Hopkins CC et al A consensus statement of the Harvard hospitals. When things go wrong. Depending to address events. www.masscoll.edu.org 2006
- Boyle D et al Crit Care and 2006, 24, 1032-1037

empfehlung patientensicherheitschweiz

WAS:



Erklären, was passiert ist (nur Fakten, keine Vermutungen)

- Francis JJ MedB 2008, 33, 664-667
- National Patient Safety Foundation (NPSF) 2001, 41 (1) 2 www.npsf.org
- Maxwell C et al Qual Health Care 1995, 7, 77-82



Bedauern ausdrücken

- Maxwell T. Reporter 5 Acta Anaesthesiol Scand 2005, 49, 128-134
- Mazur K et al Arch Intern Med 2004, 164, 1670-1677
- Rakowski D et al The Journal of Clinical Ethics 1991, 4, 228-235



Erklären der medizinischen Konsequenzen und Vorliegen eines Bewältigungsplanes mit möglichen Lösungsstrategien

- Roberts PC et al CMAJ 2001, 164, 509-513
- Liang BA (Qual Saf Health Care 2002, 11, 64-68)



Anbieten eines alternativen Behandlungsteams

- Department of Veterans Affairs Health Administration. VHA Directive 2005-019
- Mazur K et al Arch Intern Med 2004, 164, 1670-1677



Aufzeigen, dass und wie die Institution aus dem Fehler lernen wird

- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Draft Open Disclosure Standard v5.2 2002, p17
- Roberts PC (Emerg Med 2001, 29 (15), 1095-1104)
- Rippl D et al Medical Education 1996, 30, 3-7



Über neue Erkenntnisse regelmäßig informieren und so die Beziehung zum Patienten und den Angehörigen aufrechterhalten

- Hopkins CC et al A consensus statement of the Harvard hospitals. When things go wrong. Depending to address events. www.masscoll.edu.org 2006



Entwicklung

Bedeutung richtiger
Kommunikation

**Erstes Gebot nach
einem
Zwischenfall**

Kommunikation
WANN / WER / WO

Kommunikation
WAS

Weitere wichtige
Aspekte

Hintergrunddokument
Schriftenreihe

Verbreitung



Erstes Gebot nach einem Zwischenfall

- **Bewahrung vor weiterem Schaden**
- **Nur Zwischenfälle kommunizieren, welche tatsächlich eine Auswirkung auf den Patienten gehabt haben**
- **Koordiniertes Vorgehen**

Entwicklung

Bedeutung richtiger
Kommunikation

Erstes Gebot nach
einem
Zwischenfall

Kommunikation
WANN / WER / WO

Kommunikation
WAS

Weitere wichtige
Aspekte

Hintergrunddokument
Schriftenreihe

Verbreitung



WANN

Passiert ein Zwischenfall, soll nach Vorliegen von verlässlichen Informationen das Gespräch mit dem Patienten so rasch als möglich gesucht werden. Möglichst innerhalb von 24 Stunden.



WER

Verantwortliche Person aus dem Behandlungsteam, zu welcher der Patient ein Vertrauensverhältnis hat.



WO

In einer ruhigen, die Privatsphäre des Patienten schützende Umgebung.

WAS

Entwicklung



Erklären, was passiert ist. Nur Fakten, keine Vermutungen.



Anbieten eines alternativen Behandlungsteams.

Bedeutung richtiger Kommunikation

Erstes Gebot nach einem Zwischenfall

Kommunikation WANN / WER / WO

Kommunikation WAS

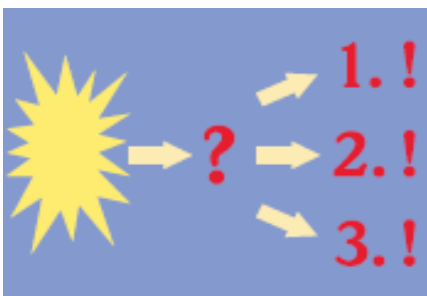


Bedauern ausdrücken.



