

Aseguradoras suprimían el contacto entre el paciente que reclama y el médico y la institución

Disculpa y explicación de lo que sucedió a los pacientes que han sufrido daño debido a un incidente en su atención

Médica (*unanticipated outcomes*)



Sorry works

Being open

Disclosure

Transparencia

SORRY WORKS! COALITION



Doctors, insurers, patients, lawyers, hospital administrators, and researchers joining together to provide a "middle ground" solution to the medical malpractice crisis.



Join Us Today
618-559-8168

**CREAR CONDICIONES DE APOYO A PACIENTES
Y PERSONAL DE SALUD CUANDO HAY UN ERROR**



INVESTIGAR PORQUE SUCEDEN LOS ERRORES

PRODUCIR LOS CAMBIOS NECESARIOS

CONSEJO AUSTRALIANO DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA SALUD



DRAFT OPEN DISCLOSURE STANDARD

COMUNICACIÓN INMEDIATA ABIERTA Y HONESTA

INGLATERRA Y GALES



NPSA a elegido el termino *being open* ya que *disclosure* significa revelar un secreto

DISCLOSURE

Implica decir un secreto
cuando en realidad es algo que
me pasó a mi .Es mi información
y tengo derecho a saberlo
No se trata que un medico que sea
lo suficientemente bondadoso
para decírmelo

Código de ética

Asociación Médica Canadiense 2004

***Tomar todas las medidas necesarias para
evitar el daño al paciente y si este se produce
comunicárselo***

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

El error no constituye necesariamente conducta impropia negligente pero su ocultamiento sí.

Harvard Full Disclosure Working Group

- Que pasó
- Como pasó
- Porque pasó
- Disculpas
- Explicación para prevenir futuros errores

NO ES NECESARIO REVELAR EL ERROR

CUANDO:

- El paciente no ha
sufrido daño físico o síquico
- El paciente no va a requerir
más tratamiento por el error

DEBER LEGAL

Canada

Manitoba y Quebec *obligatorio*

Columbia Britanica *una disculpa no acarrearía
responsabilidad legal*

Gran Bretaña y Gales

Puede imputarse responsabilidad si no se comunicó sobre todo si se descubre el error a posteriori.

Cuando algo sale mal necesitamos saber que información debe ser dada al paciente o a su familia ,a la medida de su particular situación ,y desarrollar la mejor manera de impartir esa información.

Patient briefing



Notice

15 September 2005

Understanding NPSA advice

The National Patient Safety Agency (NPSA) helps the NHS to provide safer healthcare for everyone. This information is about the advice the NPSA has given the NHS on how to be more open with people when mistakes are made.

Being open – saying sorry when things go wrong

Each day more than a million people are treated safely in the NHS. But, occasionally, something goes wrong and a patient is harmed. For example, a doctor may accidentally give someone the wrong type of medicine, or the wrong dose.

Healthcare staff may feel cautious about apologising for things that go wrong as they worry that they might say the wrong things, make the situation worse and may automatically be blamed for the mistake. However, patients and their families can cope better if healthcare staff are open about mistakes.

The National Patient Safety Agency (NPSA) has advised all NHS organisations to put a policy in place by June 2006 on how to be more open with people when mistakes are made: your hospital or surgery may be doing these things already. If a mistake seriously harms you, a family member or someone you care for, you will be able to expect one of the doctors or nurses treating you to apologise and explain clearly what went wrong. They should also tell you what they will do to stop the problem happening again.

A chance to talk

Being open will mean that someone involved in your treatment should ask to arrange a meeting with you to talk about what went wrong. You should be able to choose who comes to this meeting. It will usually be the doctor or nurse treating you, but you can choose someone else if you'd prefer. You may want to bring a friend or relative along. You can also choose where you want the meeting to be. You may prefer to talk away from the hospital or surgery.

