

u^b

Wie sicher ist es hier? Über Fehler in der onkologischen Betreuung



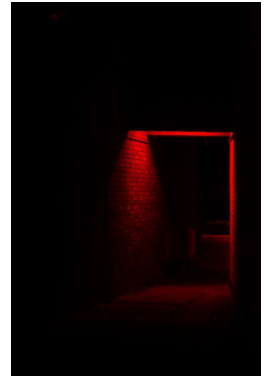
Prof. Dr. David Schwappach, MPH

Institut für Sozial und Präventivmedizin (ISPM)

Universität Bern

David.Schwappach@unibe.ch

21. März 2024, 26. Schweizer Onkologiepflege-Kongress, Bern



1

 u^b

Offenlegung Interessenskonflikte von David Schwappach

1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition: **keine**
2. Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit: **keine**
3. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds: **keine**
4. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz: **keine**
5. Honorare: **keine**
6. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen: **keine**
7. Andere finanzielle Beziehungen: **keine**
8. Immaterielle Interessenkonflikte: **keine**

2

Prof. Dr. David Schwappach

2

u^b Wie sicher ist es hier ?

Eine Sammlung von Tabus ...

- Wie sicher war es hier gestern ?
- Warum ist das schief gegangen ?
- Wie hätten wir das verhindern können ?
- Was haben wir nicht gesehen, nicht gehört, nicht besprochen ?
- Wie sicher ist es heute hier ?
- Wie geht es dir damit, was passiert ist ?
- Was sagen wir morgen der Patient:in?
-



3

Prof. Dr. David Schwappach

3

u^b Wie sicher ist es hier ?

Eine Sammlung von Tabus ...

- ➔ • **Wie sicher war es hier gestern ?**
- Warum ist das schief gegangen ?
- Wie hätten wir das verhindern können ?
- Was haben wir nicht gesehen, nicht gehört, nicht besprochen ?
- **Wie sicher ist es heute hier ?**
- Wie geht es dir damit, was passiert ist ?
- **Was sagen wir morgen der Patient:in ?**
-



4

Prof. Dr. David Schwappach

4

u^b Wie sicher war es hier gestern ?

Ein Blick zurück zeigt

- dass es bei einer erheblichen Zahl onkologischer Patient:innen zu einem unerwünschten Ereignis kommt;
- dass ein relevanter Anteil davon grundsätzlich vermeidbar wäre;
- dass „Fehler“ in der Betreuung noch viel häufiger passieren, aber oftmals keine negativen Folgen haben;
- dass man mehr findet, je genauer man sucht.

5

Prof. Dr. David Schwappach

5

u^b Wie sicher war es hier gestern ?

Während eines Jahres stationärer und ambulanter Behandlung kumuliert sich das Risiko:

- 34% Patient:innen haben mind. ein unerwünschtes Ereignis
- 16% Patient:innen haben mind. ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis

TABLE 5. Patients With AEs Over the Course of 1 Year by Cancer Type and Stage

Cancer Type	No. of Patients	No. of Patients With at Least 1 AE (%)	No. of Patients With at Least 1 Preventable or Mitigable AE (%)
Total	400	136 (34)	64 (16)
Breast cancer	128	27 (21)	9 (7)
Early stage	95	20 (21)	8 (8)
Advanced stage	33	7 (21)	1 (3)
Colorectal cancer	136	56 (41)	26 (19)
Early stage	65	18 (28)	6 (9)
Advanced stage	71	38 (54)	20 (28)
Lung cancer	136	53 (39)	29 (21)
Early stage	68	24 (35)	14 (21)
Advanced stage	68	29 (43)	15 (22)

6

Prof. Dr. David Schwappach

Lipitz-Snyderman et al. DOI: 10.1002/cncr.30916

6

u^b

Wie sicher war es hier gestern ?

Innerhalb sieben Monate ambulanter Behandlung von Kindern mit Leukämie treten bei über 40% gefährliche Medikationsfehler auf.

