

## Management der spitalmedizinischen Zwischenfälle

Eine medizinische Intervention oder Verordnung ist immer mit einem gewissen Risiko verbunden. In den meisten Fällen sind diese Risiken berechenbar, aber im Rahmen der Pflege können unerwartete und unerwünschte Komplikationen auftreten. Diese Komplikationen gelten als medizinisch-klinische Zwischenfälle.

Das Ziel des Managements der Zwischenfälle besteht in der Identifizierung von Schwachstellen im Sicherheitssystem der Pflegeorganisation und deren Behebung, damit im Rahmen des Möglichen ähnliche Zwischenfälle verhindert werden können. In der Praxis wird ein festgestellter Zwischenfall gemeldet und anschliessend analysiert, um dessen Ursachen zu bestimmen. Wenn die Ursachen vermeidbar sind, werden Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt.

Die vom Spital benutzte Software ermöglicht einen Überblick über die Zwischenfälle und deren Bearbeitung, aber auch eine detailliertere Ansicht zum Beispiel auf der Ebene der Zentren, der Standorte oder der Abteilungen. Mit der Software können ebenfalls die Verbesserungsmaßnahmen, die anlässlich einer Zwischenfallanalyse definiert worden sind, überwacht werden.

### Definition eines Zwischenfalls

Artikel 43 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Wallis aus dem Jahr 2008 enthält eine Definition der Zwischenfälle und deren Schweregrad. Er unterscheidet zwischen

einfachen und schweren Zwischenfällen.

Die einfachen Zwischenfälle umfassen jedes Ereignis, jede Tätigkeit, jedes Verhalten und jede Panne, die:

- den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit hätten verursachen können;
- ihr eine leichte oder vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit oder andere Unannehmlichkeiten verursacht haben;
- die gute Erteilung der Pflege oder den angemessenen Betrieb einer medizinischen Dienststelle beeinträchtigt haben.

Die schweren Zwischenfälle umfassen jedes Ereignis, jede Tätigkeit, jedes Verhalten und jede Panne, die:

- den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit verursacht haben.

Es ist sinnvoll, dieser Definition noch eine weitere hinzuzufügen: diejenige des unerwünschten Zwischenfalls. Der unerwünschte Zwischenfall ist ein Schaden, der dem Patienten aufgrund der pflegerisch-medizinischen Versorgung entsteht. Diese Art von Zwischenfall ist nicht unbedingt vermeidbar. Es kommt vor, dass der Gesundheitszustand des Patienten einen wichtigen ursächlichen Faktor darstellt.

Die Analyse von unerwünschten Zwischenfällen ist wichtig, um vermeidbare Ursachen aufzudecken und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. Damit kann vermieden werden, dass sich derselbe Zwischenfall nochmals ereignet. Aus diesem Grund behandelt das Managementsystem der Zwischenfälle des HVS ebenfalls die unerwünschten Zwischenfälle.

## Meldungen der Zwischenfälle

Insgesamt sind im Jahr 2017 im Spital Wallis 5181 Zwischenfälle verschiedenen Schweregrads gemeldet worden.

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

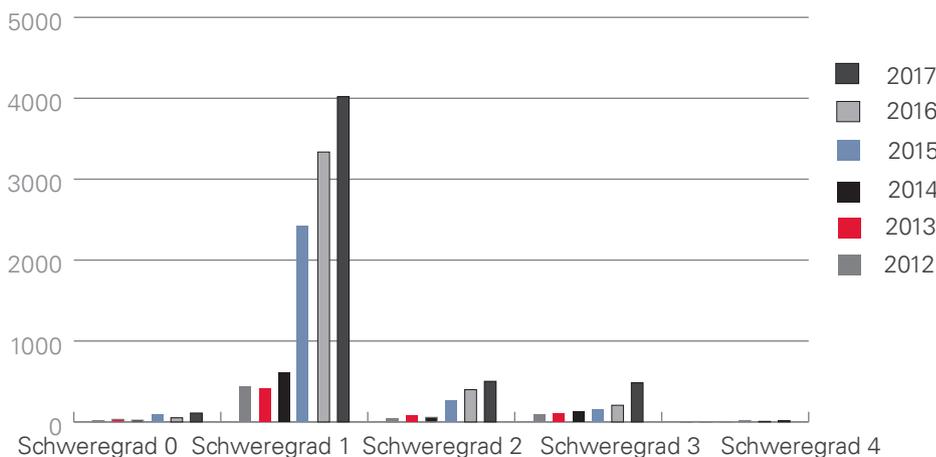
- Stufe 0 = harmlos
- Stufe 1 = hat die gute Erteilung der Pflege oder den angemessenen Betrieb einer medizinischen Dienststelle beeinträchtigt
- Stufe 2 = hätte den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit

