

Reparativ kommunikation i vården – KK HS

Hitta i dokumentet

[Mål](#)

[Ansvar](#)

[Inledning](#)

[A. Förstadium till ursäkt](#)

[B. Ursäkten](#)

[C. Om ursäkten inte godtas](#)

[D. Att ta hand om oss själva](#)

[Fortsatt läsning och resurser \(för stöd och insikt\)](#)

[Referenser](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Reparativ kommunikation i vården; för tillit, ursäkt och meningsfull dialog.

Mål

Att erbjuda ett verktyg för att minska att patienten utvecklar förtroendeförlust gentemot sjukvården, specifika verksamheter eller individuell sjukvårdspersonal. Ett sätt att främja transparens, delaktighet och dialog mellan patient och vårdgivare även i svåra situationer. Ett sätt att öka patientsäkerhet och minska vårdpersonalens etiska stress.

Varje individ (patient, sjukvårdspersonal, anhöriga) och situation - är unik och komplex. Dessa riktlinjer är avsedda att fungera som ett icke-tvingande stöd och verktyg mot en mer patientcentrerad och tillitsbaserad vård.

Ansvar

All sjukvårdspersonal som blir varse en patients missnöje över ett olyckligt förlopp, även om det är innan eller helt utan säkerställande av fel behandling. 'Reparativ kommunikation' är en stödjande process som startas utan dröjsmål och anpassas till upplevelsen av angelägenhetsgrad hos patienten.

Ledningen ska stödja sin personal i detta uppdrag, med hög tillit till personalens bedömning, kompetens och genomförande. I sammanhang där man klarlagt systemfel i form av kunskapsbrister, bristande resurser eller bristande arbetsmiljö, ska ledningen representera organisationen och be om ursäkt till patienter och/eller personal.

Inledning

Patienter som drabbas av komplikationer, felbehandlingar eller bristande omvårdnad, bär ofta på en stor besvikelse gentemot sjukvården och sina vårdgivare. Känslor av självförebåelse, skam, svek och rädsla försvårar läkningsprocessen och förmåga till en nyanserad bild av vad som skett. Vi som vårdgivare behöver ha en hög medvetenhet och

utvecklade färdigheter i vår kommunikation med dessa patienter. Vi ska erbjuda ett kontinuerligt etiskt, medicinskt och psykologiskt stöd för våra patienter.

Som vårdgivare kan vi ibland begränsa vår kommunikation allt för mycket, för att vi upplever en berättigad oro att vårt empatiska uttryck eller ursäkt kommer att försämra en redan känslig situation. Dessutom upplever vi en personlig risk (för mer information se Dr Aron Lazare). "Risk att vi anklagas för att ha orsakat felet, för att vara mindre kompetenta inför våra kollegor och för att vara svaga. Framförallt så riskerar vi den förödmjukelse det skulle vara, att patienten inte godtar vår ursäkt. Vi riskerar naturligtvis också att bli anmälda." (1)

Studier har visat att avsaknaden av en ursäkt uppfattas av patienten som kränkande och förödmjukande, vilket försvårar läkande och minskar tilliten till vården samt ökar risken för anmälan. (2,3,4)

Processen består av:

- A. Förstadium till ursäkt
- B. Ursäkten
- C. Om ursäkten inte godtas
- D. Att ta hand om oss själva

[Reparativ kommunikation - kortversion](#) *Länk till liten folder att ha i fickan*

A. Förstadium till ursäkt

Denna inledande process startas omgående när vi blir varse en patients missnöje över ett olyckligt förlopp, även om det är innan eller helt utan säkerställande av felbehandling. Innan vi ber om ursäkt ska vi: **uttrycka empati, be om hjälp, utreda och stödja**

1. Uttryck empati

- Så tidigt som möjligt ska vi uttrycka vårt **beklagande att patienten har drabbats**. Vi ska **inte be om ursäkt** ännu.
- Vi kan förklara att vi är **ledsna, oroliga** eller/och **bekymrade** över att patienten lider.
- Vi ska vara **specifika** och benämna skadan utan att minimera, förstora eller ge överdrivet negativa prognoser.
- Vi ska inte låta oss provoceras om patientens oro eller rädsla uttrycks aggressivt eller anklagande. Dessa är **vanliga** och **normala** reaktioner hos den utsatta patienten. **Eskalering** undviks genom att rikta uppmärksamhet mot patientens, anhörigas (och även vårdgivarens) djupare behov, t.ex. autonomi, medbestämmande, värdighet, medkänsla och respekt. [7 tumregler för konstruktiv konflikthantering](#). Undersök dessa behov. Ta hjälp av andra om du bedömer att du inte når fram till patienten. Våld eller upprepade hot får däremot inte tolereras och ska alltid anmälas till ledningen och ibland till polisen. Rutin: [Hot och våld](#)

