

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.

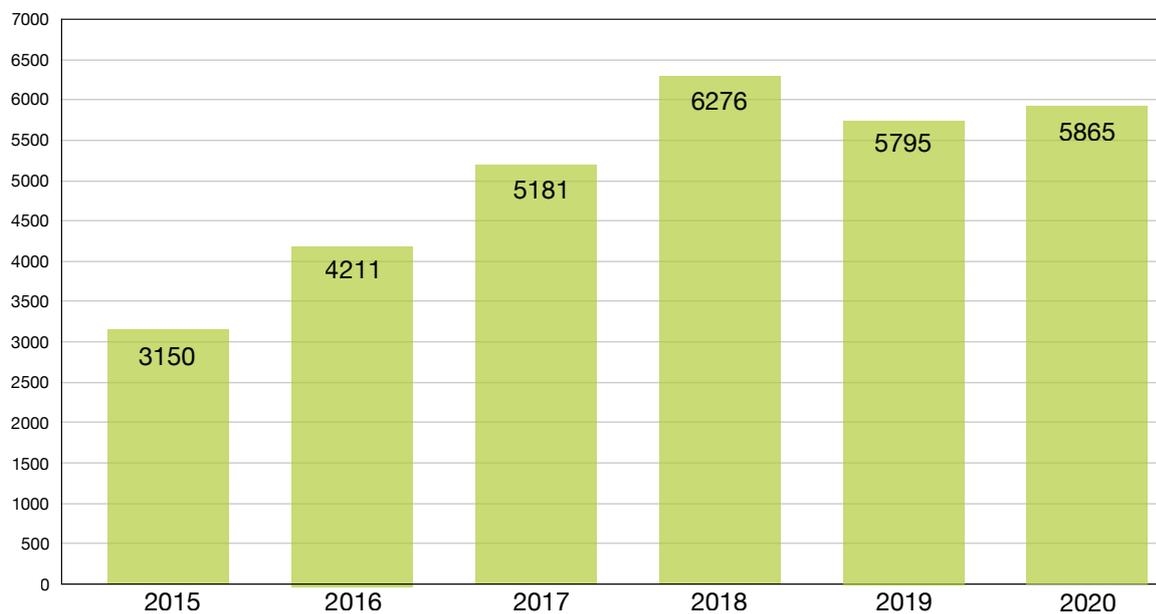
Seit 2015 benutzt das Spital Wallis für das Management der Zwischenfälle eine Software. Sie hat die Harmonisierung der Praxis der verschiedenen Zentren des HVS ermöglicht, die seit vielen Jahren unterschiedliche Verfahren anwendeten. Die Einführung dieses Instruments und eine gleichzeitig durchgeführte 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 2020 haben die Mitarbeitenden des HVS 5'865 Zwischenfälle in den verschiedenen Schweregraden gemeldet. Die folgende Tabelle zeigt die von 2015 bis 2020 jährlich gemeldeten Zwischenfälle.



Von 2015 bis 2018 ist eine schrittweise Zunahme der Zwischenfallmeldungen festzustellen. 2018 scheint die Zunahme nicht in erster Linie auf der Weiterentwicklung der Sicherheitskultur zu beruhen, sondern auf einer bedeutenden Erhöhung der Zahl der Meldungen in einer spezifischen Kategorie. Sie spiegelt damit eine präzise Problematik wider, die behandelt worden ist (siehe Bericht Management der Zwischenfälle von 2019). Ab 2019 stabilisiert sich die Zahl der Meldungen. Es ist möglich, dass die Sicherheitskultur nicht mehr weiterentwickelt wird, dass eine Demotivation in Zusammenhang mit einer als ungenügend erachteten Leistung des Prozesses (Qualität der Analysen und Effizienz der Verbesserungsmaßnahmen) stattfindet oder

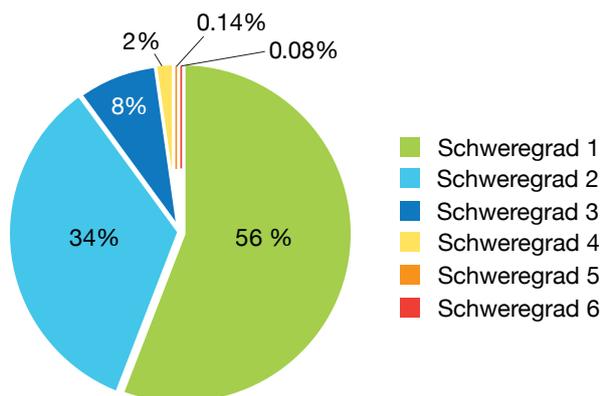
dass die Zahl der Meldungen 2020 aufgrund der Zunahme der Arbeitsbelastung gewisser Schlüsselabteilungen tiefer ausfällt (der Prozess des Managements der Zwischenfälle ist wichtig, aber auch zeitintensiv).