TABLE 2 Number and severity of medication errors identified

	Site 1 n = 46	Site 2 n = 40	Site 3 n = 45	Total N = 131
Errors, n	243	96	69	408
Number of errors with potential for harm, n	135	58	49	242
Number of errors with harm, n	28	7	4	39
Rate of errors per 100 medications (95% CI)	37.9 (30.2–47.6)	18.8 (14.2–5.0)	13.5 (9.9–18.3)	21.4 (5.7–79.8) ^a
Rate of errors with potential for harm per 100 medications (95% CI)	21.1 (16.1–27.6)	11.4 (8.1–16.1)	9.5 (6.7–13.5)	13.3 (4.6–38.2) ^a
Rate of errors with harm per 100 medications (95% CI)	3.9 (2.2–6.7)	1.4 (0.6–3.3)	0.8 (0.3–2.4)	1.8 (0.2–13.2) ^a
Rate errors per 1000 patient-days (95% CI)	23.1 (17.7–30.1)	9.8 (7.1–13.5)	8.2 (5.8–11.5)	12.4 (3.1–49.5) ^a
Rate of errors with potential for harm per 1000 patient-days (95% CI)	12.6 (9.3–17.2)	6 (4.1–8.8)	5.8 (3.9–8.6)	7.7 (2.6–23.4) ^a
Rate of errors with harm per 1000 patient-days (95% CI)	2.5 (1.4–4.5)	0.7 (0.3–1.7)	0.4 (0.1–1.3)	1 (0.1–9.8) ^a
Patients with errors, No. (%)	45 (98)	30 (75)	29 (64)	104 (79)
Patients with an error with potential for harm, No. (%)	31 (67)	16 (40)	12 (27)	59 (42)
Patients with an error with harm, No. (%)	11 (24)	2 (5)	0 (0)	13 (10)

7

Prof. Dr. David Schwappach

Wong et al. DOI: 10.1002/cncr.34651

7

 u^b

Wie sicher war es hier gestern ?

Fehler mit Schadenspotential:

- Mehrheitlich bei der Verabreichung (78%) und beim Verordnen (18%)
- Unterdosierungen Chemotherapie relativ häufig (34% der Patient:innen)
- Überdosierungen Chemotherapie seltener, aber nicht rar (10% der Patient:innen)
- Viele Fehler, die zu Schädigung führten, wurden erst beim Hausbesuch im Rahmen der Studie abgefangen (59%)

A 25% overdose of oral chemotherapy was prescribed and administered as such for 3 weeks at home. The child developed myelosuppression, transaminitis, and anemia requiring transfusion. (NCC-MERP = E)

Teen forgets midday dose of her three times a day gabapentin. This occurs three to four times a week and subsequently has pain and tingling in fingers. (NCC-MERP = E)

Dose of antiemetic medication(s) prescribed not adjusted for weight as the child grew and the child had ongoing nausea and vomiting, sometimes with hospitalization because of dehydration. (NCC-MERP = F)

Caregiver misunderstood steroid taper and tapered too quickly, resulting in bone pain in the child. (NCC-MERP = E)

8

Prof. Dr. David Schwappach

Wong et al. DOI: 10.1002/cncr.34651

8

u^b

Wie sicher war es hier gestern ?

Ein Blick zurück zeigt

- dass es bei einer erheblichen Zahl onkologischer Patient:innen zu einem unerwünschten Ereignis kommt;
- dass ein relevanter Anteil davon grundsätzlich vermeidbar wäre;
- dass „Fehler“ in der Betreuung noch viel häufiger passieren, aber oftmals keine negativen Folgen haben;
- dass, je genauer man sucht, umso mehr findet man.

9

Prof. Dr. David Schwappach

9

 u^b

Wie sicher war es hier gestern ?

Ein Blick zurück zeigt

- dass es bei einer erheblichen Zahl onkologischer Patient:innen zu einem unerwünschten Ereignis kommt;
- dass ein relevanter Anteil davon grundsätzlich vermeidbar wäre;
- dass „Fehler“ in der Betreuung noch viel häufiger passieren, aber oftmals keine negativen Folgen haben;
- dass, je genauer man sucht, umso mehr findet man.
- die Patient:innen, bei denen wir **morgen** feststellen werden, dass sie **gestern** ein unerwünschtes Ereignis hatten, sind **heute** in Behandlung.

10

Prof. Dr. David Schwappach

10

u^b Wie sicher ist es hier ?

