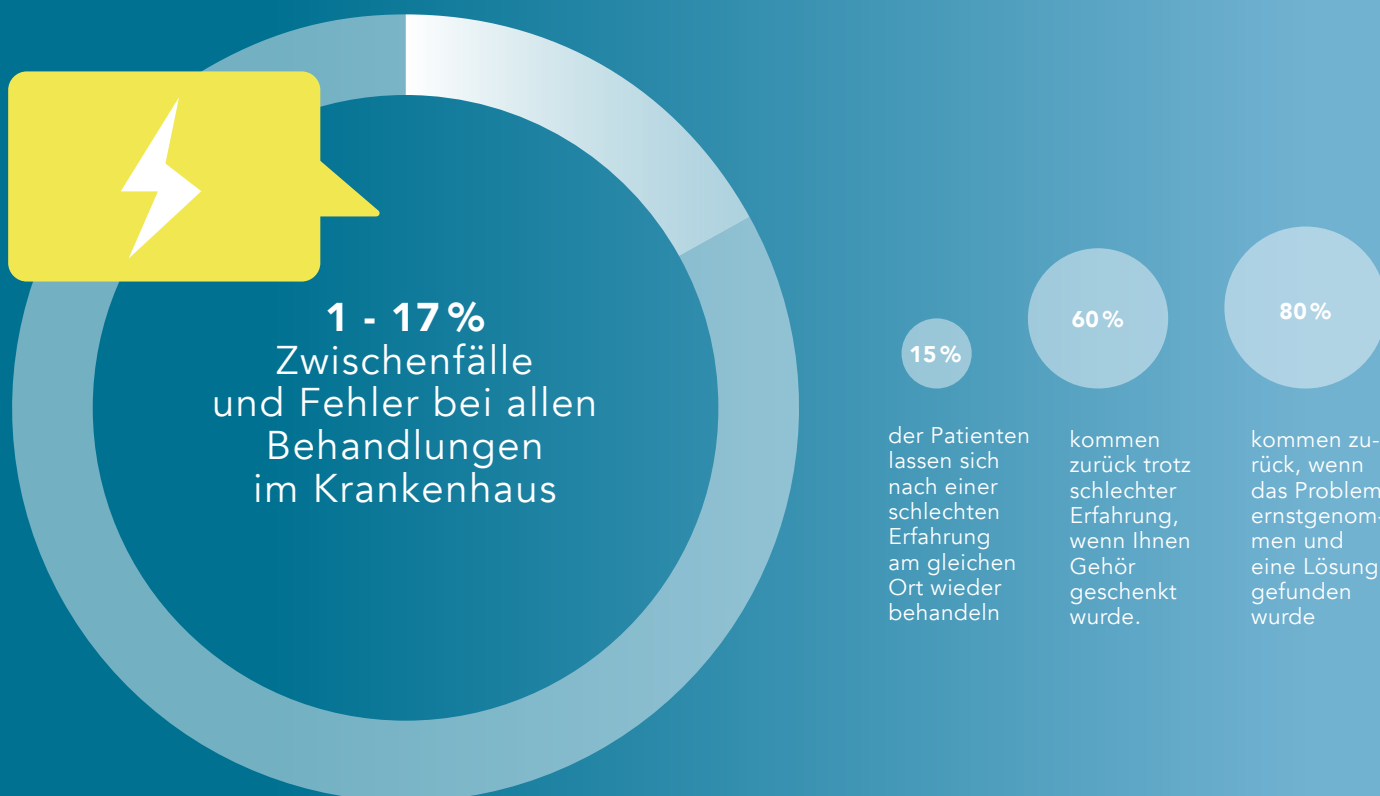


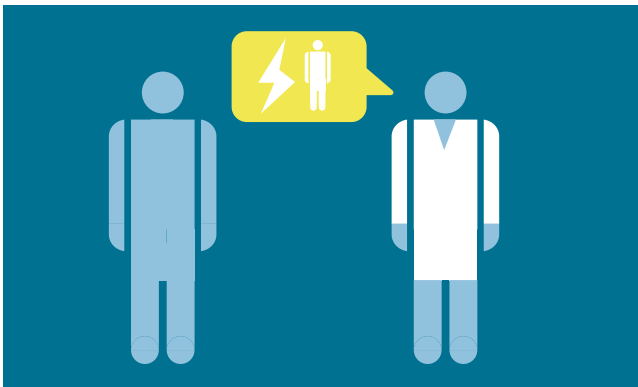
KOMMUNIKATION MIT PATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN NACH EINEM ZWISCHENFALL