verursachen können

- Stufe 3 = (hat) eine leichte und vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit einer Person oder andere Unannehmlichkeiten für sie (verursacht)
- Stufe 4 = (hat den) Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit (verursacht).

Die Stufen 3 und 4 bezeichnen entweder ein kausales Element (zum Beispiel einen Fehler) oder eine Folge (einen unerwünschten Zwischenfall), welche eine Analyse mit der Suche nach einer vermeidbaren Ursache erfordern.

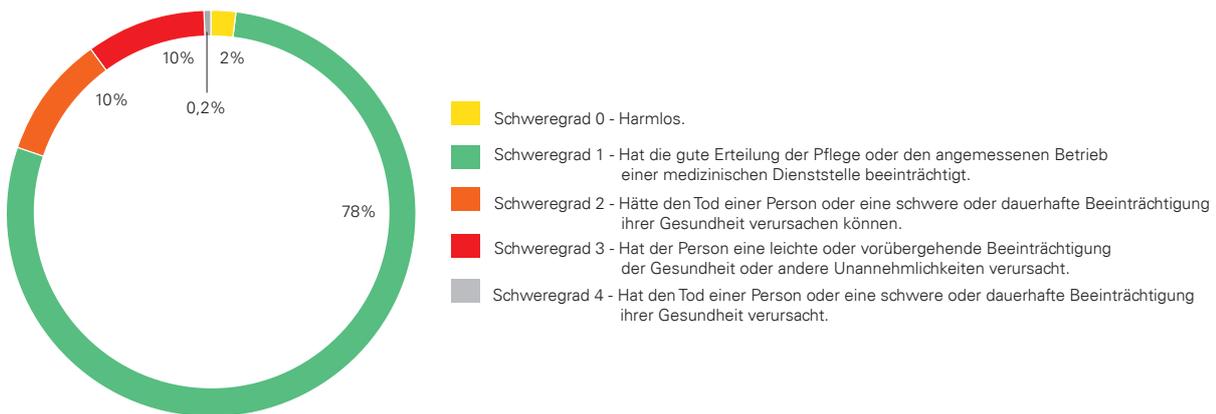
### Zahl der gemeldeten Zwischenfälle im Zusammenhang mit ihrem Schweregrad für den Zeitraum 2012 bis 2017



Zwischen 2016 und 2017 ist eine Zunahme der Zwischenfallmeldungen festzustellen, die allerdings etwas geringer ausfällt, als die Erhöhung zwischen 2015 und 2016. Sie ist auf eine bessere Kenntnis des Werkzeugs für das Management der Zwischenfälle und auf einen Fortschritt im Bereich der Sicherheitskultur zurückzuführen. Mit anderen Worten: es ist die Zahl der Meldungen, die zunimmt und nicht diejenige der Zwischenfälle. Es ist bekannt, dass die Zahl der Zwischenfallmeldungen mittleren bis hohen

Schweregrads gegenüber den Schätzungen der tatsächlichen Zwischenfälle relativ gering ist. In diesem Zusammenhang ist für das Jahr 2017 eine stärkere Zunahme der Zwischenfallmeldungen mit Schweregrad 3 zu erwähnen, was ein grösseres Vertrauen der Mitarbeitenden in den Managementprozess der Zwischenfälle, insbesondere in dessen Zweck der Verbesserung und nicht der Bestrafung, bedeutet.

