

Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall

Oktober 2006

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.

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.

• When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals, March 2006. www.macoalition.org

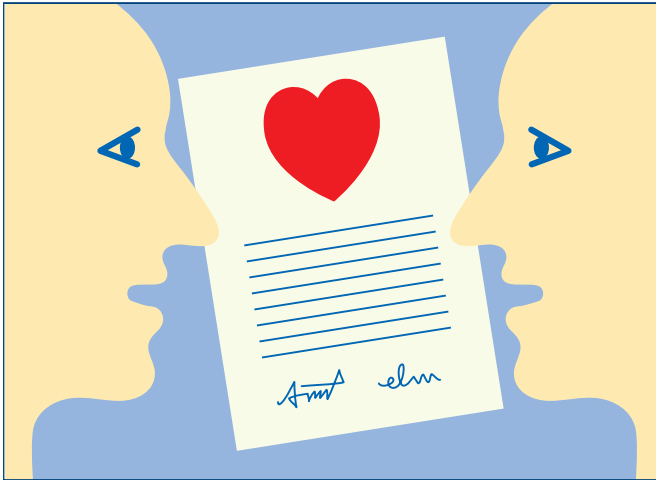
* Bestellung der deutschen Übersetzung: www.patientensicherheit.ch

STIFTUNG FÜR PATIENTENSICHERHEIT
FONDATION POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
FONDAZIONE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI
PATIENT SAFETY FOUNDATION

Stiftung für
Patientensicherheit
in der Anästhesie



Société suisse d'anesthésiologie
et de réanimation
Schweizerische Gesellschaft für
Anästhesiologie und Reanimation



Bedeutung richtiger Kommunikation:

Mitfühlende und ehrliche Patientenaufklärung schafft Atmosphäre des Vertrauens und ist somit die Voraussetzung für eine konstruktive Bewältigung von Zwischenfällen.

- Liang BA. Qual Saf Health Care 2002; 11: 64–8
- American Society for Healthcare Risk Management. Perspective on disclosure of unanticipated outcome information, 2001. www.ashrm.org

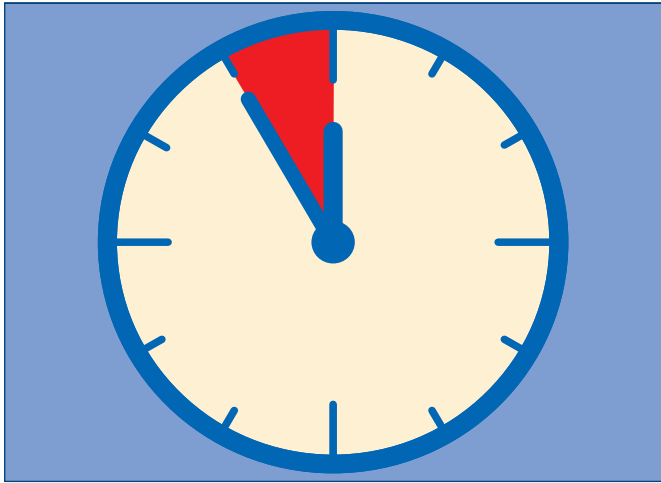


Erstes Gebot nach einem Zwischenfall:

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

- When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals, March 2006. www.macoalition.org *
- Boyle D et al. Crit Care Med 2006; 34: 1532–7

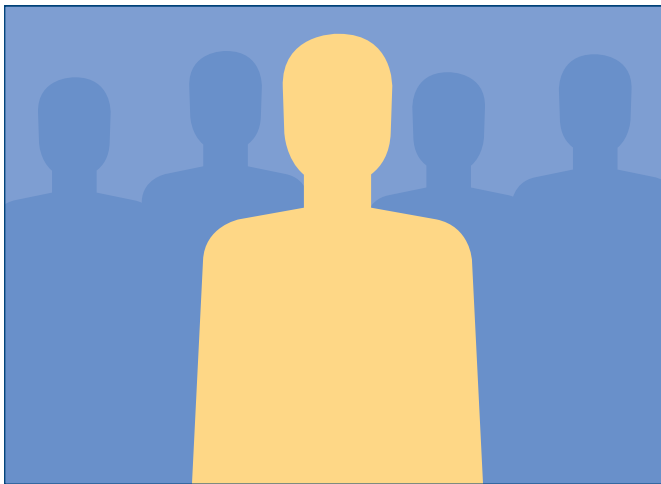




WANN:

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.

