

Das Management der Zwischenfälle

1. Einleitung

Im Bereich des Gesundheitswesens besteht kein Konsens über die Definition des Begriffs Zwischenfall. Im Spital Wallis wird der Zwischenfall folgendermassen definiert:

- eine Tätigkeit, ein Verhalten oder eine Panne, welche:
 - die Gesundheit des Patienten beeinträchtigt haben
 - zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit hätten führen können
 - die gute Erteilung der Pflege oder den angemessenen Betrieb einer medizinischen Dienststelle beeinträchtigt haben
- eine unerwartete oder unerwünschte Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten, die im Rahmen der Pflege erfolgt ist (in dieser Definition ist der Zwischenfall gleichbedeutend mit einem unerwünschten Ereignis).

Zwischenfälle, wie sie oben definiert sind, ereignen sich in den Spitälern weltweit jeden Tag. Anerkennen, dass sie - auch in der eigenen Institution - stattfinden, ist ein erster Schritt. Aber das genügt natürlich noch nicht. Auch wenn alle Sicherheitsbarrieren nicht genügen und ein Zwischenfall eintritt, ist es immer noch möglich, daraus etwas Konstruktives abzuleiten: den Zwischenfall nutzen, um die Leistungen des Spitals und die Patientensicherheit zu verbessern. Dazu muss man einen festgestellten Zwischenfall melden, analysieren und nach Möglichkeit Verbesserungsmaßnahmen umsetzen. Anschliessend muss die meldende Person (und manchmal auch das Umfeld) über die eingeleiteten Schritte informiert werden. Zudem ist die Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen zu überprüfen. Der gesamte Prozess wird Management der Zwischenfälle genannt. Er umfasst noch eine weitere wesentliche Etappe, nämlich die Unterstützung der involvierten Personen, also des Patienten, seiner Angehörigen und der betroffenen Mitarbeitenden.

Damit das Management der Zwischenfälle zu einer wirklichen Verbesserung führt, muss eine unerlässliche Voraus-

setzung gegeben sein: die Entwicklung einer Sicherheitskultur im Spital. Diese muss die Kultur der Zurechtweisung ersetzen, die noch stark verankert ist. Wenn ein Zwischenfall festgestellt wird, darf man also nicht nach einem Schuldigen suchen und diesen bestrafen. Man muss versuchen, die Sicherheit zu verbessern, indem die Folgen des Zwischenfalls und die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Ereignisses vermindert werden. Dies wird durch die Identifizierung, die Meldung, die Analyse und die Verbesserungsmaßnahme erreicht. Zurechtweisung und Sanktion aufgrund eines Zwischenfalls führen zu Angst und verhindern die Meldung von Zwischenfällen. Je schwerwiegender ein Zwischenfall ist, desto grösser ist die Zurückhaltung bei einer Meldung. Ohne Meldung kann der Prozess des Managements der Zwischenfälle jedoch nicht eingeleitet werden. Dies ist besonders problematisch in Situationen mit schweren unerwünschten Ereignissen, die auf gerichtlichem Weg behandelt werden.

Seit 2015 benutzt das Spital Wallis für das Management der Zwischenfälle eine Software. Sie hat die Harmonisierung der Praxis der verschiedenen Zentren des HVS ermöglicht, die seit vielen Jahren unterschiedliche Verfahren anwendeten. Die Einführung dieses Instruments und eine gleichzeitig durchgeführte Sensibilisierungskampagne haben sich stark auf die Zahl der Zwischenfallmeldungen ausgewirkt, die von etwa 2000/Jahr bis 2014 auf 3150/Jahr im Jahr 2015 anstiegen, gefolgt von einem jährlichen Anstieg von etwa 1000/Jahr. Die Interpretation dieser Zunahme ist wichtig: sie entspricht einer Zunahme der Zahl der Meldungen und nicht der Zahl der aufgetretenen Zwischenfälle. Diese Erhöhung ist einerseits das Ergebnis der Vereinfachung des Prozesses durch die Software und andererseits der Entwicklung der Sicherheitskultur.