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 die Jahre 2019 und 2020.



Wie in den Vorjahren betrifft die überwiegende Mehrheit der gemeldeten Zwischenfälle einen geringen Schweregrad: 90 % der Zwischenfälle betreffen die Stufen 1 oder 2. Im Jahr 2020 sind fünf Zwischenfälle der Stufe 6 gemeldet worden, was 0.08 % sämtlicher gemeldeter Zwischenfälle entspricht. Dies waren unerwartete Todesfälle, jedoch ohne Verdacht auf ein Problem im Management. In einigen Fällen führten die Analysen zur Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen, die jedoch nicht direkt mit dem betreffenden Ereignis verbunden waren.

Kategorien gemeldeter Vorfälle

Es ist interessant, die Entwicklung der Kategorien von einem Jahr zum anderen zu vergleichen. Insbesondere wäre es interessant zu sehen, ob die Kategorie der unerwünschten Ereignisse häufiger verwendet wird. Dies würde zeigen, dass Mitarbeiter es wagen, Vorfälle zu melden, die Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten hatten, was auf eine positive Entwicklung der Sicherheitskultur zurückzuführen ist. Leider sind, auf Grund einer Konfigurationsänderung des Tools im Zusammenhang einer neuen Softwareversion im Jahr 2020, eine grosse Anzahl dieser Daten nicht auswertbar.

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.

Im Jahr 2020 hat die zweite Analyse bei 78 % der gemeldeten Zwischenfälle (4'583 Zwischenfälle) nicht zu einer vertieften Analyse geführt. Dies muss mit der Tatsache in Beziehung gesetzt werden, dass 90 % der Zwischenfälle einen geringen Schweregrad aufweisen. Bei 22 % der gemeldeten Zwischenfälle (1'282 Zwischenfälle) ist eine vertiefte Analyse durchgeführt worden. In Bezug auf 35 Zwischenfälle ist im Rahmen der zweiten Analyse eine erweiterte Information in Form einer Mitteilung an andere Abteilungen erfolgt.

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 Fak-

toren 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

Relevante Faktoren

Im Jahr 2020 sind aufgrund der vertieften Analysen folgende relevante Faktoren identifiziert worden:

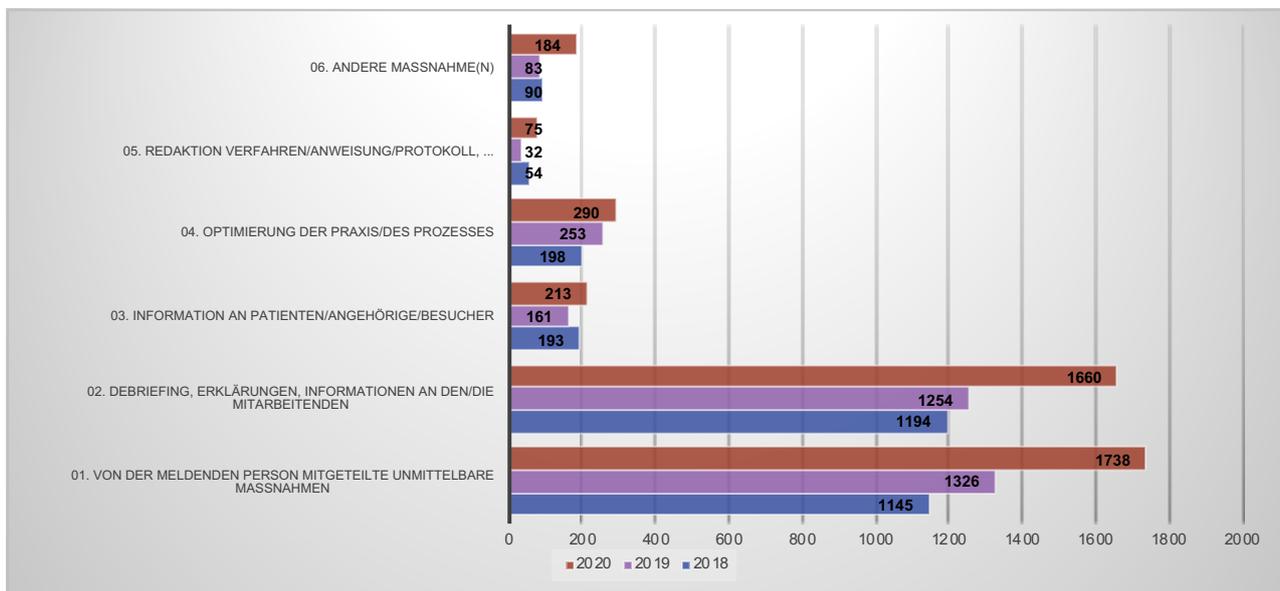
Es ist interessant, die Entwicklung der beitragenden Faktoren von einem Jahr zum anderen zu vergleichen. Insbesondere ist es interessant zu sehen, ob der Teamfaktor häufiger identifiziert wird, was ein Zeichen für die Reife des Analyseprozesses wäre, da die erste Tendenz darin besteht, nur den Mitarbeiterbezogenen Faktor beizubehalten. Leider sind, auf Grund einer Konfigurationsänderung des Tools im Zusammenhang einer neuen Softwareversion im Jahr 2020, eine grosse Anzahl der relevanten Faktoren nicht auswertbar.

