



Quick-Alert®

CIRRNET®

«Die richtige Kommunikation von Verordnungen und Befunden am Telefon»

Im CIRRNET® gemeldete original Fehlerberichte*

Fall 1

«Am Morgen übermittelte das Labor mündlich am Telefon dem Tagesarzt der IPS, dass bei einem IPS-Patienten 4 von 4 Blutkulturen positiv seien mit gramnegativen Keimen (später als Stäbchen identifiziert). Es bleibt unklar, ob das Labor den falschen Namen gesagt hat oder der Tagesarzt auf der IPS den Namen falsch verstanden hat. Tatsache ist, dass das mündlich übermittelte Resultat einem falschen Patienten zugeordnet wurde. Der falsche Patient erhielt Rocephin i.v. (und wurde bei Verdacht auf Meningokokken sogar vorübergehend isoliert) und dass der Patient, der tatsächlich eine Bakteriämie hatte, vorerst keine Antibiotika erhielt. Als der schriftliche Befund abends auf die IPS kam, wurde der Fehler bemerkt.

Der richtige Patient erhielt eine korrekte antibiotische Therapie. Beim falschen Patienten wurde die Antibiotikatherapie aufgehoben, ebenso die Isolation.»

Fall 3

«Habe telefonisch einen Auftrag entgegen genommen, den ich durch ein Missverständnis nicht korrekt durchgeführt habe. Laut Verordnung sollte der Patient nach 2 EC's jeweils 10 mg Lasix i.v. erhalten. Ich habe aber verstanden 20 mg Lasix i.v. zu geben anstatt 10 mg. Patient hatte danach tiefe Blutdruckwerte. Sofort den zuständigen Arzt informiert. Patient wurde daraufhin streng überwacht, bis der Blutdruck sich wieder normalisierte (RR 133/50).»

* Diese (auf Meldefreiwilligkeit basierenden) Fehlerberichte lassen keinen Rückschluss auf involvierte Berufsgruppen oder deren vermeintlich ursächliche Fehlkommunikation zu.

Fall 2

«Nach einer telefonischen Verordnung musste ich die PDA aufspritzen. Ich habe den Chefarzt falsch verstanden und habe 6 ml Naropin, 1 mg Adrenalin und 100 mcg Fentanyl (anstatt 6 ml Naropin, 2 mg Morphin und 100 mcg Fentanyl) gespritzt. Ich habe dies auch so dokumentiert. Der Fehler wurde beim Lesen durch den Chefarzt entdeckt. Patienten klinisch untersucht auf Motorik und Sensorik – keine Ausfälle vorhanden. Grosses Glück gehabt. Sache hätte ins Auge gehen können, da Dosis 1 mg Adrenalin peridural sehr starke Vasokonstriktionen mit Ischämie (bis zur Paraplegie) hätte bewirken können.»

Fall 4

«Eine meiner Patientinnen war stark delirant und agitiert. Sie hat ihre oralen Medikamente seit dem Vorabend nicht mehr eingenommen. Da Patientin auch die Haldol Tropfen nicht einnehmen wollte wurde mir bei der Patientin mündlich Haldol s.c. verordnet. Ich habe der Patientin daraufhin im Verlaufe des Tages 3x 1/2 Ampulle Haldol (2,5 mg) s.c. verabreicht statt wie ursprünglich 0,5 mg. Die schriftliche Medi-Verordnung im Phönix wurde ca. 1 Stunde nach mündlicher Verordnung verordnet. Dieser Fehler wurde durch den Spätdienst entdeckt und an zuständigen Arzt weitergeleitet. Haldol s.c. wurde daraufhin gestoppt. Patientin wurde zudem anfänglich stündlich überwacht und EKG geschrieben.»