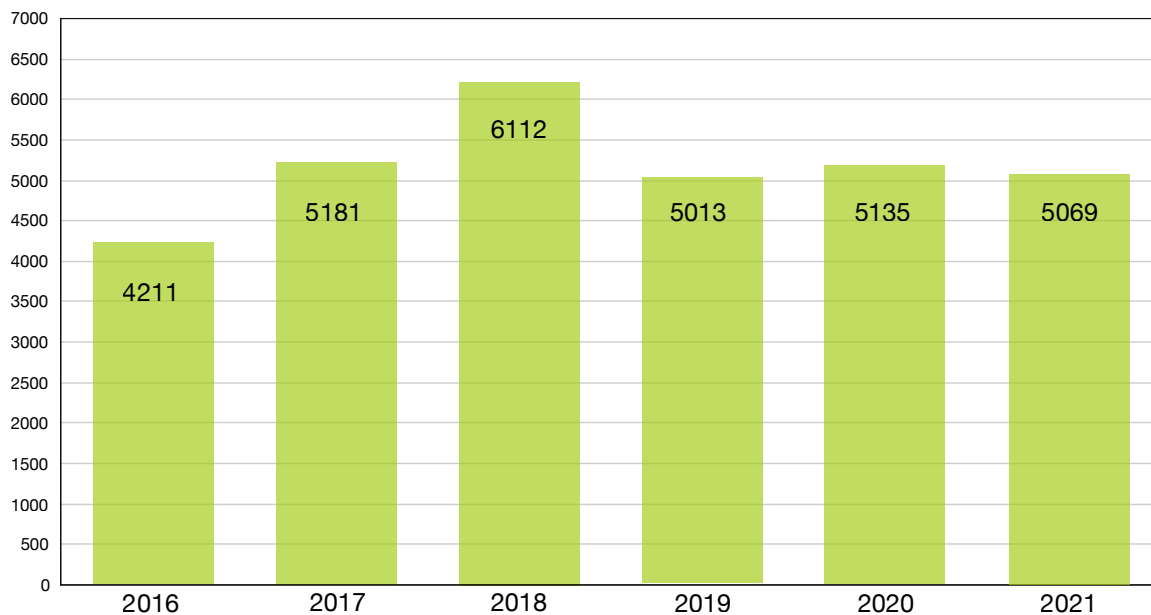
Die folgenden Daten, die aus dieser Software stammen, geben einen Überblick über das Management der Zwischenfälle im Spital Wallis.

2. Meldung der Zwischenfälle

Zahl der Meldungen

Im Jahr 2021 haben die Mitarbeitenden des HVS 5069 Zwischenfälle in den verschiedenen Schweregraden gemeldet.

In diesem Bericht stimmt die jährliche Anzahl der dem HVS von 2018 bis 2020 gemeldeten Vorfälle nicht ganz mit den Berichten der Vorjahre überein: Dieser Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass Vorfälle, die von externen Partnern gemeldet wurden, in den unten aufgeführten Zahlen nicht berücksichtigt sind.



Von 2016 bis 2018 war ein kontinuierlicher Anstieg der Zwischenfallmeldungen zu verzeichnen, der auf eine Zunahme der Sicherheitskultur zurückgeführt wurde (siehe Erklärungen in der Einleitung). Im Jahr 2018 schien der Anstieg nicht hauptsächlich auf die Zunahme der Sicherheitskultur zurückzuführen zu sein, sondern auf einen deutlichen Anstieg der Meldungen in einer bestimmten Kategorie, die ein bestimmtes Problem widerspiegelte, das angegangen wurde (siehe Bericht Zwischenfallmanagement 2019).