4. Verbesserungsmassnahmen

Die Verbesserungsmassnahmen erfolgen nicht erst nach der Durchführung der Analyse. Oft werden sie direkt nach dem Zwischenfall umgesetzt. Zusätzlich zu diesen rasch getroffenen Massnahmen werden später nach einer strukturierten Analyse noch gewisse zusätzliche Massnahmen umgesetzt.

Massnahmen welche nach der Meldung und noch vor der Durchführung der Analyse umgesetzt wurden

Diese Massnahmen werden in vordefinierte Kategorien eingeteilt. Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Kategorien dieser Massnahmen für die Jahre 2018 bis 2020.



Im Allgemeinen ist festzustellen, dass im Jahr 2020 mehr Massnahmen unmittelbar nach dem Zwischenfall getroffen worden sind: 4'160 Massnahmen im Jahr 2020, 3'109 im Jahr 2019 und 2'874 im Jahr 2018.

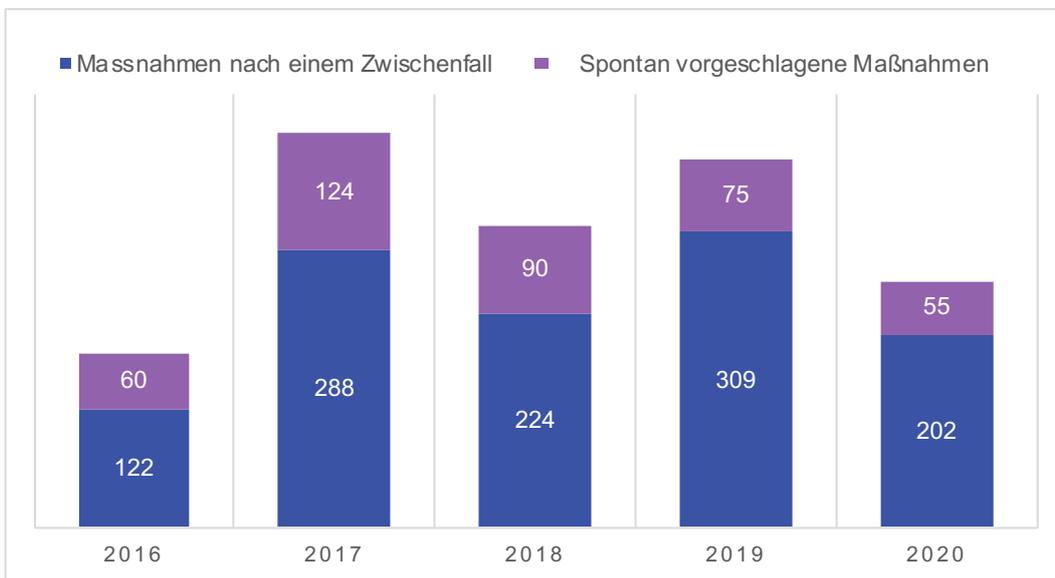
Von den 4160 Massnahmen wurden 1738 (42%) unmittelbar nach dem Vorfall umgesetzt, es gibt jedoch keine genaue Aussage über die Art dieser Massnahmen (Kategorie 6). Kategorie 1 gibt leider nicht viele Informationen. Die Kategorien 2 und 5 sind wichtig, gelten aber isoliert betrachtet als wenig effizient für eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit eines Zwischenfalls. Es müssen noch Anstrengungen unternommen werden, damit die Massnahmen

vermehrt in die Kategorie 4 einzuordnen sind. Allerdings muss daran erinnert werden, dass die hier beschriebenen Massnahmen diejenigen sind, welche unverzüglich getroffen werden. Es handelt sich also um die einfachsten und am schnellsten umzusetzenden Massnahmen.