At the meeting, someone from the team treating you should:

- say sorry for what happened

DEBER LEGAL

EEUU

Clinton y Obama proponen legislación que lo haga obligatorio

- Algunos estados requieren que los pacientes sean informados de UNANTICIPATED OUTCOMES
- Criterios de acreditación de hospitales

- Algunos autores no revelar el error puede dar lugar a reclamos de fraude y ocultamiento fraudulento que no están cubiertos por seguros

Se propone que las disculpas no tengan valor legal en un juicio

Legal

Obligación de
declararlo

Abogados

aconsejan no hacerlo

MARKET WATCH

Disclosure Of Medical Injury To Patients: An Improbable Risk Management Strategy

Movement toward full disclosure should proceed with a realistic expectation of the financial implications and prudent planning to meet them.

by David M. Studdert, Michelle M. Mello, Atul A. Gawande, Troyen A. Brennan, and Y. Claire Wang

ABSTRACT: Pressure mounts on physicians and hospitals to disclose adverse outcomes of care to patients. Although such transparency diverges from traditional risk management strategy, recent commentary has suggested that disclosure will actually reduce providers' liability exposure. We tested this theory by modeling the litigation consequences of disclosure. We found that forecasts of reduced litigation volume or cost do not withstand close scrutiny. A policy question more pressing than whether moving toward routine disclosure will expand litigation is the question of how large such an expansion might be. [Health Affairs 26, no. 1 (2007): 215-226; 10.1377/hlthaff.26.1.215]

ONE OF THE MOST intriguing aspects of the modern patient safety movement is the mounting pressure on physicians and hospitals to be more open and honest with patients when things go wrong in care.¹ There is broad consensus that disclosure of unanticipated outcomes is desirable. Regulators have begun to require it.² The rationale is clear: The experience of other industries, such as aviation and nuclear power, suggests that openness about error is critical to development of effective prevention strategies. There are also compelling ethical reasons for telling patients the truth about all

aspects of their care.³

However, forthrightness about injuries and errors is at odds with the traditional approach to risk management in health care, which emphasizes caution, minimal comment, and even cover-up. Will more disclosure therefore mean more litigation? An emerging view in policy discussions asserts just the opposite: namely that the blinker mentality of traditional risk management is flawed, it stokes rather than staves off litigation, and an ancillary benefit of disclosure will be its salutary impact on providers' liability exposure. Much recent commentary has propounded this view⁴

David Studdert (dstuddert@upitt.edu) is a Federation Fellow and professor in the School of Law and Population Health at the University of Melbourne, Australia. At the time this paper was written, he was an associate professor in the Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health in Boston, Massachusetts. Michelle Mello is an associate professor in that department. Atul Gawande is an assistant professor in the Department of Surgery, Brigham and Women's Hospital, also in Boston. Troyen Brennan is chief

“The spread of disclosure through health care systems is likely to amplify malpractice litigation.”

¿Porqué revelar el error

- Es lo que desean los pacientes.
- Es lo que corresponde eticamente.
- Es un vehiculo para reconquistar la
- confianza del paciente

Información para consentimiento informado
de un procedimiento secundario al error

No hay justificación ética para ocultar información al paciente o a su familia cuando ha sucedido un claro caso de daño producido

La ética en su propia esencia esta orientada hacia
el otro

No busca proteger primariamente los intereses del actor

Cuando la revelación del error puede causar daño serio e irreversible al paciente se puede diferir la información hasta que este se estabilice

Privilegio terapéutico

FACTORES QUE LLEVAN AL LITIGIO

Gallagher y col

- La percepción de que el médico no es totalmente sincero
- Dificultades de la familia para obtener información del equipo
- Sensación de que el médico no les oye
- Consejo de demandar POR OTRO MEDICO

RAZONES PRÁCTICAS PARA SER FRANCOS



- Aumenta la confianza del paciente en la institución
- Permite corregir los errores
- Disminuye costos legales

La verdad se termina sabiendo tarde o temprano

Annual costs of 'loss'

- Adverse patient events (prolonged stay) > £2 billion
- Sickness absence > £2 billion?
- Crime (Fraud, theft, etc.) - £1-3 billion
- Hospital acquired infection - £1 billion
- Drug errors £300-500 million?
- **Clinical negligence >£400 million (*potential liabilities in excess of £2.8 billion*)**
- **Avoidable mgt & legal costs >£100 million**
- Maintenance of medical equipment - £18 million
- Overall >£7.2 billion? (*>16 % of budget*)

National VA Malpractice Payments (2000)*

The mean malpractice judgment **\$413,000.**

The mean settlement pre-trial **\$98,000**

The mean settlement at trial **\$248,165**

Mean time from incident to trial date **~48 months.**

Recovery Frequency **31%.**

Lexington mean payment (2000) **\$16,000**

*From office of VA General Counsel

Victim Compensation Without Litigation - the Lexington Experience.

