

## 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.

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 bis 2018. Ein so starker und schneller Anstieg der Zahl der Meldungen wird auf mehr Meldungen und nicht auf mehr aufgetretene Vorfälle zurückgeführt. Da eindeutig nachgewiesen wurde, dass Vorfälle in Krankenhäusern zu selten gemeldet werden, ist der Anstieg der Meldungen ein positives Zeichen. Sie spiegelt sowohl die Vereinfachung des Prozesses durch das Tool als auch die Zunahme der Sicherheitskultur wider. Seit 2019 hat sich die Zahl der Meldungen bei rund 5000/Jahr stabilisiert.

Die in diesem Bericht dargestellten Daten stammen aus dem institutionellen Informatik-Tool und geben einen Überblick über das Zwischenfallmanagement im Spital Wallis.

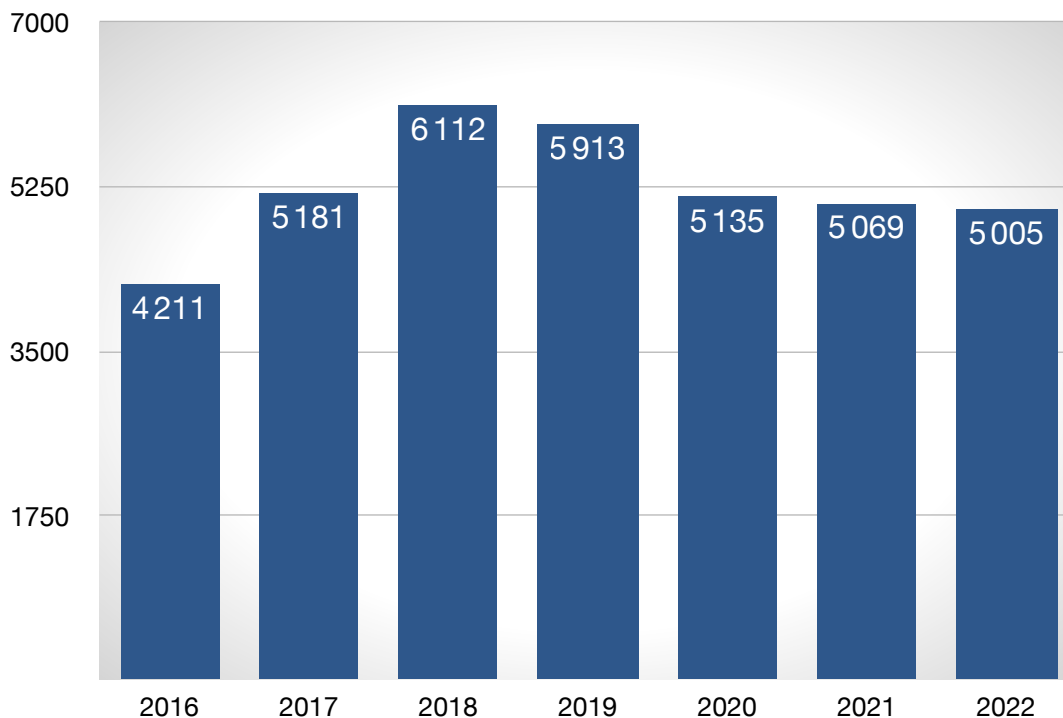
## 2. Meldung der Zwischenfälle

### Zahl der Meldungen

Im Jahr 2022 meldeten die Mitarbeiter des HVS 5004 Vorfälle, alle Schweregrade zusammengenommen. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der jährlich gemeldeten Vorfälle zwischen 2016 und 2022.

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

Anzahl der Zwischenfallmeldungen am Spital Wallis



Von 2016 bis 2018 war ein allmählicher Anstieg der Zwischenfallmeldungen zu verzeichnen, der auf eine Zunahme der Sicherheitskultur zurückgeführt wurde (siehe Erläuterungen in der Einleitung). Im Jahr 2018 schien der Anstieg nicht primär auf die Zunahme der Sicherheitskultur zurückzuführen zu sein, sondern auf einen deutlichen Anstieg der Meldungen in einer bestimmten Kategorie, die eine bestimmte Problematik widerspiegelte, die angegan-