Expertenkommentar

In Fachkreisen ist mittlerweile unbestritten, dass Fehler in der medizinischen Versorgung häufig auch auf Fehler in der Kommunikation zurückzuführen sind. Hingegen ist weniger klar, wie diese Fehlkommunikation vermieden werden kann. Kommunikation ist alltäglich und verläuft scheinbar selbstverständlich. Jeder meint eindeutig zu kommunizieren, obwohl Menschen immer wieder die Erfahrungen machen, missverstanden zu werden. Kommunikation verläuft auf verschiedenen Ebenen (inhaltlich, prozessual und zwischenmenschlich) und wir bedienen uns unterschiedlicher Kommunikationsformen (verbal, non-verbal, vokal) und technischer Kommunikationsmittel (Telefon, Internet).

Beim Telefonieren bspw. reduzieren sich die übertragenen Mitteilungen auf die Kommunikation von Inhalten (das gesprochene Wort) und die Art und Weise, wie die Inhalte vermittelt werden (z.B. rhythmische und melodische Aspekte in der Sprache). Die durch den Sender vermittelten Zusatzinformationen durch Mimik und Gestik fehlen gänzlich und können deshalb vom Empfänger nicht interpretiert werden. Eine schlechte Tonqualität (z.B. bei Mobiltelefonen) kann zusätzlich störend sein. Anders als bei der *face-to-face Kommunikation* kann der Empfänger einer telefonischen Verordnung auch nicht beobachten, welche Unterlagen/Dokumente der Sender gerade bei seiner Botschaft heranzieht. In solchen Situationen kann das Einhalten einfacher Kommunikationsregeln, wie z.B. das Wiederholen der verstandenen Information (*closed loop communication*^[1]), zur Reduktion von Fehlkommunikation führen.^[2, 3]

Ärztliche Verordnungen am Telefon oder auch das Delegieren von Tätigkeiten zwischen Pflegefachpersonen per Telefon bergen ein grosses Risiko für eine Fehlkommunikation und damit für die Patientensicherheit und **sollten deshalb wenn möglich vermieden werden**. Die Verordnung medizinisch-diagnostischer und therapeutischer Massnahmen liegt in der Verantwortung der Ärzte, wohingegen die Durchführungsverantwortung bei den Pflegefachpersonen liegt. Beide Berufsgruppen müssen deshalb daran interessiert sein, dass Verordnungen direkt schriftlich vorgenommen werden, oder dass die ärztliche Verordnung/das Delegieren von pflegerischen Tätigkeiten am Telefon klar übermittelt und richtig verstanden wird.

Diese beiden Komponenten, – die klare Übermittlung einer Information durch den Sender und das korrekte Interpretieren dieser Information durch den Empfänger –, sind zentrale Bestandteile einer gemeinsamen Verständnisfindung, die der beabsichtigten inhaltlichen Bedeutung des Senders entspricht. Ausserdem ist eine Berücksichtigung der gegenwärtigen Rahmenbedingungen (z.B. Störfaktoren) und des Erfahrungs- und Meinungsumfelds der Beteiligten Voraussetzung für einen erfolgreichen Informationsaustausch. Das heisst, sowohl Sender als auch Empfänger müssen sich bewusst machen, *mit wem* sie kommunizieren und *unter welchen Rahmenbedingungen* der Austausch stattfindet (z.B. hohe Stressbelastung nach einer komplizierten Notfalloperation, mehrere gleichzeitige Patientenaufnahmen, Rea-Situation etc.).

Faktoren, wie bspw.

- laute Hintergrundgeräusche,
- vom Gespräch ablenkende Zustände oder Gedanken (physische, physiologische und mentale Störfaktoren),
- unterschiedliche Dialekte, Akzente und Ausspracheweisen,
- das Sprechen oder das Verstehen einer Fremdsprache,
- unbekannte Medikamente oder Prozeduren,
- Medikamente mit einem «*sound alike*» (ähnlich lautendem) Namen,

können zu Missverständnissen, Missdeutungen und falschen Beurteilungen führen und die Kommunikation unzuverlässig werden lassen.