Aufzeigen, dass und wie die Institution aus dem Fehler lernen wird.

Weitere wichtige Aspekte



Erklären der med. Folgen und Vorlegen der mögl. Behandlungsstrategien zur Bewältigung.



Über neue Erkenntnisse regelmässig informieren und so die Beziehung zum Patienten und den Angehörigen aufrecht erhalten.

Verbreitung

Bestellung Flyer und Buch

info@patientensicherheit.ch

www.patientensicherheit.ch

Entwicklung

Bedeutung richtiger Kommunikation

Erstes Gebot nach einem Zwischenfall

Kommunikation WANN / WER / WO

Kommunikation WAS

Weitere wichtige Aspekte

Hintergrunddokument
Schriftenreihe

Verbreitung
Flyer/Schriftenreihe

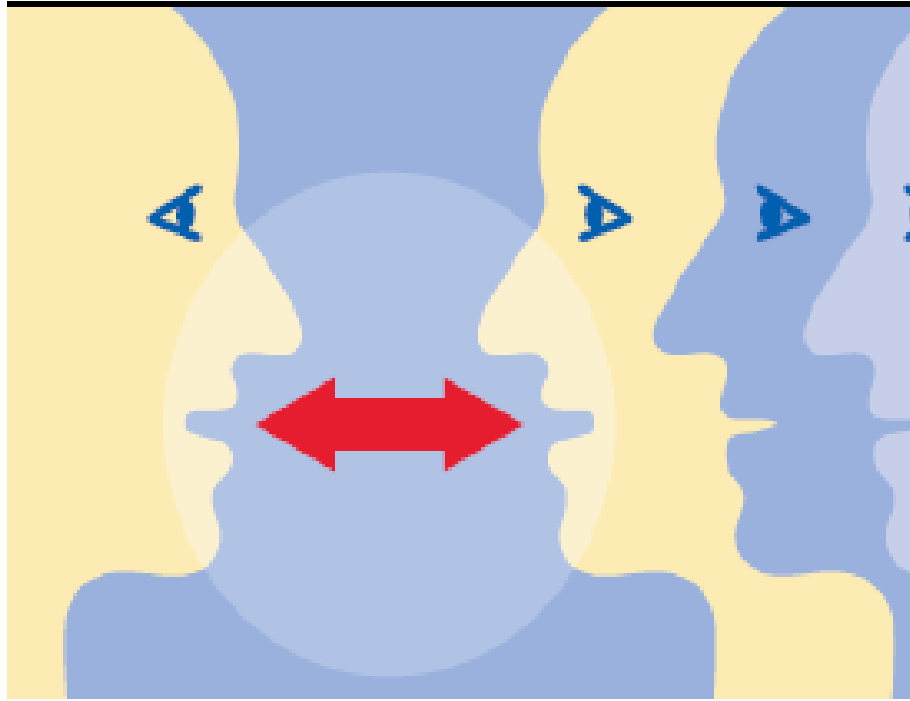
empfehlungen	patientensicherheitschweiz
	<h2>Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall</h2> <p>Februar 2007 / Auflage 7777</p>
<p>Zwischenfälle und Fehler sind nicht völlig vermeidbar, aber in ihrer Häufigkeit reduzierbar. Sie sind sogar eine Chance, denn aus ihnen kann man lernen. Dies gilt auch für Zwischenfälle in der Medizin. Doch um aus Zwischenfällen zu lernen, muss man sie zugeben und dazu stehen. Und genau dies fällt uns oft schwer.</p> <p>Die richtige Kommunikation eines Zwischenfalls zeugt von Professionalität und Respekt gegenüber dem Patienten und seinen Angehörigen. Sie ist für Patienten und Angehörige genau so wichtig wie der Zwischenfall und seine Folgen an sich. Gute Kommunikation sichert das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam für die Bewältigung des Problems.</p> <p>• <i>When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard Hospital, March 2006. www.macmillan.org</i></p> <p>• <i>Beitragung der deutschen Übersetzung: www.patientensicherheit.ch</i></p>	
<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>	