Seit 2019 ist kein Anstieg mehr zu verzeichnen und die Anzahl der Meldungen bleibt stabil. Auch wenn 5000 ge-

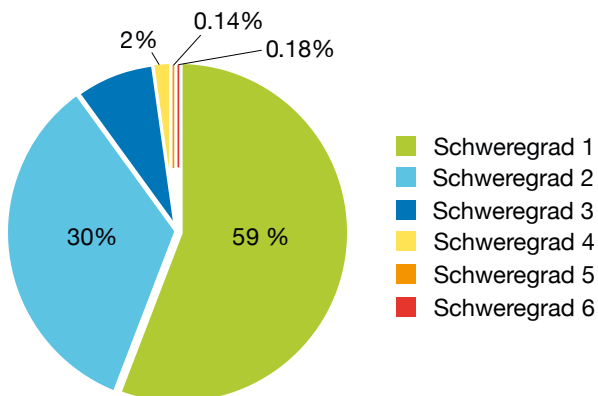
meldete Vorfälle nach einer grossen Zahl klingen mögen, ist es wichtig, genauer zu analysieren, um welche Art und Schweregrad von Vorfällen es sich handelt. Diese Analyse wird im Folgenden dargestellt.

Schweregrad der gemeldeten Zwischenfälle

Für den Schweregrad der Zwischenfälle im HVS wird folgende Abstufung verwendet:

1. hat die gute Erteilung der Pflege oder den angemessenen Betrieb einer medizinischen Dienststelle beeinträchtigt oder zu einer Unannehmlichkeit ohne Auswirkungen auf die Gesundheit geführt
2. hätte eine leichte und vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit einer Person oder andere Unannehmlichkeiten verursachen können
3. leichte und vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit einer Person oder andere Unannehmlichkeiten
4. hätte den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit verursachen können
5. schwere Beeinträchtigung der Gesundheit einer Person
6. Tod oder dauerhafte Beeinträchtigung der Gesundheit einer Person

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der gemeldeten Zwischenfälle anhand ihres Schweregrads für das Jahr 2021.