Die korrekte telefonische Kommunikation zwischen Fachpersonen ist für die Patientensicherheit von hoher Relevanz. Internationale Patientensicherheitsinstitutionen sind hierzu seit Jahren aktiv. So postulierte bspw. die Joint Commission im Jahr 2006, dass der Empfänger einer mündlich erteilten Verordnung diese unverzüglich schriftlich zu dokumentieren hat, diese mündlich wiederholen muss und die Bestätigung zur Korrektheit der Verordnung beim Sender einzuholen hat («*read-back/repeat-back*» Prinzip), bevor die Verordnung ausgeführt wird. Weitere Organisationen veröffentlichten ebenfalls Empfehlungen zur Sicherstellung telefonisch übermittelter Verordnungen.^[4, 5, 6, 7] In Folge dessen wurden bspw. Verhal-

Expertenkommentar

tensregeln für die Kommunikation am Telefon in Spitälern der USA implementiert, die jedoch zwischen den Gesundheitseinrichtungen sehr differierten.^[8]

Ähnliche Initiativen zu telefonisch übermittelten Verordnungen in Schweizer Spitälern bzw. in Spitälern des deutschsprachigen Auslands sind nicht bekannt. Dabei wäre das Prinzip der Rückkopplung/des Feedbacks in Bezug auf die verstandene Verordnung eine Massnahme, die in der Praxis leicht umsetzbar ist. Telefonisch übermittelte Verordnungen werden noch viel zu selten und wenn, dann nur unsystematisch bestätigt. Das «*read-back/repeat-back*» Prinzip, bei dem der Empfänger einer mündlich erteilten Verordnung diese unverzüglich schriftlich in der Patientendokumentation dokumentiert, diese dann mündlich wiederholt und sich vom Sender, deren Korrektheit bestätigen lässt, würde beiden, dem Sender und Empfänger eine grössere Gewissheit geben, Informationen klar übermittelt und korrekt verstanden zu haben.

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz entwickelte deshalb auf Basis der internationalen Richtlinien und in Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus verschiedenen Schweizer Gesundheitseinrichtungen die folgenden Empfehlungen zur Vermeidung einer Fehlkommunikation bei der telefonischen Übermittlung von Verordnungen und Befunden. Dabei sind bei einer mündlichen Verordnung die sofortige schriftliche Dokumentation, das Wiederholen der Verordnung und die Rückbestätigung durch die verordnende Person («*read-back/repeat-back*» Prinzip) als Minimalstandard für die Implementierung von Kommunikationsregeln zu verstehen.