schriftenreihe	patientensicherheitschweiz
NR. 1 DEZEMBER 2006	
	<h2>Wenn etwas schief geht</h2>
	<p>Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall</p> <p>Ein Konsens-Dokument der Harvard Spitäler</p> <p>Mit einem Vorwort von: Prof. Dieter Conen Präsident der Stiftung für Patientensicherheit Dr. Marc-Anton Hochreutener Geschäftsführer der Stiftung für Patientensicherheit</p> <p>Originaltitel: When Things Go Wrong – Responding To Adverse Events Mit Erlaubnis von Prof. Lucian Leape (Harvard School of Public Health) ins Deutsche übersetzt und herausgegeben von der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz</p>
<p>STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI PATIENT SAFETY FOUNDATION</p>	

Es ist lernbar...

training

patientensicherheitschweiz

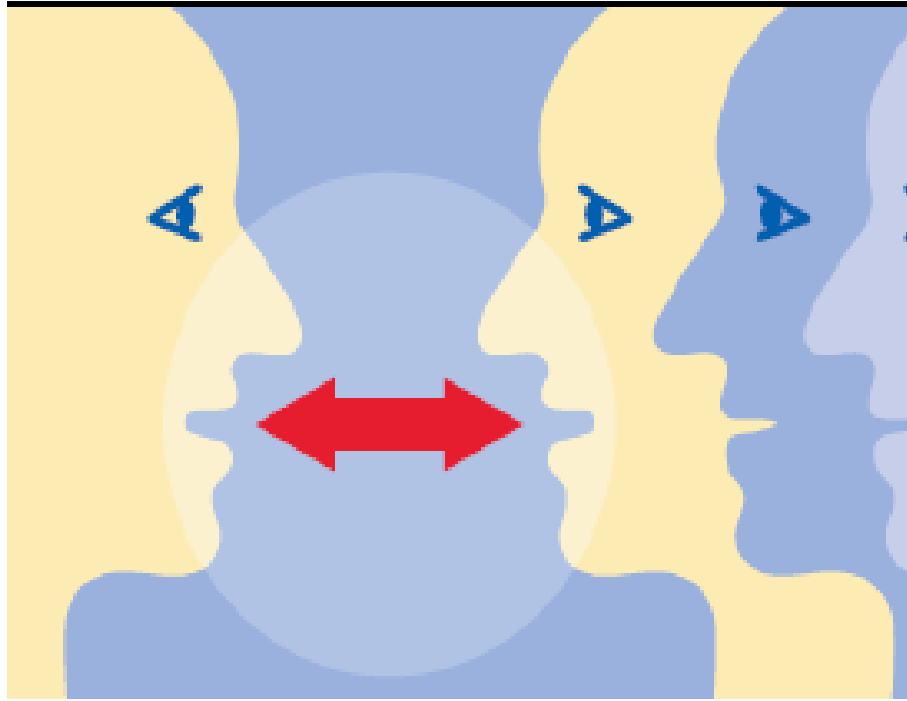


**Kommunikation mit
Patienten und Angehörigen
nach einem Zwischenfall**

Es ist lernbar...