### Verteilung der Schweregrad der gemeldeten Zwischenfälle im ganzen Spital Wallis für das Jahr 2017



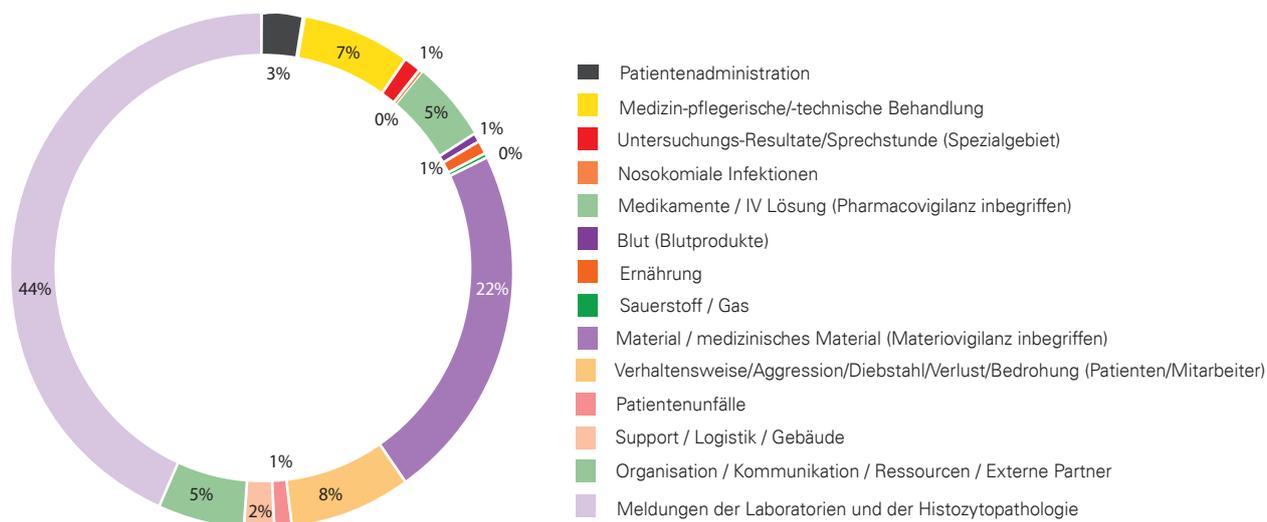
Die Stufen des Schweregrads in der oben stehenden Grafik entsprechen den von der Abteilung Qualität direkt nach der Meldung festgelegten Stufen. Diese Stufen können später bei der Analyse der Zwischenfälle (insbesondere für die Stufe 0: siehe Kommentar im Kapitel Analyse der Zwischenfälle) korrigiert werden.

Die überwiegende Mehrheit der gemeldeten Zwischenfälle betrifft einen geringen Schweregrad (Stufe 1).

Im Jahr 2017 sind zwölf Zwischenfälle der Stufe 4 gemeldet worden, was 0,2% sämtlicher gemeldeter Zwischenfälle entspricht. Diese Zwischenfälle waren unerwün-

schte Zwischenfälle (Beeinträchtigung der Gesundheit des Patienten im Verlauf der Hospitalisation). Sie sind alle detailliert analysiert worden und aufgrund von sechs Zwischenfällen sind Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt worden. Zwei dieser Zwischenfälle sind als potenziell vermeidbar eingeschätzt worden und einer dieser beiden hat zu einem Kolloquium Morbidität-Mortalität und zu einer breitgefächerten Kommunikation innerhalb der Institution geführt. Für die beiden anderen Zwischenfälle sind zum Zweck der Verbesserung entsprechende Massnahmen umgesetzt worden, obwohl sie die betreffenden Zwischenfälle nicht offensichtlich hätten vermeiden können.