A lo largo de 13 años se consiguieron 170 acuerdos

**tres casos fueron a juicio
uno solo fue adverso (muerte)**

3Rs Program Highlights – 50 Month Financial Results (10/1/00-12/31/05)

Participants	2532	310 for all 50 months; 1713 for 38/50 months
Reported Incidents	4674	Cornerstone = Early Incident / Event Reporting
3Rs Criteria Met	2174	<u>No incident</u> with 3R criteria met has proceeded to <u>full litigation</u>
Closed with no \$ Paid	1622	1235 of 2174 closed and 387 about to close with <u>no \$ paid</u> , simply satisfactory communication
Closed with payment	500	259 closed and 241 about to be closed with payment
Sent to Claims	52	<u>4 of 52 settled w/o lawyers, indemnity paid, & docs reported;</u> <u>12 also with 3R payments (no offset, not reported)</u>
Spent so far	\$2,908,137	About 50/50 spent so far for reimbursable expenses and loss of time
Average paid per incident	\$5,680	Compared to avg. severity in <u>2003</u> of <u>\$88,056</u> , and in <u>2004</u> of <u>\$74,643</u> , and in <u>2005</u> of <u>\$77,936</u>
Dollar range per incident	\$95 -\$30,000	\$30,000 maximum allowed
Operational Costs	\$975,899	Two FTE administrators; 1 P/T physician, 1 secretary, managerial consulting
Total Program Cost	\$3,884,036	All costs (reimbursement \$, time loss \$, & Administrative \$) over 63 months

Citas

**“Nuestra profesión cometió un grave error cuando
oímos el consejo de los abogados de abandonar
nuestros pacientes después de un hecho adverso
Esa es la principal razón por la cual tenemos esta
crisis de malpraxis ”**

**Dr. Jerome Buckley
Retired CEO of COPIC Ins.**

Citas

“Nunca presentaría la disculpa de un doctor en la corte

Es mi trabajo dejar mal al médico delante del jurado y decir que el doctor se disculpó y trató de hacer lo correcto mata mi caso ”

-

President, South Carolina Trial Lawyers Assoc.

Citas

**“Nunca demandamos a los doctores buenos,
contritos
Sus pacientes no llegan a nuestros despachos**

**Pero los doctores que son arrogantes, que se
comunican mal y abandonan a sus pacientes son
demandados todo el tiempo”**

**- David Patton
Medical malpractice attorney and Sorry
Works! board member**

3Rs Program

- **Recognize** Unanticipated event
- **Respond** Soon after event
- **Resolve** Related issues

Risk Management Early Intervention Program

- ❖ 3Rs is a **non-fault** based program designed to prevent medical injuries from entering the **ineffective, inefficient and adversarial legal system**

Instituciones



Las instituciones



- Las instituciones buscan mantener el paradigma prevalente
- Recomendar la comunicación del error produce una disonancia cognitiva

Recomendaciones para las instituciones



- Implementar manejo
- del riesgo

- Cultura de la seguridad

*Sustituir el concepto de
Culpabilidad por Just culture*

APRENDER A COMUNICAR EL ERROR

MENTAL
SKILLS

ERROR
WISDOM



Dificultad de empatizar con alguien aunque este muy enfermo que representa un peligro para nosotros

Cualquiera que amenaza nuestro bienestar se transforma por ese mismo acto en un extraño

OPCIONES

- Ocultar el error
- Reinterpretar lo sucedido.
- Cumplir con la obligación ética

REINTERPRETACIÓN

Culpar a la víctima

Ud debia habernos

recordado que es alérgico a

las sulfas !!!