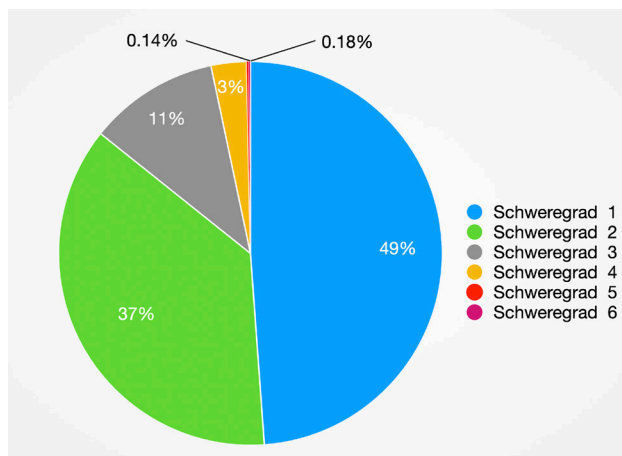
gen wurde (siehe Bericht Zwischenfallmanagement 2019). Seit 2019 ist kein Anstieg mehr zu verzeichnen und die Anzahl der Meldungen bleibt stabil. Auch wenn 5000 gemeldete Vorfälle nach einer grossen Zahl klingen mögen, ist es wichtig, genauer zu analysieren, um welche Art und Schwere von Vorfällen es 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



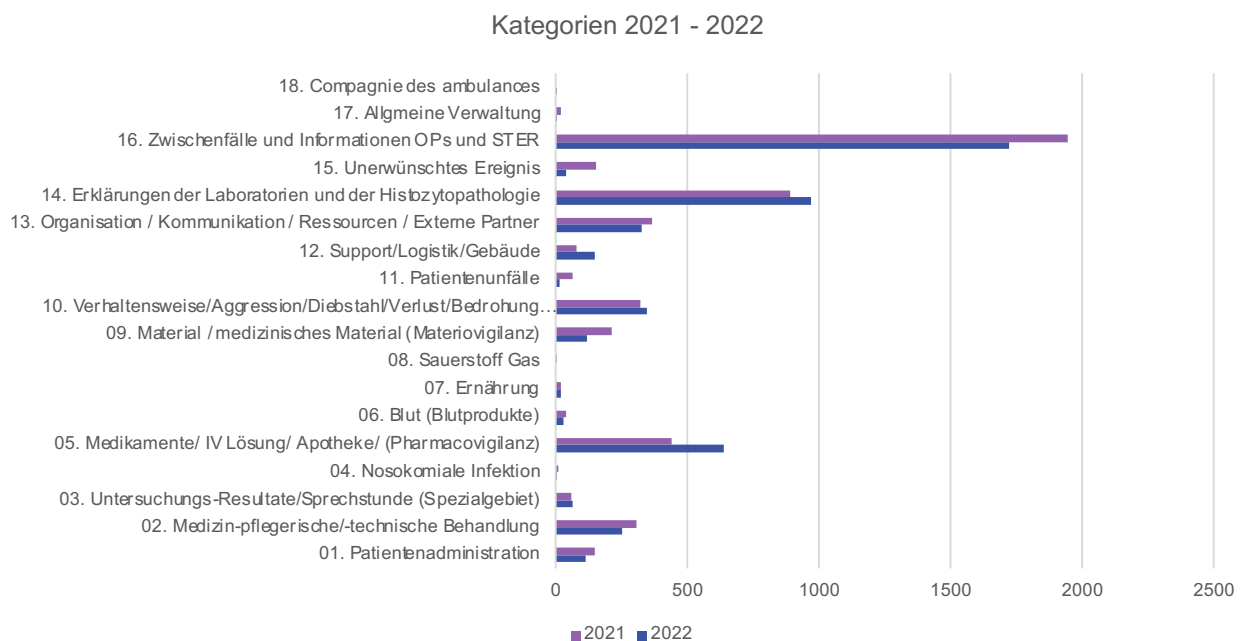
2022.

Die Gesamtzahl der im Jahr 2022 gemeldeten Vorfälle mag zwar hoch erscheinen, doch 86 % (4093) waren von geringem Schweregrad (Grad 1 oder 2). Die gemeldeten Vorfälle, die gesundheitliche Folgen für die Patienten hatten oder hätten haben können, machten nur 13 % (656) der Gesamtzahl der Zwischenfälle (5004) aus. Im Jahr 2022 wurden zehn Zwischenfälle des Schweregrades 6 gemeldet, die 0,18 % aller gemeldeten Vorfälle ausmachten. Es ist anzumerken, dass zwei dieser Meldungen denselben Vorfall betrafen. Diese 9 Vorfälle waren alle unerwünschte Ereignisse des Typs unerwarteter Todesfall und wurden im Rahmen des institutionellen Verfahrens gemeldet (Meldung jedes unerwarteten Todesfalls, auch ohne Verdacht auf eine unzureichende Behandlung). Es wurden keine vermeidbaren Ursachen festgestellt, aber manchmal wurden Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt, auch wenn sie nicht direkt mit dem Vorfall in Verbindung standen.