### Bereiche, in denen Zwischenfälle vorkommen



Die meisten Meldungen stammen aus den Laboratorien des Zentralinstituts der Spitäler (ZIS). Diese Zwischenfälle werden im Rahmen der Akkreditierung der Laboratorien gemeldet und betreffen die Analysen (Präanalytik, Analytik, Postanalytik) sowie die Beziehungen zu den Subunternehmen und Lieferanten. Die Zwischenfallmeldung ist seit 2006 in die Leistungsprozesse des ZIS integriert und entspricht insbesondere den Anforderungen an die Akkreditierung der Laboratorien.

Gerätezwischenfälle (Kategorie 9) stellen einen wesentlichen Teil der gemeldeten Zwischenfälle dar. Insgesamt 86% der Zwischenfälle in dieser Kategorie betrafen Sterilisations- und OP-Ausrüstung. Einige dieser Meldungen werden als Materialovigilanz eingestuft und an SwissMedic gemeldet.

Im Bereich der Sterilisationsausrüstung und des Operationssaals (Inhalt der «Trays») wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um das Risiko von Zwischenfällen zu reduzieren:

- Tägliche Kontrolle aller als kritisch betrachteten Trays.

- Detailliertes Kontrollblatt zur Überwachung aller Phasen des Umlaufs dieser Trays (Waschen, Verpacken und Verpacken).
- Gezielte Kontrollen und Doppelprüfungen bestimmter Aufgaben.

Die Zwischenfälle in Bezug auf das Verhalten und die Aggressionen stellen ebenfalls einen wichtigen Teil der Meldungen dar. Im HVS haben wir keinen signifikanten Anstieg dieser Zwischenfälle festgestellt, aber zahlreiche Spitäler in der Schweiz sind immer mehr mit dieser Art von Zwischenfällen konfrontiert.

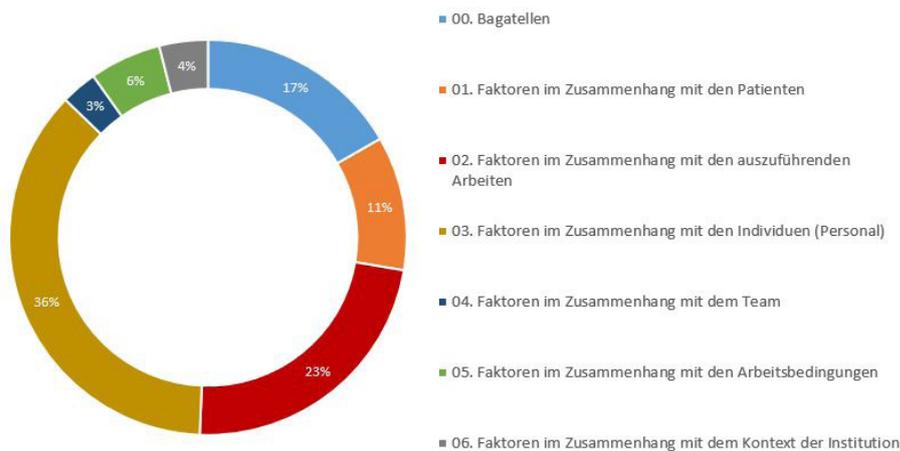
Es gibt keine Zwischenfälle in Bezug auf die nosokomialen Infektionen, denn der Nachweis und die Überwachung der nosokomialen Infektionen sind bereits in andere Überwachungssysteme integriert (systematische Massnahmen durch die Abteilung Infektionskrankheiten des ZIS – siehe [www.spitalvs.ch/berichte](http://www.spitalvs.ch/berichte) zum Bericht über die Indikatoren im Bereich der Infektionskrankheiten).

## Analyse der Zwischenfälle

Nach der Meldung eines Zwischenfalls erfolgt eine Analyse, um festzustellen, ob der Zwischenfall auf vermeidbaren Ursachen beruht. Eine erste Analyse findet rasch nach dem Zwischenfall statt, eine zweite Analyse erfolgt mit einem gewissen zeitlichen Abstand und mit einem strukturierteren Ansatz. Wenn die Analysen vermeidbare Ursachen ergeben, werden Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.