Zwischenfälle und Fehler sind nicht vermeidbar, können aber in ihrer Häufigkeit reduziert werden. Sie sind eine Chance, denn aus ihnen kann man lernen. Dies gilt auch für Zwischenfälle in der Medizin.¹⁻⁶ Doch um aus Zwischenfällen zu lernen, muss man sie zugeben und dazu stehen können. Dies fällt uns üblicherweise schwer. Die richtige Kommunikation eines Zwischenfalls zeugt von Professionalität und Respekt gegenüber der/dem Patientin / Patienten und seinen Angehörigen. Sie ist für Patienten und Angehörige ebenso wichtig wie der Zwischenfall und seine Folgen an sich.^{7, 8}

Gute Kommunikation sichert das Vertrauensverhältnis zwischen der/dem PatientIn/Patienten und dem Behandlungsteam für die konstruktive Bewältigung von Zwischenfällen oder Problemen.^{9, 10}

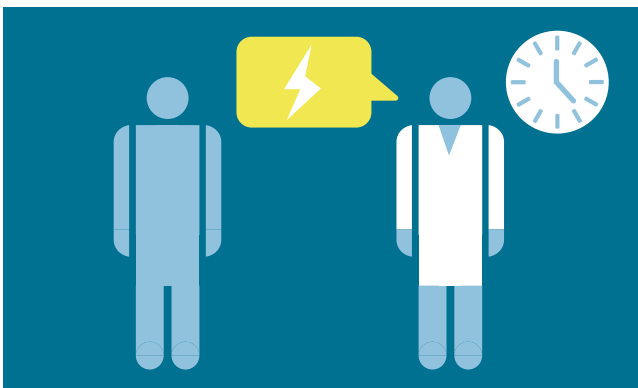


Autoren: Prof. Dr. C. Hofer, Prof. Dr. C. Czarnetzki, Prof. Dr. B. Rehberg-Klug, Dr. Ph. Schumacher



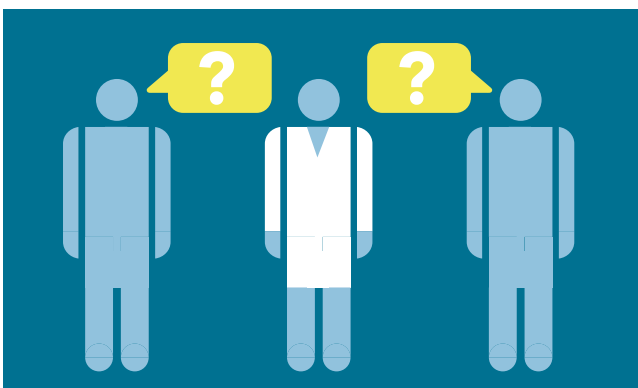
1. NACH EINEM ZWISCHENFALL

Bewahrung vor weiterem Schaden ist zwingend notwendig. Es werden nur Zwischenfälle kommuniziert, welche tatsächlich eine Auswirkung auf die/den PatientIn/en hatte. Das Vorgehen muss koordiniert werden.⁹



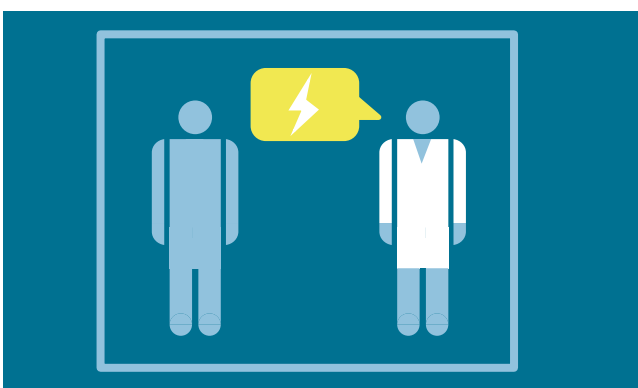
2. WANN?

Geschieht ein Zwischenfall, sollte nach Vorliegen zuverlässiger Informationen so schnell als möglich das Gespräch mit PatientIn und/oder Angehörigen gesucht werden.¹¹



3. WER?

Die verantwortliche Person aus dem Behandlungsteam, zu welcher die Patientin/der Patient ein Vertrauensverhältnis hat. Über diese Person sollte in der Folge, wenn immer möglich, die gesamte Kommunikation laufen.¹²



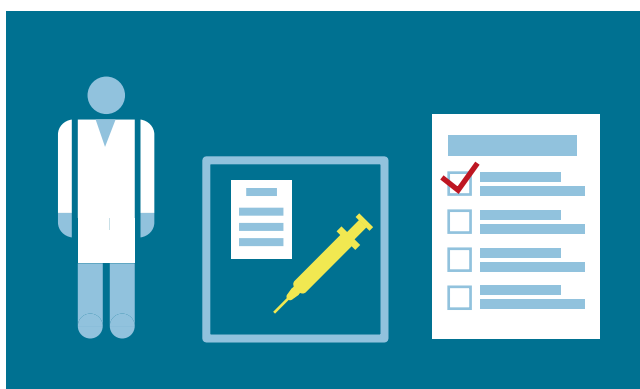
4. WO?