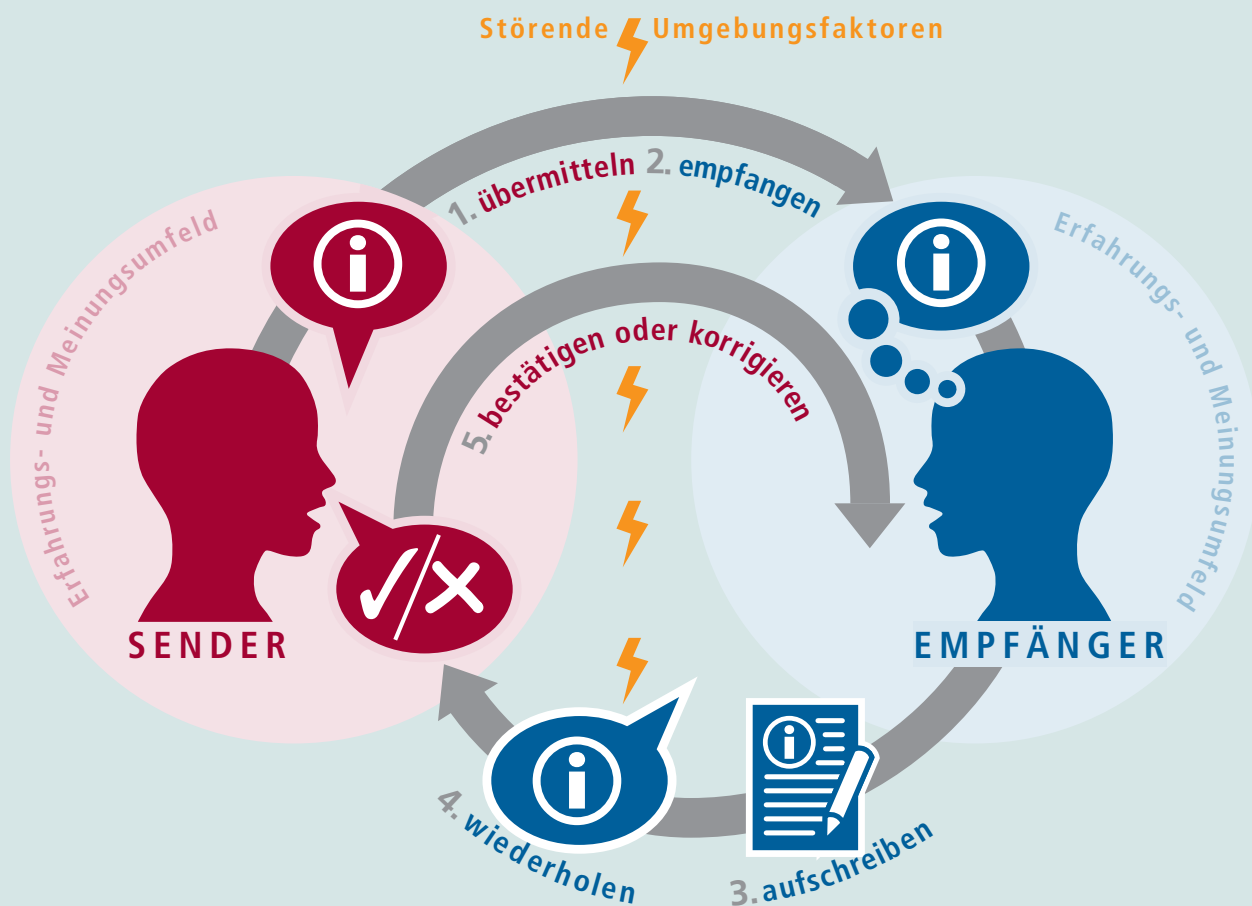
Empfehlungen

CAVE!

1. Mündliche Verordnungen und Verordnungen am Telefon sind nur in Ausnahmesituationen zulässig, in denen keine Möglichkeit besteht, die Verordnung schriftlich zu erteilen. In diesen Ausnahmesituationen ist stets das «*read-back/repeat-back*» Prinzip einzuhalten.
2. Grundsätzlich muss durch die jeweils zuständigen Verantwortlichen im Betrieb definiert werden, in welchen Situationen schriftliche Verordnungen zwingend sind. Empfohlen werden schriftliche Verordnungen insbesondere in folgenden Situationen:
 - für Chemotherapeutika
 - für vasoaktive Substanzen (ausser bei vitaler Indikation)
 - bei Routinemassnahmen, die nicht dringend durchgeführt werden müssen
 - wenn die verordnende Person und die Patientendokumentation vor Ort sind bzw. die elektronische Patientendokumentation verfügbar ist (ausser bei vitaler Indikation, dann gilt das «*read-back/repeat-back*» Prinzip!)

Empfehlungen

Erweitertes «read-back/repeat-back» Prinzip



Für den SENDER einer mündlichen Information/Verordnung:

1. Perspektive des Empfängers und die Rahmenbedingungen bewusst machen (potenzielle Störfaktoren?)
2. Information/Verordnung deutlich (wenn möglich ohne Dialekt) aussprechen
3. Übermittelte Information/Verordnung durch den Empfänger wiederholen lassen
4. bei korrekter Wiedergabe der Information/Verordnung bestätigen, oder korrigieren wenn die Information/Verordnung falsch wiedergegeben wurde

Für den Empfänger einer mündlichen Information/Verordnung:

1. Perspektive des Senders und die Rahmenbedingungen bewusst machen (potenzielle Störfaktoren?)
2. mündlich empfangene Information/Verordnung unverzüglich schriftlich (elektronische Dokumentation oder Papierform) dokumentieren
3. schriftlich dokumentierte Information/Verordnung mündlich (an den Sender gerichtet) wiederholen
4. die Korrektheit der mündlich empfangenen Information/Verordnung durch den Sender bestätigen lassen