**Minimizar /racionalizar las
repercusiones morales**

*Bueno, el paciente se iba a morir de
cualquier manera*

REINTERPRETACIÓN

Repriorizar

La paciente no va a tener que preocuparse mas por su cáncer”

Reatribución de la causa:

Después de todo quien sabe realmente lo que pasó.

Si, se duplicó la dosis pero.....”

Los pacientes

Encuesta a 8000 personas

- **34% quieren una disculpa**
- **y una explicación**

- **23% quieren una investigación**
- **a fondo**

- **17% solicitan apoyo para lidiar**
- **con las consecuencias**

- **11% busca compensación**
- **financiera**

- **6% quieren una acción disciplinaria.**

Gallagher (2003)

Sobre 13 focus groups 46 medicos

52 pacientes

PACIENTES

- Información sobre los errores que les habían producido daño

- Una disculpa

- Saber si se iban a tomar medidas en el futuro para prevenirlo

MEDICOS

- Elección muy cuidadosa de las palabras empleadas

- Disculpas omitidas por temor a represalias legales

- No se reconoce ni menciona el error

Apoyo emocional

Los pacientes desean

- Ser informados de los errores en su atención
- Se reconozca el distress que eso les causa
- Una sincera manifestación de pesar
- Una clara explicación de los hechos
- Una explicación de lo que va a pasarles
- Una explicación de cómo se va a llevar a cabo el tratamiento subsiguiente

MEDIDAS INICIALES

- Reconocer que hubo un incidente
- Pedir disculpas
- Explicar que va a haber una discusión al respecto lo antes posible
- Evitar especulaciones sobre lo sucedido

El no tomar en serio las preocupaciones del paciente hacen que la comunicación en el futuro sea mas difícil

SORRY WORKS!

DISCLOSURE, APOLOGY, AND RELATIONSHIPS
PREVENT MEDICAL MALPRACTICE CLAIMS



DOUG WOJTELSZAK, JAMES W. SAXTON, ESQ., AND
MAGGIE M. FINKELSTEIN, ESQ.



When Things *go* Wrong

RESPONDING
TO ADVERSE EVENTS

A Column

Series of the

Hospital

MARCH 2004

Primer paso

Empatia y restablecimiento de la confianza

Atender las necesidades de la familia

Decir lo siento pero no asignar ni admitir falta

Segundo paso

Investigación ¿ Hubo una falla o no? Mantener a la familia informada para que no se sospeche un encubrimiento

Tercer paso

Resultados- Si hubo una falla, reconocerla y discutir la compensación

Si no hubo falla se muestran los resultados pero no hay compensación

CANADIAN DISCLOSURE GUIDELINES



Canadian
Patient
Safety
Institute

Institut
canadien
pour la sécurité
des patients


cpspi • icsp

Abordaje cauteloso

**Ante un hecho adverso reconocerlo
Pero sin admitir falta hasta finalizado la investigación
*No utilizar la palabra error !!!!***

Análisis RCA

Información

**Asesorados por abogados y con los directores
De la institución**

RECOMENDACIONES DE LA

AGENCIA NACIONAL

PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEDIDAS INICIALES

- Reconocer que hubo un incidente
- Pedir disculpas
- Explicar que va a haber una discusión al respecto lo antes posible
- Evitar especulaciones sobre lo sucedido

¿Quién percibe el incidente?

- Paciente o familiares
- Médico en domicilio
- Personal del hospital

Principio

- Regla moral
- *No es un requisito político, legal ni un procedimiento especificado*

Principio de reconocimiento

- Cuando se produce un incidente este debe ser RECONOCIDO e INFORMADO inmediatamente
- Cuando el paciente o familiares señalan algo anómalo deben ser tomados seriamente

Principio de veracidad, oportunidad y claridad

Información veraz,
basada solo en los hechos

Tan pronto como sea posible,
No intempestiva

Principio de veracidad, oportunidad y claridad

- Mantener al paciente o familiares al tanto de la investigación en curso.
- Lenguaje claro, sin ambigüedades
a cargo de un solo portavoz

Principio de disculpas

Es imprescindible “ dar la cara ”

VERBAL

(a cargo del miembro del staff mas calificado, edad, capacidad,etc)