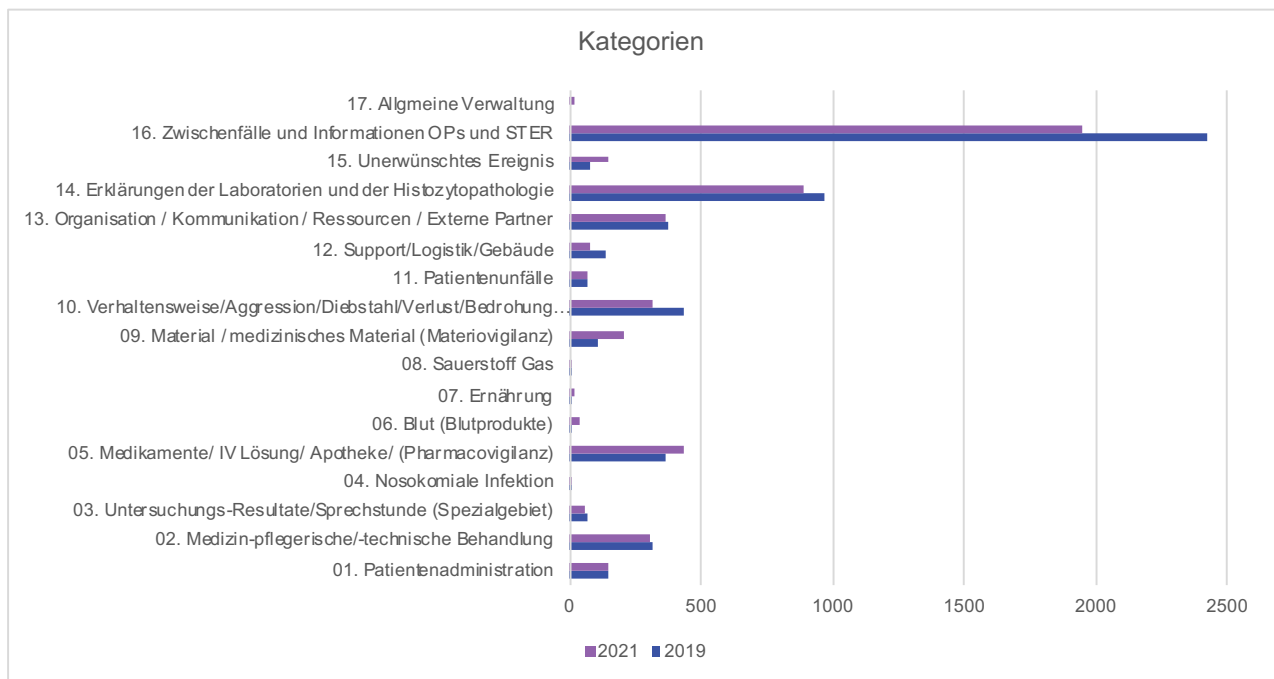


Die Gesamtzahl der im Jahr 2021 gemeldeten Vorfälle mag zwar hoch erscheinen, doch 89% (4511) waren von geringem Schweregrad (Grad 1 oder 2). Die gemeldeten Vorfälle, die die Gesundheit der Patienten beeinträchtigt haben oder hätten beeinträchtigen können, machen nur 11% (558) der Gesamtzahl der Vorfälle (5069) aus. Unter diesen Vorfällen wurden im Jahr 2021 neun Fälle des Schweregrades 6 gemeldet, die 0,18% aller gemeldeten Vorfälle ausmachten. Diese neun Vorfälle waren allesamt unerwünschte Ereignisse des Typs unerwarteter Tod und wurden im Rahmen des institutionellen Verfahrens gemeldet (Meldung jedes unerwarteten Todesfalls, auch wenn kein Verdacht auf eine unzureichende Behandlung besteht). Sie wurden von einem Team analysiert, das auf die Behandlung schwerwiegender Zwischenfälle spezialisiert ist. Verbesserungsmassnahmen wurden immer dann eingeleitet, wenn eine Verbesserungsmöglichkeit erkannt wurde, auch wenn sie nicht direkt mit dem Vorfall in Verbindung stand.

Zahlreiche Artikel in medizinischen Fachzeitschriften kommen zu dem Schluss, dass Vorfälle mit Folgen für die Gesundheit der Patienten wesentlich häufiger auftreten, als sie gemeldet werden. Dies höchstwahrscheinlich, weil die Mitarbeiter befürchten, sanktioniert zu werden. Diese Unter-Berichterstattung in Spitälern ist allgemein verbreitet und das Spital Wallis ist wahrscheinlich keine Ausnahme. Aus diesem Grund wäre eine Zunahme der Meldungen dieser Art ein positives Zeichen, welche eine Zunahme der Sicherheitskultur innerhalb des Spital Wallis widerspiegelt. In den letzten Jahren hat das Spital Wallis mehrere Schritte unternommen, um das Bewusstsein für die Anwendung des Zwischenfallmanagement zu stärken. Es hat auch sichergestellt, dass ausserhalb von Situationen, die auf Fahrlässigkeit oder Böswilligkeit zurückzuführen sind, keine Sanktionen verhängt werden. Die Zahl der gemeldeten Vorfälle ist jedoch noch nicht gestiegen.

Kategorien gemeldeter Vorfälle

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der gemeldeten Vorfälle in den verschiedenen Kategorien. Es wird ein Vergleich zwischen den Jahren 2019 und 2021 vorgenommen, da ein Vergleich mit 2020 aufgrund einer Änderung der Einstellungen des Tools anlässlich des Wechsels der Softwareversion im Laufe des Jahres 2020 leider nicht möglich ist (die meisten der 2020 gemeldeten Vorfälle haben die Kategorieangabe verloren).



Auffällig ist die Dominanz der Kategorien 16, Zwischenfälle und Informationen Operationssaal vs. Sterilisation und Kategorie 14, Labor- und Histozytopathologie-Meldungen. Diese beiden Kategorien verzeichnen zusammen 2835 Vorfälle, d. h. mehr als die Hälfte aller im Jahr 2021 gemeldeten Vorfälle.