© Patientensicherheit Schweiz

Empfehlungen

Empfehlungen für Gesundheitseinrichtungen mit einer Patientendokumentation auf Papier

- Zu Beginn eines jeden Telefonats Name, Funktion, Funktionseinheit (Station, Abteilung etc.) und den Grund des Anrufs nennen. Auch der Empfänger des Telefonats nennt Namen, Funktion und Funktionseinheit.
- Beim Empfangen einer mündlichen Verordnung: unverzüglicher schriftlicher Eintrag in die Patientendokumentation mit dem Namen und der Telefonnummer der verordnenden Person für Rückrufe (der Name des Empfängers, das Datum und die Uhrzeit der mündlichen Verordnung müssen dokumentiert werden und die Funktion der verordnenden Person sollte dem Empfänger bekannt sein).
- Die unverzügliche schriftliche Dokumentation der mündlichen Verordnung darf **nicht** auf einem Notizzettel erfolgen, da der Übertrag in die Patientendokumentation wiederum zu einem Fehler führen kann.
- Das Senden eines Faxes nach einer mündlichen Verordnung kann zusätzliche Sicherheit bieten.
- Signatur/Unterschrift der mündlichen Verordnung durch die verordnende Person (welche die mündliche Verordnung ausgesprochen hat) innerhalb ihrer Schicht.
- Mündliche Verordnungen eines neuen Medikaments sollten immer folgende Angaben beinhalten: Vor-/Familiename und Geburtsdatum des Patienten, vollständiger Medikamentenname, Verabreichungsform (Tabletten, Kapseln, Lösung etc.), Konzentration, Dosis, Verabreichungshäufigkeit, Zeitpunkt und den Applikationsweg (i.v., s.c., oral etc.).
- Medikamentennamen, bei selten verwendeten oder unbekanntenen Medikamenten, buchstabieren und dabei den jeweiligen Buchstaben als «A = Anton»; «D = Dora» etc. aussprechen.
- Mengenangaben sollten als Einzel-Zahlenwert ausgesprochen werden (z.B. «15 mg» → «Eins-Fünf Milligramm», «20 ml» → «Zwei-Null Milliliter» oder «10,5 ml» → «Eins-Null-KOMMA-Fünf Milliliter»).
- Betriebsspezifische Definition von Medikamenten, die unter keinen Umständen als mündliche Verordnung akzeptiert werden dürfen.
- Entwicklung und Umsetzung von betriebsinternen verbindlichen Richtlinien/Kriterien für die mündliche/telefonische Kommunikation von Verordnungen (inkl. einer standardisierten Reihenfolge der Informationen zur Medikation, der notwendigen Qualifikation von Pflegefachpersonen, welche mündliche Verordnungen entgegennehmen dürfen und für den Umgang mit mündlichen Verordnungen in Situationen, in denen die Patientendokumentation nicht verfügbar ist).

Empfehlungen für Gesundheitseinrichtungen mit elektronischer Patientendokumentation

(diese Empfehlungen gelten in Ergänzung an die oben aufgeführten Empfehlungen für mündliche Verordnungen mit Patientendokumentation auf Papier)

- Mündliche Verordnungen sind nur bei Ausfall der elektronischen Patientendokumentation, in Notfällen (z.B. bei vitaler Indikation) und in Situationen zulässig, in denen keine schriftliche Verordnung möglich ist. Ansonsten werden Verordnungen nur nach schriftlichem Eintrag in der Patientendokumentation ausgeführt.
- Bei Ausfall der elektronischen Patientendokumentation ist die mündlich empfangene Verordnung unverzüglich auf einem Verordnungsblatt schriftlich zu dokumentieren und später durch den Sender schriftlich zu bestätigen.
- Medikamente, welche nicht mündlich verordnet werden dürfen, sollten idealerweise in der elektronischen Patientendokumentation speziell gekennzeichnet sein.
- Entwicklung und Umsetzung von betriebsinternen verbindlichen Richtlinien für den Ausfall der elektronischen Patientendokumentation um zu wissen, wie mit mündlichen Verordnungen umgegangen werden soll.