Viele Artikel in medizinischen Fachzeitschriften kommen zu dem Schluss, dass Vorfälle mit Folgen für die Gesundheit der Patienten wesentlich häufiger vorkommen, als sie gemeldet werden. Dies geschieht höchstwahrscheinlich, weil die Mitarbeiter befürchten, bestraft zu werden. Diese Unterberichterstattung in Spitälern ist allgemein verbreitet und das Spital Wallis ist wahrscheinlich keine Ausnahme. Aus diesem Grund wäre eine Zunahme der Meldungen dieser Art von Vorfällen ein positives Zeichen, das eine Zunahme der Sicherheitskultur innerhalb der Institution widerspiegelt. In den letzten Jahren hat das Spital Wallis mehrere Schritte unternommen, um das Bewusstsein für die Nützlichkeit des Zwischenfallmanagementprozesses zu schärfen. Es hat auch sichergestellt, dass ausserhalb von Situationen, die auf Fahrlässigkeit oder Böswilligkeit zurückzuführen sind, keine Sanktionen verhängt werden. Zwischen 2021 und 2022 ist nur ein geringer Anstieg des Anteils der Meldungen dieser Art von Zwischenfällen zu verzeichnen (11 % im Jahr 2021 und 14 % im Jahr 2022).

## Kategorien gemeldeter Vorfälle

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der gemeldeten Zwischenfälle in den verschiedenen Kategorien mit einem Vergleich zwischen den Jahren 2021 und 2022.



Auffällig ist die Dominanz der Kategorien 16 (Vorfälle und Informationen BOP vs. STER) und 14 (Meldungen von Laboratorien und Histozytopathologie). Diese beiden Kategorien zählen allein 2835 Vorfälle, d. h. mehr als die Hälfte aller im Jahr 2022 gemeldeten Zwischenfälle. In Bezug auf Kategorie 16 ist anzumerken, dass ein Teil der in dieser Kategorie gemeldeten Vorfälle in Wirklichkeit keine Vorfälle, sondern Informationen sind. Letztere belaufen sich auf 551. Insgesamt wurden in dieser Kategorie 1395 Vorfälle gemeldet, die meisten davon von der Zentralsterilisation. Was die Kategorie 14 betrifft, so sind es die Labors, die fast alle 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.

Die Entwicklung zwischen 2021 und 2022 ist durch einen Rückgang der Kategorie 15 (Unerwünschtes Ereignis) und einen Anstieg der Kategorie 5 (Arzneimittel/IV-Lösungen) gekennzeichnet. Da unerwünschte Ereignisse eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten beinhalten, sind sie in den Schweregraden 3, 5 und 6 enthalten. Nun gab es 2022 etwas mehr Vorfälle der Schweregrads 3 als 2021 (die Grade 5 und 6 blieben stabil), so dass es wahrscheinlich ist, dass Zwischenfälle mit Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten 2022 in einer anderen Kategorie als 15 (unerwünschtes Ereignis) gemeldet wurden. Der Anstieg der Zahl der in Kategorie 5 (Arzneimittel/IV-Lösungen) gemeldeten Vorfälle ist hingegen eine positive Entwicklung, da dies dem entspricht, was bereits gut belegt ist, nämlich, dass Arzneimittelvorfälle einen grossen Teil der Zwischenfälle in Spitälern ausmachen.

### 3. Analyse der Zwischenfälle

Das Ziel der Analyse eines Zwischenfalls ist es, Massnahmen zu identifizieren, die die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung des Vorfalls und/oder seiner Folgen verringern. Die Analyse erfolgt in zwei Phasen. Die erste Phase besteht aus einer schnellen Analyse, die von den an dem Vorfall beteiligten Teams durchgeführt wird. Die zweite Phase liegt in der Verantwortung einer Person oder eines Teams, die/das weniger direkt oder gar nicht beteiligt ist. Sie besteht aus der Beurteilung der bereits ergriffenen Massnahmen und der Einschätzung, ob weitere Massnahmen erforderlich sind. Wenn zusätzliche Massnahmen für notwendig erachtet werden und der Vorfall einen hohen Schweregrad (Grad 4 bis 6) hat, wird eine strukturierte Analyse durchgeführt. In der zweiten Phase wird auch entschieden, ob innerhalb des Spitalzentrums eine breitere Information über den Zwischenfall erfolgen soll.