Von den 5181 gemeldeten Zwischenfällen sind 3551 analysiert worden. Nicht alle gemeldeten Zwischenfälle sind analysiert worden; von den 110 als harmlos (Stufe 0) eingestuftem Zwischenfällen ist dies nur bei wenigen der Fall und zahlreiche Zwischenfälle des Schweregrads 1 sind nicht analysiert worden.

**Bei den strukturierten Analysen wird nach ursächlichen Faktoren gesucht. Die unten stehende Grafik zeigt die wichtigsten dieser Faktoren**



Die Kategorie «Bagatellen» bedeutet, dass der Zwischenfall zum Zeitpunkt der Analyse als unbedeutend eingestuft worden ist. In der Mehrzahl dieser Zwischenfälle hat die Analyse nicht zu Verbesserungsmassnahmen geführt.

### Beschreibung der ursächlichen Faktoren

#### Faktoren im Zusammenhang mit den Patienten

Unter diesen Faktoren stellt der Gesundheitszustand des Patienten das wichtigste Element dar, da er die Pflegepraxis und deren Ergebnis direkt beeinflusst. Andere Elemente wie die Persönlichkeit, die Sprache und psychologische Probleme können ebenfalls Folgen haben, da sie sich auf die Kommunikation mit dem Personal auswirken können.

Beispiele: ein Patient bedroht das Pflegepersonal, ein

Sprachproblem.

### **Faktoren im Zusammenhang mit den auszuführenden Arbeiten**

Die Organisation der Arbeit, die Verfügbarkeit und die Zweckmässigkeit von Protokollen und Untersuchungsergebnissen können den Pflegeprozess beeinflussen und die Qualität der Versorgung beeinträchtigen.

Beispiele: präanalytische oder analytische Probleme, Nichtverfügbarkeit von Berichten oder Protokollen.

### **Faktoren im Zusammenhang mit den Individuen (Personal) = im Zusammenhang mit Mitarbeitenden**

Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrung jeder Fachperson beeinflussen nachweisbar die klinische Praxis.

Beispiele: Unaufmerksamkeit, Ungeschicktheit, Vergessen, ungenügende Ausbildung oder Kenntnisse einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters.

### **Faktoren im Zusammenhang mit dem Team**

Die Angestellten sind Teil eines Teams, das sich mit Patienten oder Leistungen in Bezug auf die Versorgung dieser Patienten befasst. Die Arbeit jedes Teammitglieds und deren Auswirkung auf den Patienten werden von den übrigen Personen des Teams, von der Qualität der Kommunikation und von der gegenseitigen Unterstützung beeinflusst.

Beispiele: ungenügende Kommunikation, schlechtes Arbeitsklima, schlechte Zusammenarbeit.

### **Faktoren im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen**

Sie beinhalten die physische Umgebung, die Verfügbarkeit der Einrichtungen und des Materials sowie Beleuchtung, Hitze, Unterbrüche und andere Elemente, welche die Aufmerksamkeit des Personals beeinträchtigen können.

Beispiele: ungeeignete Temperatur der Räume, Arbeitsüberlastung, ungeeignete Räume, begrenzter Zugang.

### **Faktoren im Zusammenhang mit der Organisation und der Führung der Institution**

Die Organisation selber ist betroffen durch den institutio-

nellen Kontext, insbesondere durch die finanziellen Einschränkungen und die externen Reglementierungsorganismen sowie im Allgemeinen durch das wirtschaftliche und politische Klima.

Beispiele: unklare/zweideutige Organisation, finanzielle Einschränkungen, unklare Richtlinien.

### **Faktoren im Zusammenhang mit dem Kontext der Institution**

Beispiele: reglementarische Einschränkungen, sich widersprechende Strategien, Finanzierungsprobleme. Diese Kategorie ist nicht bei der Analyse, sondern im Rahmen der Verbesserungsmassnahmen bestimmt worden (siehe Grafik im Kapitel Verbesserungsmassnahmen nach der strukturierten Analyse).

Die Analyse eines Zwischenfalls zeigt meistens mehrere ursächliche Faktoren auf.