In Bezug auf Kategorie 16 ist anzumerken, dass ein Teil der in dieser Kategorie gemeldeten Vorfälle in Wirklichkeit keine Vorfälle, sondern Informationen sind. Letztere betreffen 551 Meldungen. Letztlich wurden in dieser Kategorie 1395 Vorfälle gemeldet, die meisten davon von der Zentrale Sterilisation.

Was die Kategorie 14 betrifft, so sind es die Laboratorien, die fast die gesamten Vorfälle melden.

Die Zertifizierungs- und Akkreditierungsmassnahmen sowie die Einhaltung der entsprechenden Normen erklären die hohe Anzahl der von der Sterilisation und den Labors gemeldeten Zwischenfälle. Es ist anzumerken, dass fast alle diese Vorfälle dem Schweregrad 1 oder 2 zuzuordnen sind.

3. Analyse der Zwischenfälle

Nach einem Zwischenfall wird von den involvierten Teams unverzüglich eine erste Analyse durchgeführt, um rasch Massnahmen zu ergreifen. Nach der Meldung erfolgt dann eine Analyse durch andere Personen, die für die Behandlung des Zwischenfalls zuständig sind. Diese zweite Analyse erfolgt auf strukturierte Art und Weise und mit einem grösseren Abstand zum Ereignis. Sie besteht darin, die bereits getroffenen Massnahmen zur Kenntnis zu nehmen, über die Notwendigkeit einer vertieften Analyse zu bestimmen und zu entscheiden, ob eine breitere Information in Bezug auf den Zwischenfall notwendig ist. Die vertiefte Analyse soll alle Ursachen des Zwischenfalls identifizieren (nicht nur auf der Ebene der direkt involvierten Mitarbeitenden). Manchmal sind die Ursachen vermeidbar, manchmal sind sie nicht zu vermeiden. Bei vermeidbaren Ursachen werden Verbesserungsmassnahmen umgesetzt, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung des Zwischenfalls zu reduzieren und seine Folgen zu lindern.

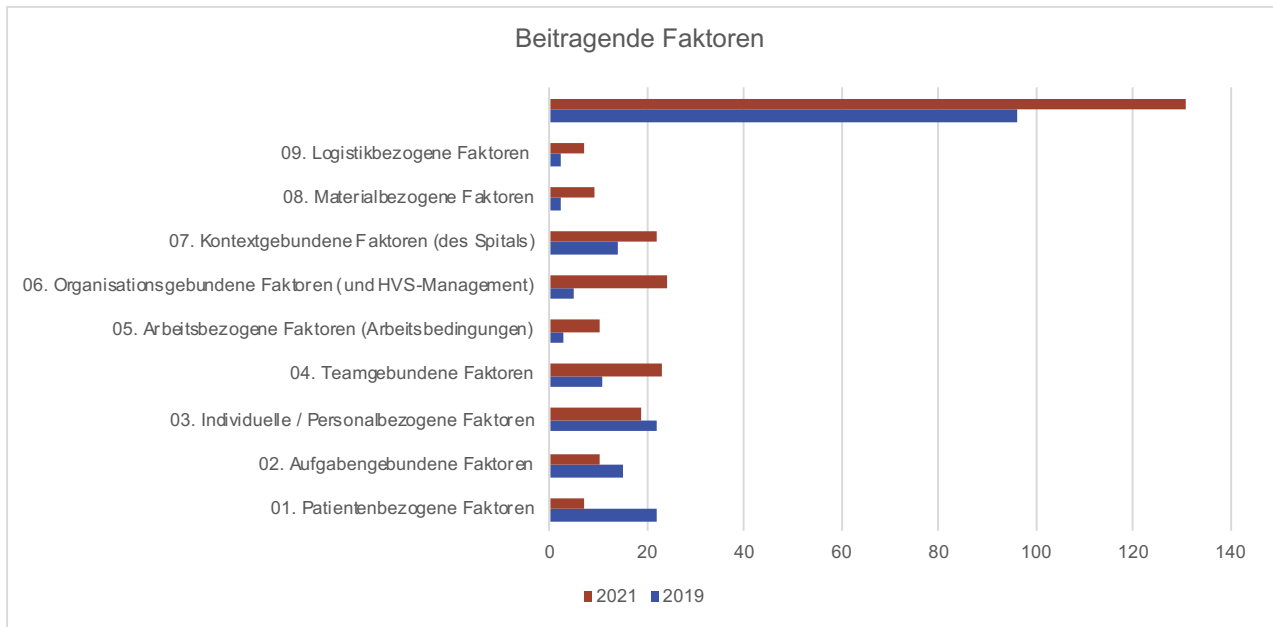
Seit einer Änderung des Meldesystems der Zwischenfälle in 2020, werden nur noch Vorfälle mit hohem Schweregrad (4 bis 6) einer vertieften Analyse unterzogen, bei der auch die beitragenden Faktoren ermittelt werden. Im Jahr 2021 waren es 120 Vorfälle, die einer solche Analyse unterzogen wurden. Wenn diese Zahl im Verhältnis zur Gesamtzahl der gemeldeten Vorfälle relativ niedrig erscheint, liegt das daran, dass bei Vorfällen mit niedrigem Schweregrad (1 bis 3), die 98% der Meldungen ausmachen, keine gründliche Analyse mit Identifizierung der beitragenden Faktoren durchgeführt wird.