- Cleopas A et al. Qual Saf Health Care 2006; 15: 136–41
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard, July 2003. www.safetyandquality.org
- Hébert PC et al. CMAJ 2001; 164: 509–13



WER:

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

- Liang BA. Qual Saf Health Care 2002; 11: 64–8
- American Society for Healthcare Risk Management. Perspective on disclosure of unanticipated outcome information, 2001. www.ashrm.org



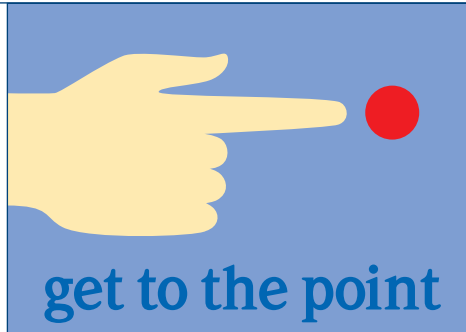
WO:

In einer ruhigen, die Privatsphäre des Patienten schützenden Umgebung.

- When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals, March 2006. www.macoalition.org *
- Boyle D et al. Crit Care Med 2006; 34: 1532–7



WAS:



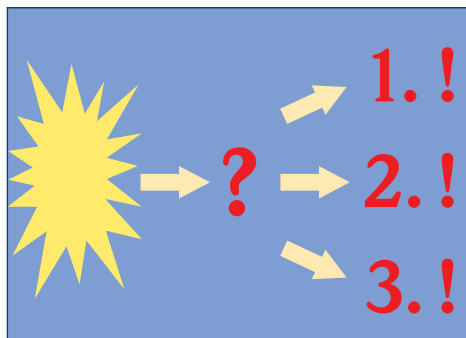
Erklären, was passiert ist.
Nur Fakten, keine Vermutungen!

- Franzki H. Medizin Recht 2000; 10: 464–7
- National Patient Safety Foundation (NPSF) 2001; 41 (1):3. www.npsf.org
- Vincent CA et al. Qual Health Care 1993; 2: 77–82



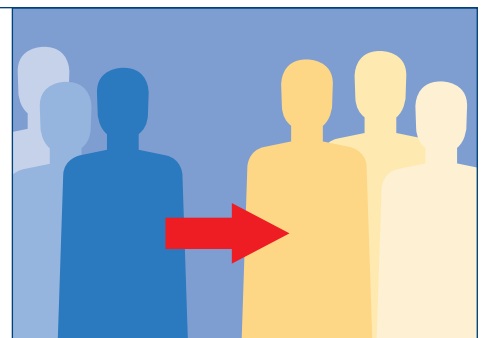
Bedauern ausdrücken.

- Manser T, Staender S. Acta Anaesthesiol Scand 2005; 49: 728–34
- Mazor K et al. Arch Intern Med 2004; 164: 1690–7
- Finkelstein D. J Clin Ethics 1997; 8: 330–5



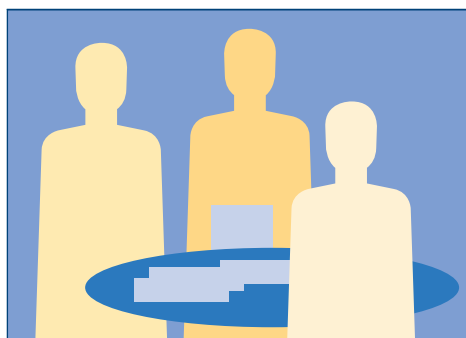
Erklären der medizinischen Folgen und Vorlegen der möglichen Behandlungsstrategien zur Bewältigung.

- Hébert PC et al. CMAJ 2001; 164: 509–13
- Liang BA. Qual Saf Health Care 2002; 11: 64–8



Anbieten eines alternativen Behandlungsteams.

- Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration. Disclosure of adverse events to patients. VHA Directives 2005–049. www.va.gov
- Mazor K et al. Arch Intern Med 2004; 164: 1690–7



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

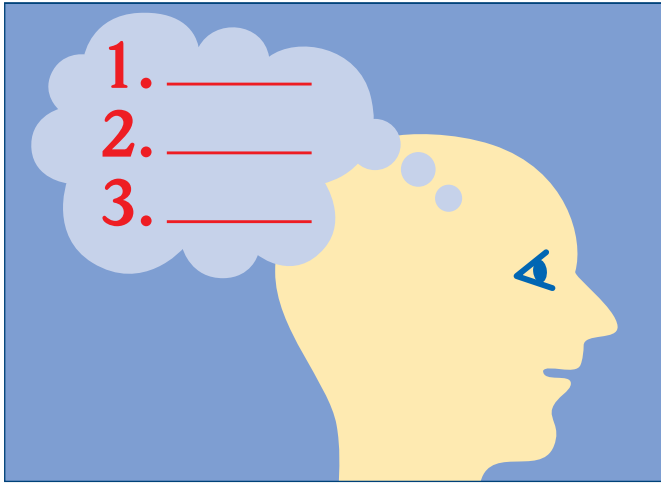
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard, July 2003. www.safetyandquality.org
- Hébert PC. Drug Saf 2001; 24: 1095–104
- Pilpel D et al. Med Educ 1998; 32: 3–7



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

- When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals, March 2006. www.macoalition.org *





Weitere wichtige Aspekte und Schritte nach einem schwerwiegenden Zwischenfall:

- Schwerwiegende Zwischenfälle sind Chefsache – Chefarzt und Spitalleitung involvieren
- Alle Akten, benutzte Medikamente, verwendete Verbrauchsmaterialien (inkl. Abfälle!) sowie Geräte sicherstellen
- Alle Beteiligten: Gedächtnisprotokoll erstellen
- Allenfalls Behandlungsfall an ein anderes Behandlungsteam abgeben
- Gegebenenfalls Meldung an Behörden und Haftpflichtversicherer (bei Unklarheit: Rechtsmediziner fragen); Patienten und Angehörige darüber informieren
- Strategie für die spitalinterne Kommunikation festlegen
- Strategie für die Information der Öffentlichkeit festlegen
- Dem Patienten und seinen Angehörigen aufzeigen, wohin sie sich wenden können, um rechtliche und finanzielle Hilfe in Anspruch nehmen zu können (z.B. Patientenorganisationen)
- Follow-up-Treffen mit Patienten und Angehörigen planen
- Dokumentation und Analyse des Zwischenfalls für die interne Qualitätsverbesserung
- Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen zur künftigen Verhinderung

- When things go wrong. Responding to adverse events. A consensus statement of the Harvard hospitals, March 2006. www.macoalition.org *
- Ott WE. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85: 628–31
- Zollinger U et al. Praxis 2005; 94: 1023–29

Impressum

Diese Ausgabe wurde in Zusammenarbeit der beiden Stiftungen von Olga Frank und Dr. Marc-Anton Hochreutener (Nationale Stiftung für Patientensicherheit) sowie Dr. Thomas Lippuner und Dr. Beat Meister (Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie) zusammengestellt und von der Kommission zur Analyse von Anästhesiez Zwischenfällen der SGAR und vom Stiftungsratsausschuss und Beirat der Nationalen Stiftung für Patientensicherheit im Oktober 2006 verabschiedet.

Der Stiftungsratsausschuss und der Beirat der Nationalen Stiftung für Patientensicherheit bestehen aus folgenden Mitgliedern: Prof. Dieter Conen, Aarau; Marianne Gandon, Bern; Dr. Enea Martinelli, Interlaken; Dr. Jacques de Haller, Bern; Lucien Portenier, Bern; Manfred Langenegger, Bern; Dr. Georg von Below, Biel; Fritz Britt, Basel; Dr. Paul Günter, Interlaken; Dr. Felix Huber, Zürich; Dr. Beat Kehrer, St. Gallen; Dr. Patrik Muff, Riaz; Prof. Daniel Scheidegger, Basel; Reto Schneider, Zürich.