Das Gespräch sollte an einem ruhigen, die Privatsphäre der PatientIn/des Patienten schützenden Ort stattfinden.⁷



5. WAS?

1. Erklären, was passiert ist. Nur Fakten kommunizieren, keine Vermutungen.
2. Bedauern bekunden.
3. Erklären der Folgen und der notwendigen Behandlungsschritte.
4. Anbieten eines anderen Teams
5. Aufzeigen, was gemacht wird, damit ein solcher Fehler/Zwischenfall nicht mehr auftritt.⁷⁻⁹



6. WEITERE SCHRITTE NACH SCHWERWIEGENDEM ZWISCHENFALL

A

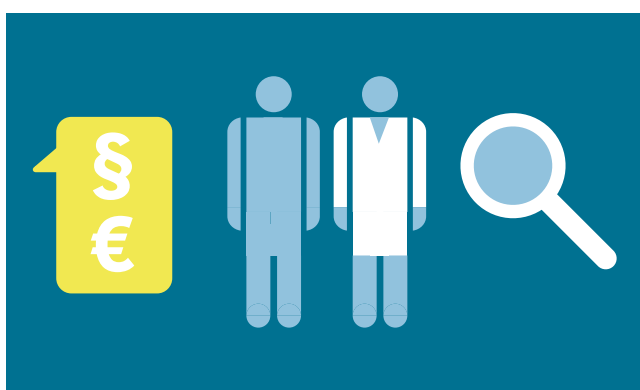
1. Schwerwiegende Zwischenfälle sind Chefsache: Chefarzt und Spitalleitung involvieren.
2. Alle Akten, Geräte, benutzte Medikamente und Verbrauchsmaterial (inkl. Abfall) sicherstellen.
3. Gedächtnisprotokoll erstellen.

B

1. Allenfalls Abgeben des Falles an anderes Behandlungsteam.
2. Mögliche Meldung an Behörden und Haftpflichtversicherer (bei Unklarheit: Rechtsmedizin); Information an Patienten und Angehörige.
3. Strategie für interne und externe Kommunikation festlegen.

C

1. Patienten und Angehörigen zeigen, wo sie rechtliche und finanzielle Hilfe erhalten (z.B. Patientenorganisationen).
2. Folgetreffen mit Patienten und Angehörigen planen.
3. Qualitätsverbesserung: Eintrag im CIRS, Analyse des Zwischenfalls und Massnahmen zur Verhinderung des Fehlers/Zwischenfalls.



Referenzen

1. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. Med J Aust 1995; 163: 458-71
4. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000; 38: 261-71
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. Brit Med J 2001; 322: 517-9
6. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hebert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflinger L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Can Med Assoc J 2004; 170: 1678-86
7. McNab D, Bowie P, Ross A, Morrison J. Understanding and responding when things go wrong: key principles for primary care educators. Educ Prim Care 2016; 27: 258-66
8. Preparing for when things go wrong. BMJ 2016; 354: i4627
9. Stephens S. The Value of Sharing Mistakes: What Goes Right After Things Go Wrong. Biomed Instrum Techno 2016; 50: 194-6
10. Scott G. Service recovery. The art of making things right when things go wrong. Healthc Exec 2009; 24: 44, 46-7
11. Wittich CM, Burkle CM, Lanier WL. Medication errors: an overview for clinicians. Mayo Clin Proc 2014; 89: 1116-25
12. Levinson W. Disclosing medical errors to patients: a challenge for health care professionals and institutions. Patient Educ Coun 2009; 76 : 296-9
13. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head. Int J Qual Health Care 2015; 27: 418-20
14. Hall JK. Legal consequences of the moral duty to report errors. JONAS Healthc Law Ethics Regul 2003; 5: 60-4
15. Leone D, Lamiani G, Vegni E, Larson S, Roter DL. Error disclosure and family members' reactions: does the type of error really matter? Patient Educ Couns 2015; 98: 446-52

SPSA

Stiftung für
Patientensicherheit
in der Anästhesie

SPSA
c/o SSAPM
Rabbentalstrasse 83
3013 Bern
Tel. +41 31 332 34 33
info@spsa-fspa.ch