Verbesserungsmassnahmen aufgrund von vertieften Analysen

Aufgrund der vertieften Analysen von Zwischenfällen sind im Jahr 2020 insgesamt 202 Verbesserungsmassnahmen vorgeschlagen worden. Zudem sind 55 Verbesserungsmassnahmen spontan von Mitarbeitenden vorgeschlagen worden, ohne einen direkten Zusammenhang mit einem Zwischenfall.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl Massnahmen die nach einer strukturierten Analyse definiert und umgesetzt wurden sowie die spontan vorgeschlagenen Verbesserungsmassnahmen von 2016 bis 2020.



Zwischen 2019 und 2020 ist die Anzahl Massnahmen, welche getroffen wurden vor gründlicher Analyse des Zwischenfalls, um 34% gestiegen. Die Anzahl Massnahmen,

die im Anschluss einer strukturierten Analyse definiert wurden sowie die spontan vorgeschlagenen Verbesserungsmassnahmen sind um 33% gesunken.

5. Schlussfolgerung

Das Management der Zwischenfälle stellt eine Vorgehensweise zur Verbesserung der Patientensicherheit dar. Es ist im Spital Wallis gut verankert. Die Zahl der gemeldeten Zwischenfälle bleibt im Jahr 2020 hoch. Sie ist zudem etwas höher als im Jahr 2019. Diese Zunahme ist jedoch weniger ausgeprägt als diejenige im Zeitraum von 2015 bis 2018. Diese geringere Zunahme wirft Fragen auf, denn die Erhöhung der Zahl der gemeldeten Zwischenfälle gilt als Zeichen der Weiterentwicklung der Sicherheitskultur. Es könnte also sein, dass die Sicherheitskultur im Spital Wallis langsamer fortschreitet. Es sind auch andere Erklärungen für die Stabilisierung der Zahl der Meldungen möglich wie zum Beispiel eine Unzufriedenheit betreffend die Leistung des Prozesses (Qualität der Analysen und Effizienz der Verbesserungsmassnahmen) oder die Priorisierung anderer Prozesse als des Managements der Zwischenfälle aufgrund der grossen Arbeitsbelastung in gewissen Abteilungen in Zusammenhang mit der Covid-Pandemie.

Im Jahr 2020 sind zum Beispiel folgende Massnahmen getroffen worden, um das Management der Zwischenfälle zu fördern und zu verbessern:

- eine Sensibilisierungskampagne betreffend das Management der Zwischenfälle
- die dauerhafte Einrichtung der Instanz für die Behandlung der schweren Zwischenfälle im Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis
- die bessere Überwachung der Verbesserungsmassnahmen dank des Einbezugs der Qualitätsabteilungen
- ein internes Audit zum gesamten Prozess des Managements der Zwischenfälle

Mit demselben Ziel werden im Jahr 2021 neue Initiativen umgesetzt:

- Zurverfügungstellung von Eckdaten für die Abteilungsleitungen, damit sie einen vollständigen Überblick über die in ihrer Abteilung gemeldeten und behandelten Zwischenfälle erhalten
- Erhöhung der Zahl der Kolloquien Morbidität-Mortalität, denen dieselbe Philosophie wie dem Management der Zwischenfälle zugrunde liegt
- Änderung der Parametrisierung der Software des Managements der Zwischenfälle, um die Analyse der Zwischenfälle zu erleichtern und den Prozess weniger zeitintensiv zu gestalten

Die Entwicklung der Zahl der Zwischenfallmeldungen zwischen 2020 und 2021 wird die Evaluation der Auswirkungen der oben beschriebenen Massnahmen ermöglichen. Die Analyse der Entwicklung der Zwischenfallkategorien, der Schweregrade und der ursächlichen Faktoren wird ebenfalls ein Mittel zur Evaluation des Fortschritts der Sicherheitskultur im Spital darstellen.