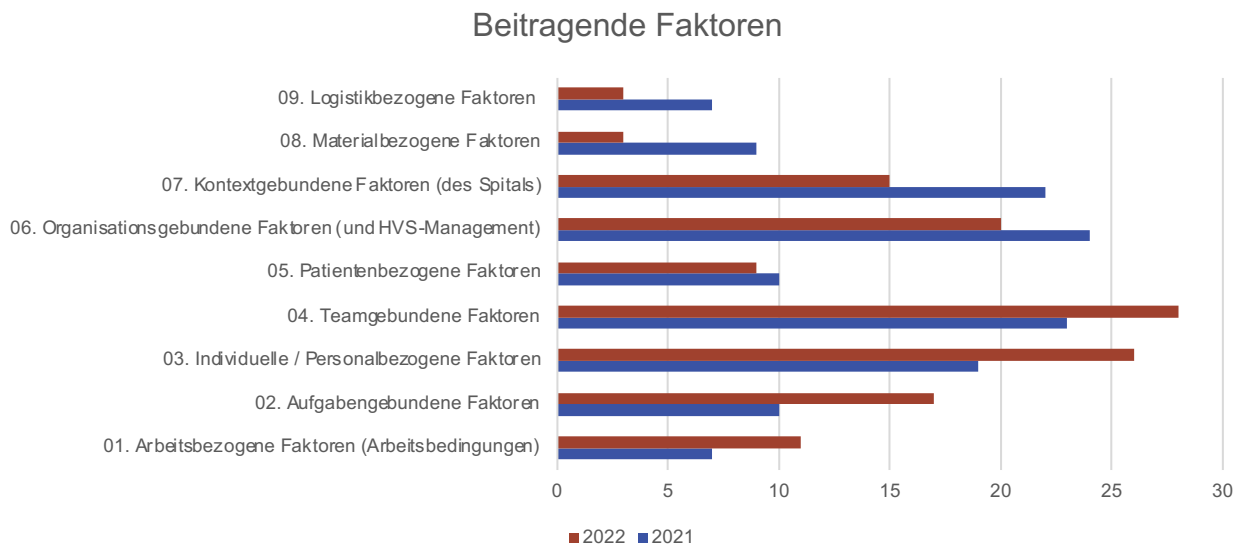
Im Jahr 2022 wurden 130 Zwischenfälle einer strukturierten Analyse unterzogen (zur Erinnerung: 97% der gemeldeten Vorfälle sind von geringem Schweregrad und werden nicht in dieser Art analysiert).

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 Pflegesicherheit 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

Die folgende Tabelle vergleicht die im Jahr 2021 identifizierten beitragenden Faktoren mit den im Jahr 2022 identifizierten.



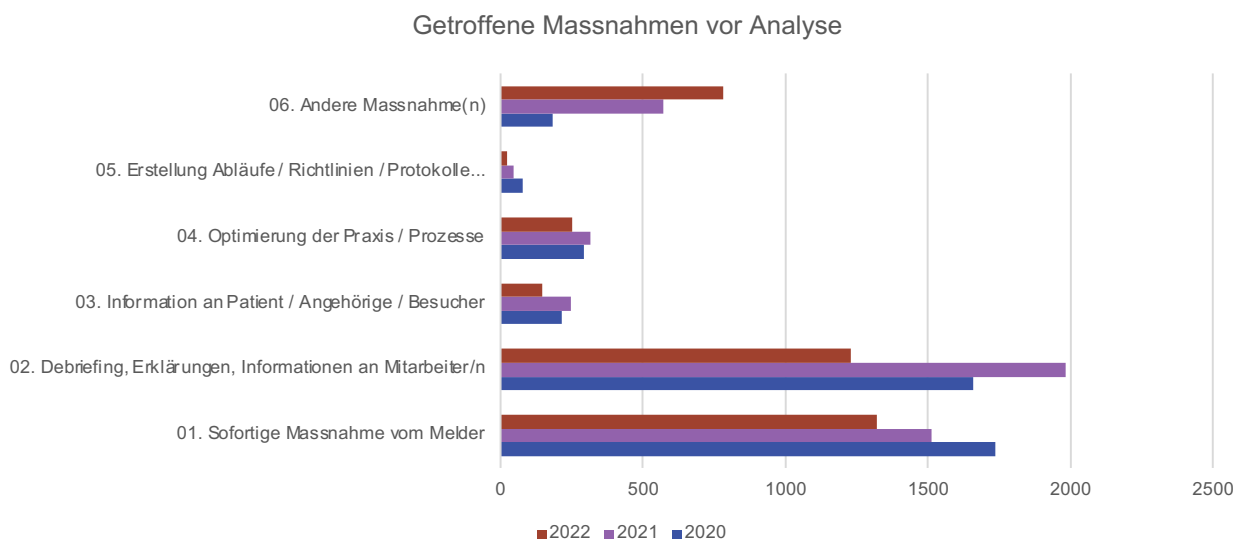
Vergleicht man das Jahr 2022 mit dem Jahr 2021, so zeigt sich ein Anstieg der Identifizierung der beitragenden Faktoren 1 bis 4 und ein Rückgang der Faktoren 5 bis 9. Es lässt sich nicht feststellen, ob diese Unterschiede bei der