- Vi ska inte skapa **syndabockar** av varandra. Vi ska uttrycka oss med respekt för situationens komplexitet. När patienten anklagar en specifik vårdgivare kan vi börja säga "Åh vad tråkigt. Jag är säker på att vårdgivare X kommer att bli ledsen när hen får reda på om hur saker har utvecklats för dig. Jag pratar med vårdgivare X och återkommer till dig".
- Vi ska erkänna **allvaret** i situationen och de följder det blir för patienten och dennes familj. Bekräfta de specifika problemen och var lyhörd för vilka konsekvenser det kan bli för den drabbade. Dokumentera detta.
- Fråga efter vilket **specifikt stöd** patienten behöver. Det kan vara bra att koppla in kurator, men inte innan du själv har lyssnat empatiskt och uppmärksam till patienten.
- I detta inledande skede förklarar vi också att vi självklart ska utreda om just denna situation kunde undvikas, även i de fall det är en högst vanlig biverkan. Berätta också att **vi återkopplar** när vi utrett händelseförloppet.

2. Be om hjälp

- Tidigt i förloppet ska vi som vårdgivare också försäkra oss om att **vi själva** har tillräckligt stöd. Kontakta en kollega, chef, jour eller bakjour. Beskriv situationen och be om hjälp.
- Stöd, samverkan och kollegial uppföljning hjälper till att minimera **egna försvarsinriktade beteenden**. Dessa kan ta sig uttryck i undvikande, överdriven skam, förnekande, förhastade uttryck av skuld, felriktade anklagelser och egna vanliga kognitiva bias/feltolkningar. Steg 1 och 2 kan ibland komma i omvänd ordning men ska inte senareläggas. I synnerhet i akuta situationer kan vi behöva mer hjälp. (En vårdriktlinje: *Krisstöd, kollegialt stöd*, är under arbete, länk kommer senare)

3. Utred och samtidigt ge fortlöpande stöd till patienten

- Detta innebär inte nödvändigtvis en fullskalig formell utredning. Det kan **ofta räcka med en second opinion**. Vi kan även utreda kända komplikationer för att belysa att just denna patients situation inte kunde undvikas. Systemet för **avvikelserapportering** är till hjälp i detta sammanhang. Det kan vara betydelsefullt för patienten och avvikelseprocessen, att låta patienten själv skriva eller berätta om sin upplevelse och sedan lägga det som en citering i avvikelserna. [Rapportera avvikelse](#).
- Håll **fortlöpande kontakt** med patienten. Det finns ofta någon i teamet som tröttnar i denna fas och tycker att det stöd patienten har fått räcker. Var vaksamma på detta. Ytterligare kränkningar ska undvikas. Fokusera igen på både patientens och kollegornas djupare behov.
- Vid **större händelser** bör patienten och ibland även anhöriga bli delaktiga i utredningsprocessen [Händelseanalys och lex Maria](#)

4. a) Om ingen felbehandling har skett, återvänd till att uttrycka empati och stöd enligt ovan.
b) Om fel begåtts, be om ursäkt med hjälp av de 6 delar som beskrivs nedan.

- Fortsätt vara specifik, stödjande och bejaka allvaret i händelsen. Håll fortfarande kontakt med patienten oavsett fel eller inte. (5) Hjälp till med kontaktuppgifter till Patientnämnden och patientförsäkring [LÖF](#), om detta inte skett tidigare. [Patientnämnden Halland](#) samt rutinen [Patientklagomå71/synpunkter](#)

B. Ursäkten

Den uppriktiga ursäkten måste innehålla:

1. En **utförlig beskrivning av situationen och skadans utbredning** ([se avsnittet om att uttrycka empati ovan](#)).
2. Om möjligt en **förklaring** till hur det blev fel, t.ex. "att tyvärr är våra metoder inom detta område otillräckliga", "kan ibland bli så att provsvar är motstridiga och svåra att tolka".
3. Ett **erkännande om ansvaret för felbehandlingen eller bristande bemötande**. Enligt Gallager är det oviktigt för patienten vem som har orsakat felet, men att man erkänner att felbehandling/bristande bemötande har skett och att man tar ansvar för det. (2)
4. Ett **uttryck för ånger**.
5. Dessutom en **förklaring för hur vi tänker undvika liknande felbehandlingar/ komplikationer i framtiden**.
6. Ett **erbjudande om den kompensation** som eventuellt kan finnas i dessa situationer och viktigaste av allt **fortsatt kontakt och stöd**. (3,6)

C. Om ursäkten inte godtas

Ursäkten kan ses som en förhandling och om den inte accepteras av patienten så ger vi patienten mer tid och utrymme att uttrycka sig innan vi försöker igen. **Undvik att pressa** patienten till att godta en ursäkt.

Tänk i så fall på om:

- Vi som vårdgivare har förstått **betydelsen** av skadan för patienten.
- Ifall vi varit tillräckligt **ödmjuka**.
- Ifall det var **bristfällig kommunikation** (hörde vi detaljer i deras berättelser?). Be att få höra berättelsen igen och lyssna igen.
- Det kan behövas **mer än ett försök**. Ett erkännande av ansvar kan inte ersätta det som patienten har förlorat, men kan lindra och därför kan erkännande av ansvar behöva upprepas. **Ofta kan patienten själv känna skam och skuld eller att**

självbilden blivit skadad. Även patientens framtidstro kan ha blivit skadad. Det är alltså en vårdskada som en ursäkt och empati kan lindra.