Weiterführende Literatur

1. Brown JP. Closing the communication loop: using readback/hearback to support patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2004;30:460-4.
2. Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol* 2004;121:801-803.
3. Boyd M, Cumin D, Lombard B et al. Read-back improves information transfer in simulated clinical crises. *BMJ Qual Saf* 2014;0:1-5. doi:10.1136/bmjqs-2014-003096.
4. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Medication Safety Alert! Instilling a measure of safety into those »whispering down the lane« verbal orders. January 2001. <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp> (Zugriff: 12.09.2014)
5. Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the safety of telephone or verbal orders. Vol.3, No. 2 (Juni 2006). [http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3\(2\)/Pages/01b.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3(2)/Pages/01b.aspx) (Zugriff: 17.01.2014)
6. Pennsylvania Patient Safety Authority. Sample policy on verbal/telephone orders. 2006. http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal_orders/Documents/sample_policy.pdf (Zugriff: 17.01.2014)
7. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing (NCC MERP). Recommendations to reduce medication errors associated with verbal medication orders and prescriptions. February 2006. <http://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions> (Zugriff: 17.01.2014)
8. Wakefield DS, Wakefield BJ, Despins L et al. A review of verbal order policies in acute care hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012 Jan;38(1):24-33.
9. West C, Franke RM. Miscommunication in medicine. (1991). In: N Coupland, H Giles, JM Wiemann (Eds.), *Miscommunication and problematic talk* (pp. 166-193). Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.

Link 4. <http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp>

Link 5. <http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3%282%29/Pages/01b.aspx>

Link 6. http://patientsafetyauthority.org/EducationalTools/PatientSafetyTools/verbal_orders/Documents/sample_policy.pdf

Link 7. <http://www.nccmerp.org/recommendations-reduce-medication-errors-associated-verbal-medication-orders-and-prescriptions>

Autoren und an der Entwicklung beteiligte Fachpersonen

- Frank Olga, Dr., Patientensicherheit Schweiz
- Bachmann-Mettler Irene, Leiterin QM, Spital Affoltern
- Egger Martin, Dr., MPH, stv. CA Medizinische Klinik, Spital Emmental
- Friedli-Wüthrich Heidi, Pflegeexpertin MNSc, Leiterin Pflegeentwicklung, Regionalspital Emmental AG
- Hannawa Annegret, Prof. Dr., Assistant Professor of Health Communication am Institute of Communication and Health, Universität Lugano
- Hürlimann Barbara, Pflegeexpertin MSN, Universitätsspital Bern Inselspital
- Langewitz Wolf, Prof. Dr., stv. Chefarzt und Leitender Arzt Psychosomatik, Universitätsspital Basel
- Schwendimann René, PD Dr., Leiter Lehrbereich Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel
- Sommer Johanna Maria, Dr., Leiterin der UMPR (Unité de Recherche et d'Enseignement de Médecine de Premier Recours), Faculté de Médecine, Université de Genève
- Wesch Conrad, Pflegefachverantwortlicher Intensivstation, Universitätsspital Basel
- Wey Danny, Stationsleiter IMC-Station, Universitätsspital Bern Inselspital

Verabschiedet durch folgende Fachgesellschaften/Gremien

- Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin – SAQM
- Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – FMH
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner – SBK/ASI
- CIRRNET-Steuerungsgruppe

Hinweis

Diese Problematik hat eine überregionale Relevanz. Bitte prüfen Sie die Bedeutung für Ihren Betrieb und sorgen Sie ggf. in Absprache mit Ihren zuständigen Stellen dafür, dass sie zielgerecht und nötigenfalls breit kommuniziert wird.

Die vorliegenden Empfehlungen bezwecken die Sensibilisierung und Unterstützung von Gesundheitsinstitutionen und in der Gesundheitsversorgung tätiger Fachpersonen bei der Erstellung ihrer betriebsinternen Richtlinien. Es ist Sache der Leistungserbringer, die Empfehlungen im lokalen Kontext zu prüfen und zu entscheiden, ob sie verbindlich aufgenommen, verändert oder verworfen werden. 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.