OPORTUNA

(los pacientes o familiares aumentan su cólera, frustración y rabia con el tiempo)

Principio de disculpas

ESCRITA

Expresando claramente

que la Institución deplora lo sucedido

De simpatía vs RECONOCIMIENTO

Principio de reconocer las expectativas del paciente

- Informar las consecuencias del incidente
- Brindar apoyo adecuado a sus necesidades (***grupos de apoyo, religiosos, etnicos, etc***)

Principio de la continuidad del tratamiento

- El paciente debe ser atendido en esa u otra institución que mejor se adecue a sus necesidades
- Asegurar que no sufrirán mas daño

Principio de confidencialidad

Tanto el paciente, sus familiares
como el personal de salud tienen
derecho a la reserva de lo actuado

Principio de responsabilidad multidisciplinaria

Habitualmente el incidente forma parte de una debilidad en el sistema

Principio de manejo del riesgo y mejoramiento del sistema

Llevar a cabo un RCA

Programas para detectar
fallas del Sistema de salud

Principio del apoyo al personal

- Determinar si cabe error del sistema o violación de reglas o protocolos
- Apoyar al personal que informa sobre sus errores



Preparando la reunión

Determinar el momento adecuado

Oportunidad

- Cuando el estado emocional de ambas partes lo permita

Determinar el momento adecuado

Prioridad

- Preguntar al paciente o familiares cuando le es conveniente
- Confirmarlo por escrito
 - No cambiar el día o lugar de la reunión

Características del sitio de reunión

- Privacidad
- Comodidad
- Lejos del lugar del incidente
- Identificado en la puerta

Recomendaciones

ELEGIR

- Quien conozca bien el caso
- a quien los familiares quieran
- a quien tiene buena comunicación

PREGUNTAR

- A los familiares si aceptan al mediador

Quien ha de liderar la discusión

- Completamente al tanto del incidente
 - Conocido respetado creíble por el paciente , familiares y colegas
- Capacidad de comunicación
- Dispuesto de pedir disculpas
- Comprometido a una relación a largo plazo con el paciente

Recomendaciones

NO

Asuma quienes desean participar

NO

Cambie el representante una vez
aceptado por el paciente

- Lenguaje sencillo sin ser condescendiente
- Estar atento a características culturales, edad , discapacidades etc

Revelando el error

(Disclosure Conversations)

Habilidades que deberían estar presentes desde el inicio de la carrera

- Desarrollar un aprendizaje
- Contar con apoyo institucional

Expresiones adecuadas

- Siento (sentimos)mucho que esto haya sucedido
- Nos damos cuenta que esto le ha provocado dolor, preocupación, angustia...
- Le pedimos disculpas y estamos tomando este problema muy seriamente
- Siento que haya sucedido este ERROR

Expresiones inapropiadas

- Es una de esas cosas que pasan cada tanto
- Siento que haya sucedido este **INCIDENTE**
- Lamentamos este **HECHO ADVERSO**
- Entiendo como se debe estar sintiendo
- Es culpa de **MI COLEGA** que esto sucedió....

Frases que no se deben decir

- Entiendo como se debe estar sintiendo
- Lamento que no este conforme con nuestro nivel de asistencia
- Es una de esas cosas que
- pasan cada tanto
- Es culpa de mis colegas.. alguien cometió un error

Lamento este incidente, este hecho adverso

**No esperar la absolución
por decir la verdad**

**Los pacientes y familiares
Suelen estar enojados**

Hospital offers rare mea culpa after death

Omaha World-Herald | August 29, 2007



Tyler Kahle

Si sabemos que estas cosas pasan aun en los mejores sistemas...

¿Porque no implementar mecanismos para apoyar a los pacientes, familias y médicos después de un EA ?

¿Qué es Medically Induced Trauma?

- Medically Induced Trauma es el hecho inesperado
- que sucede durante la atención médica o
- quirúrgica y que afecta el bienestar emocional del
- paciente, su familia y el médico.

Mission:

To Support Healing and Restore Hope

Purpose:

To create awareness and to provide open support services to ALL affected by adverse medical events