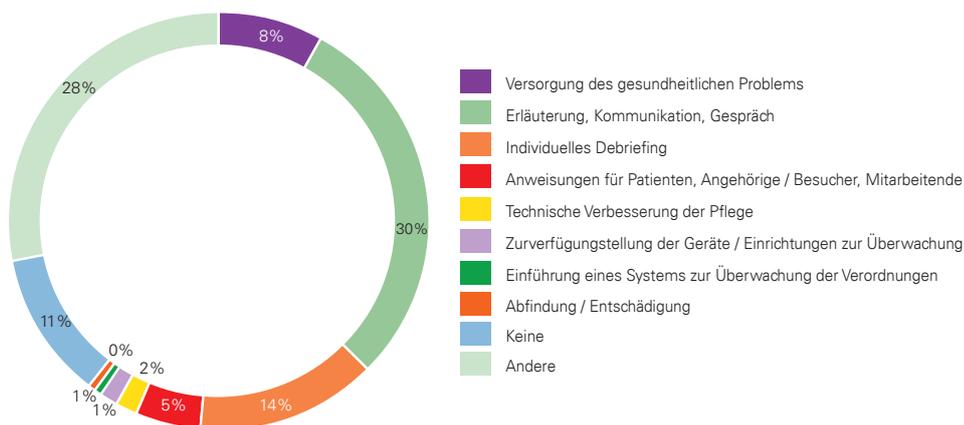
Aufgrund der Analysen hat sich gezeigt, dass der Mehrheit der Zwischenfälle Faktoren im Zusammenhang mit den Individuen (Mitarbeitende) zugrunde liegen: Unaufmerksamkeit, ungenügende Ausbildung oder Kenntnisse und/oder unvollständige Kommunikation. Dies bedeutet nicht, dass es sich dabei um die hauptsächliche Ursache des Zwischenfalls handelt, aber der Faktor hat zum Zwischenfall beigetragen. In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass ein wichtiger Teil der Zwischenfälle die Laboruntersuchungen betrifft (zum Beispiel: Etikettierung, Wahl der Röhren für die Entnahme, ...) und dass der grösste Teil der Zwischenfälle einen niedrigen Schweregrad aufweist (Stufe 1).

## Verbesserungsmassnahmen

Die Verbesserungsmassnahmen werden in zwei Gruppen eingeteilt: Massnahmen, welche nach der Meldung rasch umgesetzt werden können und solche, die erst zu einem späteren Zeitpunkt nach einer strukturierteren Analyse umgesetzt werden. Von den gemeldeten Vorfällen wurden 4592 Messungen schnell und 310 nach der strukturierten Analyse durchgeführt. Nicht alle Meldungen führen zu einer Analyse (siehe Bemerkung im Kapitel Analyse) und

nicht alle Analysen führen zu Verbesserungsmassnahmen (wenn keine offensichtliche Ursache feststeht). Zudem werden für denselben Zwischenfall oft mehrere Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.

### Art der Massnahmen, die rasch nach der Meldung (vor der strukturierten Analyse) umgesetzt worden sind.



Ein grosser Teil (30%) der Massnahmen besteht in Erläuterungen, Gesprächen oder Nachbesprechungen, was der Tatsache entspricht, dass der individuelle Faktor oft hervor gehoben ist.