Die vertiefte Analyse basiert auf einem systemischen Ansatz. Grundsätzlich geht dieser Ansatz davon aus, dass mehrere Sicherheitssysteme bestehen, die verhindern können, dass sich ein Zwischenfall ereignet. In jedem dieser Systeme wird deshalb nach ursächlichen Faktoren (Schwachstellen des Systems) gesucht. Im Folgenden werden die Sicherheitssysteme im Bereich der Pflegesi-

cherheit mit Beispielen von ursächlichen Faktoren aufgelistet:

- Der Patient: Gesundheitszustand, Verständnis- und Kommunikationsfähigkeit, Verhalten
- Die Tätigkeit: Beschreibung der Tätigkeit, ihre Dokumentation, ihre Organisation, ihre Komplexität, damit verbundene Risiken
- Die Mitarbeitenden: Kompetenzen, Gesundheitszustand, Unaufmerksamkeit, Verhalten
- Das Team: Kommunikation, Leadership, gegenseitige Hilfe
- Die Arbeitsbedingungen: Personalbestand (abwesende Mitarbeitende), Arbeitsbelastung, physische Arbeitsumgebung (Raum, Temperatur, Licht), Arbeitsklima
- Die Organisation (Unternehmensführung der Institution): personelle Ressourcen (Dotierung), zur Verfügung stehende materielle Ressourcen, Prioritäten/institutionelle Ziele, Sicherheitskultur
- Das Umfeld: Wirtschaft, Politik, Anforderungen externer Institutionen
- Das Material: Mängel, falsche Benutzung
- Die Logistik: Gebäude, Transport