Eine Sammlung von Tabus ...

- Wie sicher war es hier gestern ?
- Warum ist das schief gegangen ?
- Wie hätten wir das verhindern können ?
- Was haben wir nicht gesehen, nicht gehört, nicht besprochen ?
- ➔ • **Wie sicher ist es heute hier ?**
- Wie geht es dir damit, was passiert ist ?
- **Was sagen wir morgen der Patient:in ?**
-



11

Prof. Dr. David Schwappach

11

u^b Wie sicher ist es heute hier ?

Ein Blick um uns herum im Jetzt zeigt ...

- dass – auch aus schwerwiegenden – Ereignissen selten systematische und robuste Konsequenzen gezogen werden; ein erheblicher Teil der CIRS-Fälle bleibt folgenlos;
- dass wir manchmal – aus guten Absichten – bereit sind, hohe Risiken einzugehen;
- dass sich der Arbeitsalltag oft leise in gefährliche Zonen verschiebt weil „nichts Schlimmes passiert“ (*migration towards risk*)



12

Prof. Dr. David Schwappach

12

u^b

Wie sicher ist es heute hier ?

Die Normalisierung gefährlicher Praxis ...

- Aufgabe von Sicherheitsregeln aus "Produktivitäts-Gründen", z.B.
 - kein Therapiestart am Freitag-Nachmittag
 - Verabreichung Therapie nur durch erfahrene PFP
- Nutzung von IT Work-arounds, z.B. copy/paste Schema von Patient A nach Patient B
- Häufigkeit von Unterbrechungen, auch bei Sicherheits-kritischen Aufgaben
- Individuelles und organisationales Verhalten, das emotionale Verletzungen begünstigt, z.B. Verschleppung der Kommunikation über palliative Situation

13

Prof. Dr. David Schwappach

13

 u^b

Wie sicher ist es heute hier ?

Ein Blick um uns herum im Jetzt zeigt ...

- dass wir uns an Gefährdungslagen gewöhnen und diese dauerhaft akzeptieren;
- dass wir in der Regel nicht wissen, wie sicher die Betreuung gerade ist, weil wir diese Daten nicht erheben;
- dass „Sicherheit geht vor!“ eben nicht (immer) gilt;
- dass dies selten offen ausgesprochen wird.



14

Prof. Dr. David Schwappach

14

u^b Wie sicher ist es hier ?

Eine Sammlung von Tabus ...

- Wie sicher war es hier gestern ?
- Warum ist das schief gegangen ?
- Wie hätten wir das verhindern können ?
- Was haben wir nicht gesehen, nicht gehört, nicht besprochen ?
- **Wie sicher ist es heute hier ?**
- Wie geht es dir damit, was passiert ist ?
- ➔ **Was sagen wir morgen der Patient:in ?**
-



15

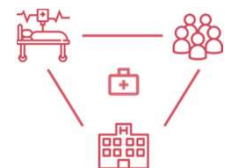
Prof. Dr. David Schwappach

15

u^b Was sagen wir morgen der Patient:in?

Eine schwierige Ausgangslage ...

- Unklarheit der Situation (Was, Warum, Folgen, ...)
- Kommunikationsbedarf oft dynamisch und asynchron zum Kenntnisstand
- Komplexe Gemenge-Lage zwischen beteiligten Individuen & Organisation
- Juristisches System vs. medizinischem Ethos
- Sehr unterschiedliche Bedürfnisse, Wissensstände und Bewertungen
- Ggf. starke Emotionen auf allen Seiten, Vertrauen steht in Frage
- **Es kann viel schief gehen - es gibt ein grosses Eskalationsrisiko**



16

Prof. Dr. David Schwappach

16

u^b

Was sagen wir morgen der Patient:in?

Bedürfnisse von Patient:innen / Angehörigen

- Persönliche, zeitnahe und eindeutige Offenlegung
- Informationen über den Vorfall, die Ursachen und Folgen
- Glaubwürdige Motivation, zu lernen und Wiederholung zu vermeiden
- Entschuldigung und Ausdruck ehrlichen Bedauerns



17

Prof. Dr. David Schwappach

z.B.: Hannawa et al. doi: 10.4414/smw.2017.14427
Schwappach et al.. doi: 10.1093/intqhc/mzh058

17

 u^b

Was sagen wir morgen der Patient:in?