- Det kan vara av värde att **ta med en erfaren kollega** till samtalet och/eller att erbjuda tid till chefen.
- I enstaka fall kan man som en **sista åtgärd** formulera en ursäkt i ett **brev**, men ska då ta hjälp av en erfaren kollega.

D. Att ta hand om oss själva

Att be om ursäkt är en praktisk färdighet som kan tränas och utvecklas. Kom ihåg att be om hjälp tidigt i förloppet. Använd de resurser som listas nedan.

Vi är vårdgivare. Vår huvuduppgift är att minska lidande och att undvika skada. Att vårda är ett emotionellt riskfyllt och meningsfullt uppdrag som kräver **hela vår kompetens**. Trots lång utbildning, erfarenhet och genuint altruistiska avsikter, är vi fortfarande bara människor. Ibland måste vi börja med att **försonas med oss själva**, på ett djupt och avsiktligt sätt. Det kan begränsa hur mycket försvar och förnekande vi hamnar i. Annars riskerar vi att skada både patient och vårdgivare ytterligare.

Fortsatt läsning och resurser (för stöd och insikt)

Video

https://www.ted.com/talks/brian_goldman_doctors_make_mistakes_can_we_talk_about_that?language=en Doctors make mistakes. Can we talk about that? Brian Goldman TED x Toronto 2010

<https://podcasts.apple.com/us/podcast/disclosure-of-medical-error/id1144552086?i=1000374199468> JAMA podcast Professionalism: Best Practice, Ep Disclosure of Medical Error - Aug 16, 2016

<https://youtu.be/bJLsh9VTLml> Dr. Lucian Leape on disclosure and apologies in healthcare Medical Protection 2013

<https://youtu.be/kDfoJXq8BRA> Lucian Leape, MD, Adjunct Professor of Health Policy at the Harvard School of Public Health describes how to talk with patients and families after a mistake has occurred. IHI open School 2008

<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor/videos/conversation.html> Communication and Optimal Resolution (CANDOR). Conversation with family an example

Web sites

<https://sorryworks.net> USAs leading disclosure training & advocacy organization (Coalition Harvard)

www.ahrq.gov Agency for Healthcare Research and Quality

<https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/30062> 'CANDOR' (Communication and optimal Resolution)

<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor/index.html> 'CANDOR' tool kit

<https://www.ama-assn.org/system/files/2019-01/ama-issue-brief-communication-and-resolution-programs.pdf> American Medical Association (In support of Communication and Resolution programs)

Artiklar

<http://www.lakartidningen.se> Om ursäktens uppbyggnad och dess gynnsamma effekter

<https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2007/1/att-be-om-ursakt-for-misstag-hjalper-bade-patient-och-personal/> "Att be om ursäkt för misstag hjälper både patient och personal"

<http://www.claritisab.com/new-blog-1/2015/2/9/apology-att-be-om-urskt> Preludium till Ursäkt (också publicerad SFOG medlemsblad)

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2019/01/Krankningar-i-varden-ar-vanligt-forekommande/>

<http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Forfattarintervjun/2019/01/5-fragor-till-Barbro-Wijma/>

https://www.sts.org/sites/default/files/documents/patient_safety/DisclosureofMedicalErrors.pdf Patient Safety: Disclosure of Medical Errors and Risk Mitigation

https://www.researchgate.net/publication/312042054_Healing_Words_The_Power_of_Apology_in_Medicine Healing words: The power of apology in Medicine

<http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/RespectfulManagementSeriousClinicalAdverseEventsWhitePaper.aspx> Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011

<https://www.newyorker.com/magazine/2015/05/18/anatomy-of-error> Anatomy of Error, A neurosurgeon remembers his mistakes. 2015

Referenser

1. Lazare A. On Apology: Oxford University Press Inc., 2005
2. Gallagher T, Stoddert D., Levinson W., Disclosing harmful Medical Error to Patients. The New England Journal of Medicine 2007; 356:2713-9
3. Robzenieks A., The power of apology: Patients appreciate open communication, American medical News, july28 2003
4. Murrey M. "Does no liability really mean never saying you're sorry" In House Counselor 2005 2:1
5. Wojcieszak D, Saxton J, Finkelstein M, "Sorry Works! Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims." Author House 2007
6. Lynoe N. Om "Ursäktens uppbyggnad och dess gynnsamma effekter". LT NR 38

Författat av:

Anamaria Whitmer Jacobsson.

Granskat av:

Peter Jacobsson, leg psykolog, leg terapeut.

Fredrik Bååthe, med dr.

Katri Nieminen, överläkare obst/gyn, med dr.

Eva Henning, överläkare obst/gyn.

Charlotta Tingstig, leg barnmorska, leg ssk.

Uppdaterat från föregående version

2020-08-07: Ny vårdriktlinje