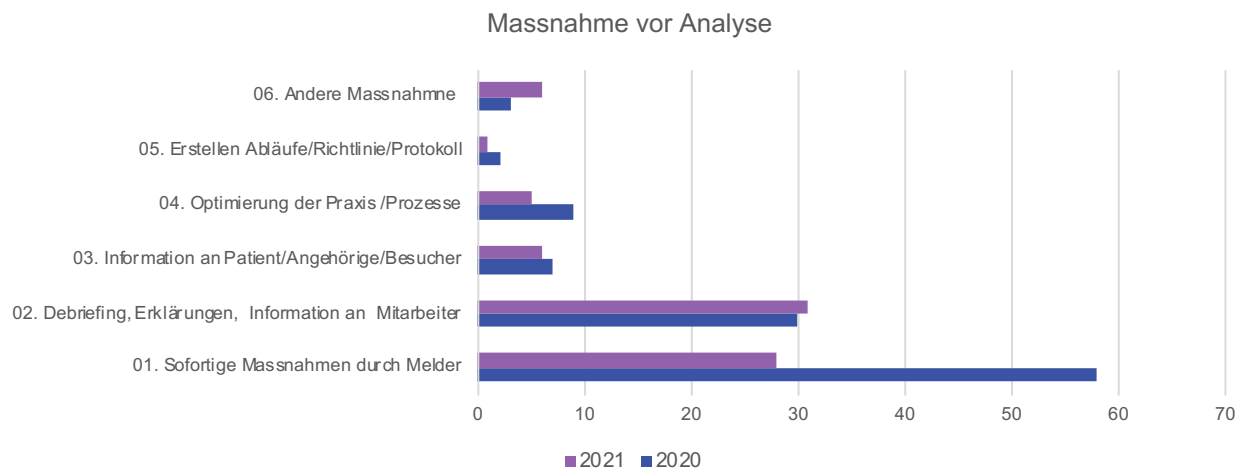
In der folgenden Tabelle werden die im Jahr 2019 identifizierten beitragenden Faktoren mit den im Jahr 2021 identifizierten Faktoren verglichen. Das Jahr 2020 kann leider nicht verwendet werden, da aufgrund einer Änderung des IT-Tools diese Daten nicht mehr extrahiert werden können.



Allgemein lässt sich feststellen, dass im Jahr 2021 mehr beitragende Faktoren identifiziert wurden. Dies ist ein Zeichen dafür, dass der Analyseprozess ausgereift ist, denn es ist allgemein bekannt, dass die meisten Vorfälle multifaktoriell sind (siehe Erklärung der systemischen Analyse oben). Abgesehen von der Anzahl der identifizierten Faktoren ist die Entwicklung der verschiedenen Arten von Faktoren interessant, da sie ebenfalls eine Reifung des Analyseprozesses widerspiegelt. Beispielsweise ist die häufigere Identifizierung der Faktoren Team, Arbeitsbedingungen und Organisation positiv zu bewerten, im Gegensatz zu den Faktoren Mitarbeiter und Patient, die, wenn sie isoliert identifiziert werden, eher auf eine oberflächliche Analyse hindeuten, die sich auf das Ende des Prozesses konzentriert, der zu dem Vorfall geführt hat.

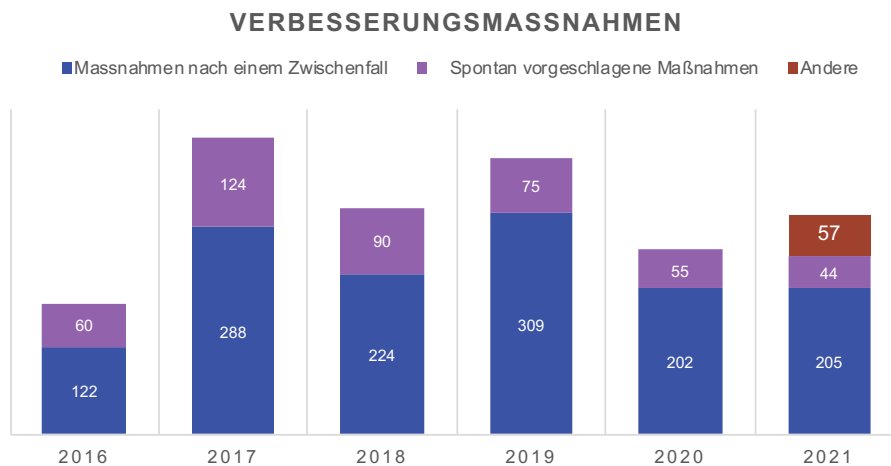
4. Verbesserungsmassnahmen

Einige Verbesserungsmassnahmen werden direkt nach einem Vorfall ergriffen: Die folgende Tabelle zeigt die verschiedenen Kategorien für die Jahre 2020 und 2021.