Identifizierung der beitragenden Faktoren auf eine Weiterentwicklung der Analysetechniken oder auf die Arten der analysierten Vorfälle zurückzuführen sind.

## 4. Verbesserungsmaßnahmen

Einige Verbesserungsmaßnahmen werden vor der detaillierten Analyse des Vorfalls (d. h. vor der in Abschnitt III beschriebenen zweiten Phase) umgesetzt: Die folgende

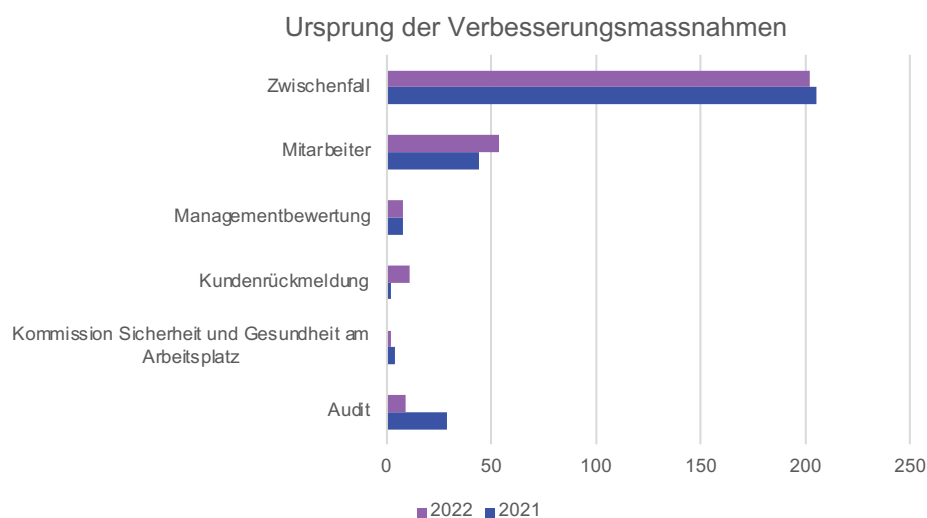
Tabelle zeigt, wie sich die Kategorien dieser Verbesserungsmaßnahmen in den Jahren 2020 bis 2022 entwickeln.



Generell lässt sich feststellen, dass 2022 weniger derartige Verbesserungsmaßnahmen ergriffen wurden als 2021: 3750 bzw. 4675. Von diesen 3750 Massnahmen wurden 2102 (56%) unmittelbar nach dem Zwischenfall (vor der Meldung) ergriffen, aber es gibt keine Angaben zur Art dieser Massnahmen (Kategorie 1 und 6). Die restlichen Massnahmen in der obigen Tabelle (44% bzw. 1648 Verbesserungsmaßnahmen) wurden nach der Meldung des Vorfalls, aber vor der Analyse ergriffen. Zwischen 2020 und 2022 ist ein stärkerer Rückgang der Verbesserungsmaßnahmen der Kategorien 2 und 5 zu verzeichnen, was jedoch nicht mit einem Rückgang der Versorgungssicherheit zusammenhängt. Dies da diese Arten von Massnahmen als wenig wirksam bei der Verringerung der Wahrscheinlichkeit eines Vorfalls angesehen werden. Es müssen noch

weitere Anstrengungen unternommen werden, um die Massnahmen der Kategorie 4 zu fördern, da die als wirksamste Kategorie anerkannt wird.