Sichtweise von Fachpersonen

- Mangelnde Faktenlage / Unklarheit der Situation
- Unklare Verantwortlichkeit (z.B. zwischen Fachpersonen)
- Erwartungen und Anforderung der Organisation
- Angst vor Folgen (Juristisch, Reputation, Peer-Beurteilung, etc.)
- Häufig wenig Unterstützung durch Betriebe
- Emotionen



- **Folge: Oftmals vage, implizite Formulierungen und passives Verhalten**

18

Prof. Dr. David Schwappach

z.B. McLennan et al., doi: 10.1111/aas.12517

18

u^b

Was sagen wir morgen der Patient:in?

Erfahrungen von Patient:innen / Angehörigen

- Die meisten Menschen haben Verständnis, dass es zu Fehlern kommt
- Grosse Sensibilität gegenüber Verschleiern / „Durchwurschteln“
- Gute, ehrliche Kommunikation wird anerkannt und ist wirksam
- Realität ist häufig Verzögern, Verschleiern, Taktieren, Intransparenz
- Widersprüchliche Informationen und Auftritt der Organisation
- Schlechtes Gesprächsmanagement
- **Folge: Vertrauensverlust, Eskalation, paradoxes Ergebnis**



19

Prof. Dr. David Schwappach

19

 u^b

Was sagen wir morgen der Patient:in?

Erfahrungen von Patient:innen / Angehörigen

*“If you’re going to apologize and you’re not going to fix anything, that’s just **insulting my intelligence.**”*

.... an acknowledgement would have *“made me feel better about the care and the team, **knowing that they really know what they’re doing** and that they understand their patients.”*

*“And she [the PCP] was sad, too, but she was in congruence with my emotions. She wasn’t trying to pretend that nothing had happened... That made a huge difference. She was just **very sincere and authentic.**”*

20

Prof. Dr. David Schwappach

Mazor et al.. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.010

20

u^b

Was sagen wir morgen der Patient:in?

Worauf kommt es an ? **Gute Vorbereitung ist essentiell**

- Wann (kausal) **Schädigungen: Immer**
- Wann (zeitlich) **Erste Information so schnell wie möglich (binnen 24h)**
- Wer **Kleines, interprofessionelles Team**
- Was **Informationen, Bedauern, Folgen, nächste Schritte**
- Wie **Sensibles Gesprächsmanagement**



21

Prof. Dr. David Schwappach

21

 u^b

Was sagen wir morgen der Patient:in?

Key Disclosure Communication Skills

Show empathy

- **Allow** the patient to express his/her emotions.
- **Acknowledge** the patient's emotions.
- **Validate** the patient's emotions by saying that their response is understandable.

Be honest

- **Explain** the facts about the adverse event without the patient having to do a lot of probing.
- **Give** direct answers to the patient's questions.
 - If you do not know the answer to the patient's questions, state this directly and explain your plan to learn more and keep them updated.

Utilize effective communication strategies

- **Show** sincere interest in the patient's questions and concerns.
- **Use** good non-verbal expression (e.g., eye contact).
- **Avoid** medical jargon.
- **Check** for the patient's understanding of the information throughout the conversation.
- **Be yourself!**

22

Prof. Dr. David Schwappach

Candor Toolkit Disclosure Checklist

<https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/index.html>

22

u^b Zusammenfassung

- Patientensicherheit berührt eine Vielzahl Tabus
- Vieles wollen wir nicht sehen, nicht hören, nicht wissen und nicht besprechen
- Das ist verständlich, behindert aber eine konstruktive Weiterentwicklung

- Tabuisierte Aspekte in kleinen Schritten angehen, z.B.
 - Tägliche „Sicherheits“-Huddles
 - Regelmässig Einschätzungen des „Jetzt“ erheben und Themenfelder bearbeiten
 - Praxis im Alltag kritisch hinterfragen und weiterentwickeln (z.B. CIRS)
 - Checkliste für Patienten-Gespräche zu Zwischenfällen erarbeiten