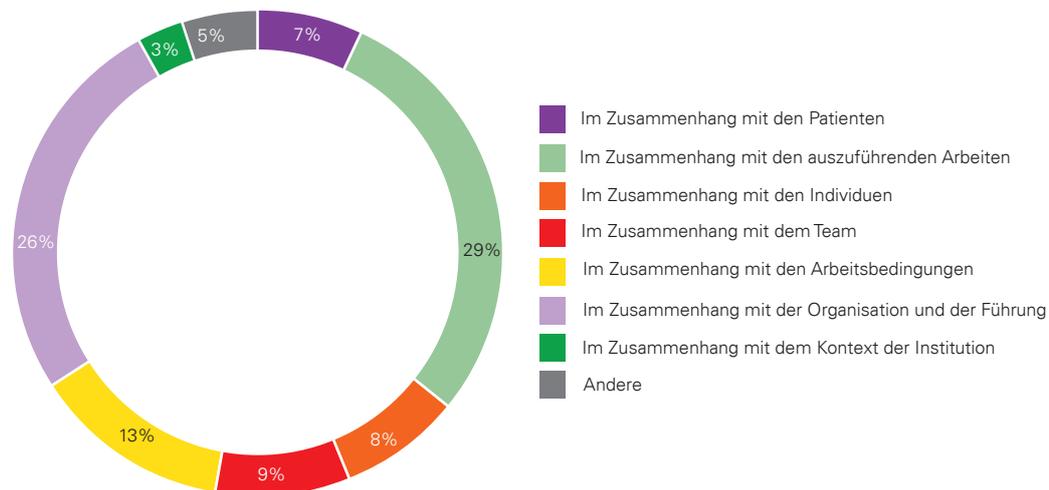
Die Kategorie «Versorgung des gesundheitlichen Problems» betrifft im Wesentlichen die Massnahmen, welche nach einem Zwischenfall, unabhängig vom Schweregrad, unverzüglich für den Patienten getroffen werden, wenn dieser in seiner Gesundheit betroffen ist.

In 11% der Fälle wurden vor der strukturierten Analyse keine Massnahmen ergriffen. Dies entspricht denjenigen

Fällen, bei denen die Gesundheit des Patienten nicht beeinträchtigt worden ist oder die unmittelbare Analyse keine vermeidbare Ursache aufgedeckt hat.

Ein bedeutender Teil der Massnahmen (28%) kann nicht in eine vordefinierte Kategorie eingeteilt werden. Eine detaillierte Untersuchung über die Art dieser Massnahmen ist nicht durchgeführt worden.

### Art der 310 Massnahmen, die nach einer strukturierten Analyse umgesetzt worden sind



Die Aufteilung der verschiedenen Arten der getroffenen Massnahmen nach der strukturierten Analyse entspricht nicht derjenigen der ursächlichen Faktoren, die bei dieser Analyse identifiziert worden sind (siehe Grafik der ursächlichen Faktoren im Kapitel Analyse).

Dies lässt sich durch die Tatsache erklären, dass die meisten Massnahmen bereits vor der strukturierten Analyse getroffen worden sind. Ein Beispiel: die vor der strukturierten Analyse getroffenen Massnahmen bestehen in 30% der Fälle in Erläuterung-Kommunikation-Gespräch, was

dem Faktor im Zusammenhang mit den Mitarbeitenden entspricht, der in 41% der Fälle durch die strukturierte Analyse identifiziert wird.

Die Verbesserungsmassnahmen, die nach der strukturierten Analyse ausgearbeitet werden, betreffen eher die auszuführenden Arbeiten und die Organisation (zum Beispiel: Redaktion von Protokollen, Klärung von Prozessen, Verfassen von Weisungen).

### Schlussfolgerung

Die Zahl der Zwischenfallmeldungen steigt innerhalb des HVS seit einigen Jahren an, und zwar parallel zur Verfügungstellung eines Informatikprogramms für das Zwischenfallmanagement (im Jahr 2015) und zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden. Wir schliessen daraus, dass es sich nicht um eine Zunahme der Zwischenfälle, sondern um eine Zunahme der Meldungen der Zwischenfälle handelt. Das ist ein positives Zeichen, denn es zeigt einen Fortschritt im Bereich der Sicherheitskultur auf.

Mit dem Programm für das Zwischenfallmanagement ist es möglich, nützliche Informationen über die Behandlung der Zwischenfälle zu erhalten. Es gibt einen Überblick über den Prozess des Zwischenfallmanagements und ermöglicht gezielte Interventionen in Bereichen mit vielen gemeldeten Zwischenfällen. Damit kann auch aufgezeigt werden, dass die Meldungen der Zwischenfälle effektiv zu Verbesserungsmassnahmen führen und dass diese in den meisten Fällen rasch nach dem Zwischenfall umgesetzt werden.