Die übrigen Verbesserungsmaßnahmen werden in Rahmen einer Analyse eines Zwischenfalls in einem zweiten Schritt (zweite Phase der Analyse, beschrieben unter Punkt III) festgelegt. Auch besteht die Möglichkeit das Mitarbeiter ein spontaner Verbesserungsvorschlag definieren, ohne direkter Zusammenhang mit einem Zwischenfall oder können Verbesserungsvorschläge aus einem anderen Kontext entstehen wie zum Beispiel: Audit, Management-Review, Überwachung von Indikatoren, Patientenvorschlag. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Massnahmen dieser verschiedenen Ursprünge für die Jahre 2021 und 2022.



Zwischen 2021 und 2022 gab es keine signifikanten Veränderungen in Bezug auf die Anzahl und den Ursprung der Verbesserungsmaßnahmen, abgesehen von der Anzahl der Verbesserungsmaßnahmen nach Audits.

Im Jahr 2022 wurden 202 Verbesserungsmaßnahmen als Ergebnis einer strukturierten Analyse vorgeschlagen. Diese Zahl scheint im Vergleich zur Gesamtzahl der gemeldeten Zwischenfälle niedrig zu sein, doch 97 % der gemeldeten Vorfälle sind von geringem Schweregrad und werden nicht strukturiert analysiert. Insgesamt wurden diese 202

Massnahmen nach strukturierter Analyse plus die 3750 Massnahmen, die bereits vor der Analysephase ergriffen wurden, d. h. insgesamt, 3952 Verbesserungsmaßnahmen in Folge eines Zwischenfalls verzeichnet. Die Differenz zwischen dieser Gesamtzahl und der Gesamtzahl der gemeldeten Zwischenfälle erklärt sich zum einen dadurch, dass nicht alle Analysen zu Verbesserungsmaßnahmen führen, und zum anderen dadurch, dass einige gemeldete Vorfälle als unwichtig eingestuft werden (Bagatellvorfälle) und nicht Gegenstand einer Analyse sind.

## 5. Schlussfolgerung

Die Anzahl der Zwischenfallmeldungen im Jahr 2022 ist mit der Anzahl der Meldungen in den Jahren 2019 bis 2021 vergleichbar. Der fehlende Anstieg der Meldungen in den letzten Jahren steht im Gegensatz zu der Entwicklung zwischen 2015 und 2018 (jedes Jahr etwa 1000 Meldungen mehr).

Zahlreiche medizinische Artikel haben gezeigt, dass es in Krankenhäusern eine Untermeldung von Vorfällen gibt, insbesondere von 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 Zwischenfälle nicht gemeldet und Chancen für Verbesserungen verpasst. Damit Mitarbeiter Vorfälle (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 die Sicherheitskultur vor.

Zum aktuellen Zeitpunkt würde ein allmählicher Anstieg der Zwischenfallmeldungen in unsere Institution die Zunahme der Sicherheitskultur widerspiegeln und nicht eine Zunahme der Anzahl der Vorfälle. Mehr noch als die Zunahme der Gesamtzahl der Meldungen würde eine Zunahme der Meldungen von Zwischenfällen, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Patienten hatten, eine Zunahme der Qualitätskultur bedeuten. Die Gründe dafür, dass die Anzahl der gemeldeten Vorfälle im Spital Wallis in den letzten Jahren stagniert, sind unklar. Es könnte sein, dass das Vertrauen in den Prozess des Zwischenfallmanagements schwindet oder dass die Sichtbarkeit der Verbesserung der Patientensicherheit nicht ausreichend ist. Es ist auch wahrscheinlich, dass die Arbeitsbelastung in einigen Bereichen aufgrund von Personalmangel die Zeit verringert, die zur Verfügung

steht, um sich am Prozess des Zwischenfallmanagements zu beteiligen. Das Spital Wallis plant, im Herbst 2023 erneut eine interne Umfrage zur Sicherheitskultur durchzuführen: Die Antworten der Mitarbeiter werden vielleicht Erklärungsansätze liefern. In der Zwischenzeit bemüht sich das Spital Wallis weiterhin um die Entwicklung der Sicherheitskultur, indem es versucht, Vertrauen in den Prozess des Zwischenfallmanagements zu schaffen und seinen wichtigen Beitrag zur Qualität der Pflege zu demonstrieren.