training

patientensicherheitschweiz

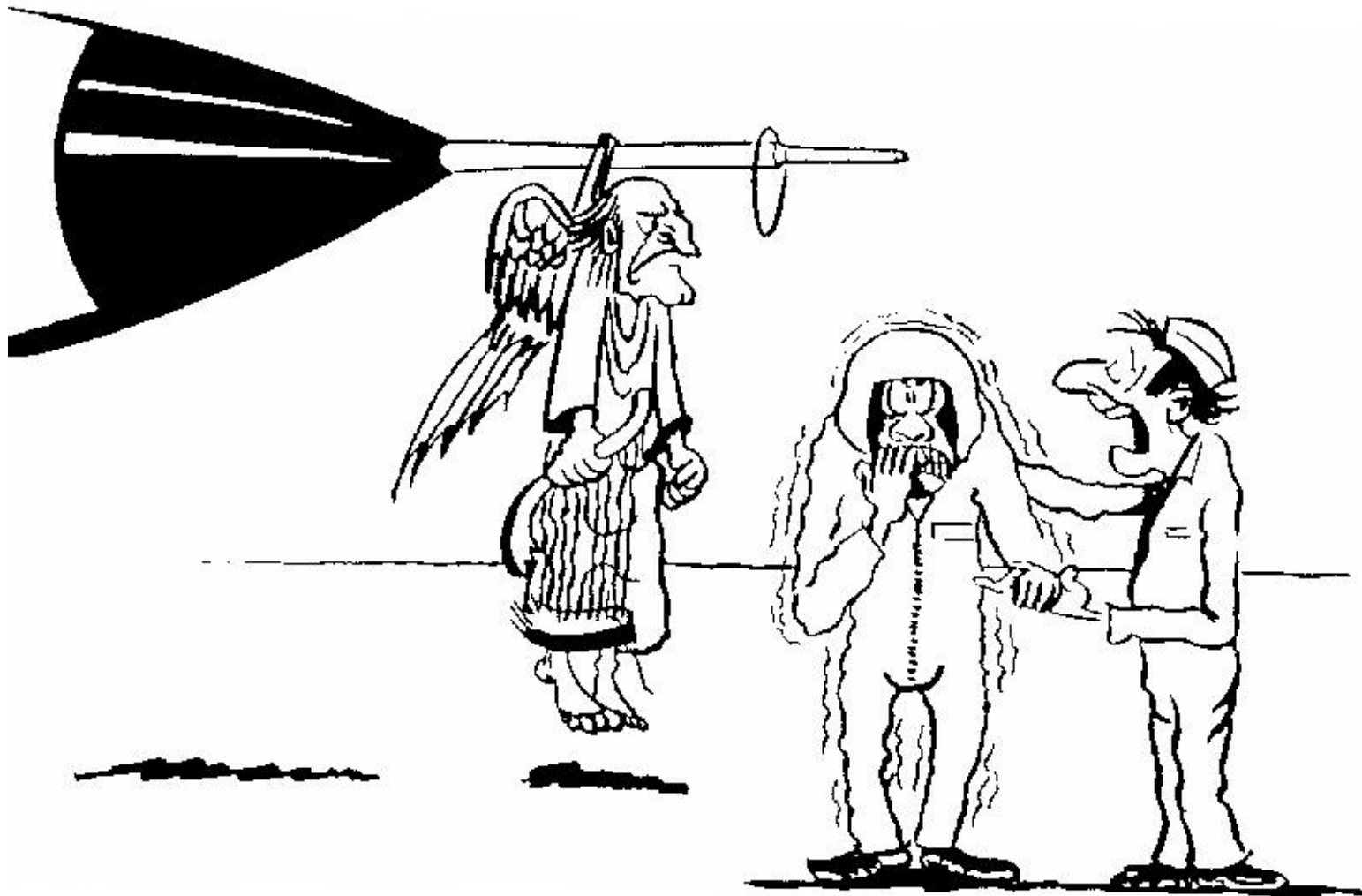


**Kommunikation mit
Patienten und Angehörigen
nach einem Zwischenfall**

Es ist lernbar...

**Workshop morgen an diesem Kongress
(Olga Frank, Silke Meinecke)**

Hören Sie auf zu zittern Mann!
Erzählen Sie einfach, was passiert ist.





DEUTSCH Bitte wählen Sie Ihre Sprache

FRANCAIS Veuillez choisir votre langue