Zu den anderen Verbesserungsmassnahmen gehören Massnahmen aus vertieften Analysen, spontane Vorschläge von Mitarbeitern, die nicht mit einem Vorfall in Verbindung stehen, und Massnahmen anderer Herkunft (Audit, Managementbewertung, Überwachung von Indikatoren,

Patientenvorschläge). Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Massnahmen aus diesen verschiedenen Ursprüngen für die Jahre 2016 bis 2021. Die Kategorie "Sonstige" (Audit, Managementbewertung, Nachverfolgung von Indikatoren, Patientenvorschlag) wurde 2021 hinzugefügt.



Zwischen 2020 und 2021 gab es keine signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Anzahl und den Ursprung der Verbesserungsmassnahmen. Ein wichtiges und neues Element ab 2021 ist die Entwicklung der Überwachung von Verbesserungsmassnahmen: Es reicht nicht aus, eine Verbesserungsmassnahme zu definieren, sie muss auch umgesetzt werden. Ende 2021 waren 47% der vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt, 15% waren nicht umgesetzt und 38% befanden sich noch in der Überwachung.

Die Anzahl der in den obigen Tabellen aufgeführten Verbesserungsmassnahmen ist im Vergleich zur Gesamtzahl der Vorfälle gering, doch muss daran erinnert werden, dass die grosse Mehrheit der Vorfälle von geringem Schweregrad ist und nur selten zu Verbesserungsmassnahmen führt.

5. Schlussfolgerung

Die Zahl der Zwischenfälle im Jahr 2021 ist mit den Zahlen für 2019 und 2020 vergleichbar. Der fehlende Anstieg der Meldungen in den letzten Jahren steht im Gegensatz zu der Entwicklung zwischen 2015 und 2018 (rund 1000 Meldungen mehr jedes Jahr).

Zahlreiche medizinische Artikel haben gezeigt, dass in Spitäler zu wenig Vorfällen gemeldet werden, insbesondere Vorfällen, die sich auf die Gesundheit von Patienten auswirken. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Mitarbeiter Sanktionen befürchten. Das Spital Wallis ist hier wahrscheinlich keine Ausnahme. Anders ausgedrückt: Wenn eine Kultur der Schuldzuweisung vorherrscht, werden Vorfälle nicht gemeldet und Chancen für Verbesserungen verpasst. Damit Mitarbeiter Zwischenfälle (vor allem schwerwiegende Vorfälle) melden, müssen sie Vertrauen in den Prozess des Zwischenfallmanagements haben und davon überzeugt sein, dass er der Verbesserung der Patientensicherheit und nicht der Suche nach Schuldigen dient: Dann herrscht eine Sicherheitskultur.

Ein allmählicher Anstieg der Meldungen von Vorfällen spie-

gelt also die Zunahme der Sicherheitskultur wider. Die Entwicklung der Anzahl der Meldungen zwischen 2015 und 2018 sollte in den nächsten Jahren im Spital Wallis erneut beobachtet werden. Und noch mehr als die Zunahme der Gesamtzahl der Meldungen würde eine Zunahme der Meldungen von Vorfällen, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten hatten, eine Zunahme der Qualitätskultur signalisieren.

Die Gründe, warum die Anzahl der gemeldeten Vorfälle im Spital Wallis in den letzten Jahren stagniert, sind nicht klar ersichtlich. Es könnte sein, dass die Sicherheitskultur keine Fortschritte mehr macht oder dass die Anzahl der Meldungen in den Jahren 2020 und 2021 durch die erhöhte Arbeitsbelastung im Zusammenhang mit der Covid-Pandemie in einigen Schlüsselabteilungen beeinflusst wird (der Prozess zur Verwaltung von Vorfällen ist nützlich und wichtig, aber zeitaufwändig). Wie dem auch sei, das Spital Wallis bemüht sich weiterhin um die Entwicklung der Sicherheitskultur, indem es versucht, Vertrauen in den Prozess des Zwischenfallmanagements zu schaffen und dessen wichtigen Beitrag zur Pflegequalität zu demonstrieren.