Die Kommission der SGAR besteht aus folgenden Mitgliedern: Dr. Sven Staender, Männedorf, Vorsitz; Prof. Francois Clergue, Genf; Prof. Helmut Gerber, Luzern; Prof. Thomas Pasch, Zürich; Prof. Karl Skarvan, Basel; Prof. Hansjürg Schaefer, Meilen; Dr. Beat Meister, Bern.

Neben diesen Gremien haben das Institut für Rechtsmedizin Bern (Prof. Ulrich Zollinger und Dr. med. et Dr. jur. Antoine Roggo) sowie die Schweizer Patientenorganisation (Frau Margrit Kessler und Rechtsanwalt Dr. Schmucki) die Inhalte geprüft.

Grafische Gestaltung: René Habermacher, www.habermacher.ch, und Lorenz Jaggi, www.consign.ch

Nationale Stiftung für Patientensicherheit Asylstrasse 41, 8032 Zürich, www.patientensicherheit.ch

Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie, c/o SGAR, Postfach, 3000 Bern 25, www.sgar-ssar.ch/patientensicherheit



Zwei Stiftungen – ein gemeinsames Ziel – eine gelungene Kooperation

Die Schweizerische Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie analysiert die abgeschlossenen Haftpflichtfälle, die Fälle aus dem Anästhesie-CIRS sowie die Fälle der Schweizerischen Patienten-Organisation und publiziert regelmässig die

daraus gewonnenen Erkenntnisse. Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) hat beschlossen, diese Aktivitäten zukünftig in Kooperation mit der Nationalen Stiftung für Patientensicherheit weiter zu führen.

Die Stiftung für Patientensicherheit in der Anästhesie wird unterstützt durch



Schweizerische Patienten-Organisation
Organisation Suisse des Patients



Die Nationale Stiftung für Patientensicherheit

(www.patientensicherheit.ch) wurde vom Bund, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, den Gesundheitsberufsverbänden, dem Kanton Tessin und der Schweizerischen Patienten-Organisation 2003 gegründet. Neben den Stiftern wird sie von 15 Kantonen und anderen Geldgebern unterstützt. Als nationale Plattform fördert, koordiniert und

entwickelt sie Aktivitäten, Methoden und Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Verminderung von Fehlern in der Gesundheitsversorgung. Dafür arbeitet sie in Netzwerken mit Stiftungsträgern, Leistungserbringern, Verbänden, Behörden, Experten, Finanzierern und Patientenorganisationen u.a. zusammen.

Die nationale Stiftung wird unterstützt durch

- die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – SAMW
- die Schweizerische Eidgenossenschaft – Bundesamt für Gesundheit BAG
- die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – FMH
- der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner – SBK
- die Vereinigung der Pflegeexpertinnen und -experten Schweiz – PES
- die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft – SSO
- der Schweizerische Apothekerverband – SAV
- die Gesellschaft Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker – GSASA
- der Schweizer Physiotherapie Verband – fisio
- die Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation – SPO
- l'Ente Ospedaliero Cantonale des Kantons Tessin – EOC
- H+ – Die Spitäler der Schweiz
- die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Basel Landschaft, Bern, Fribourg, Jura, Luzern, Schaffhausen, Solothurn, St.Gallen, Ticino, Vaud, Zug, Zürich
- die Firma Mildenberger & Cie – Versicherungsmakler
- die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR)
- die Hans-Vollmoeller-Stiftung

Die vorliegenden Empfehlungen bezwecken die Unterstützung von Gesundheitsinstitutionen und in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachpersonen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien. Die spezifische Ausgestaltung und Anwendung entsprechend den jeweils geltenden Sorgfaltspflichten

(basierend auf lokalen fachlichen, betrieblichen, rechtlichen, individuellen und situativen Gegebenheiten) liegen in der ausschliesslichen Eigenverantwortung der hierfür fachlich geeigneten Leistungserbringer.

