

## 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.

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.

Im Jahr 2015 hat das Spital Wallis (HVS) ein Informatikprogramm für das Management der Zwischenfälle eingesetzt. Parallel dazu ist das Personal des HVS für das Management der Zwischenfälle und die Kommunikation bei einem schwerwiegenden Zwischenfall geschult worden. Die 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 des HVS.

### 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, das heisst, er entsteht nicht notwendigerweise aus einem Fehler (der Gesundheitszustand des Patienten kann eine dominierende Rolle spielen).

Das Managementsystem der Zwischenfälle des Spital Wallis behandelt nicht nur die Zwischenfälle im Sinn des oben erwähnten Gesetzes, sondern auch die unerwünschten Zwischenfälle, damit diese auf eine allfällige vermeidbare Ursache hin analysiert werden, die nicht unmittelbar erkennbar ist.

## MELDUNG DER ZWISCHENFÄLLE

Insgesamt sind im Jahr 2015 im Spital Wallis 3150 Zwischenfälle verschiedenen Schweregrads gemeldet worden.

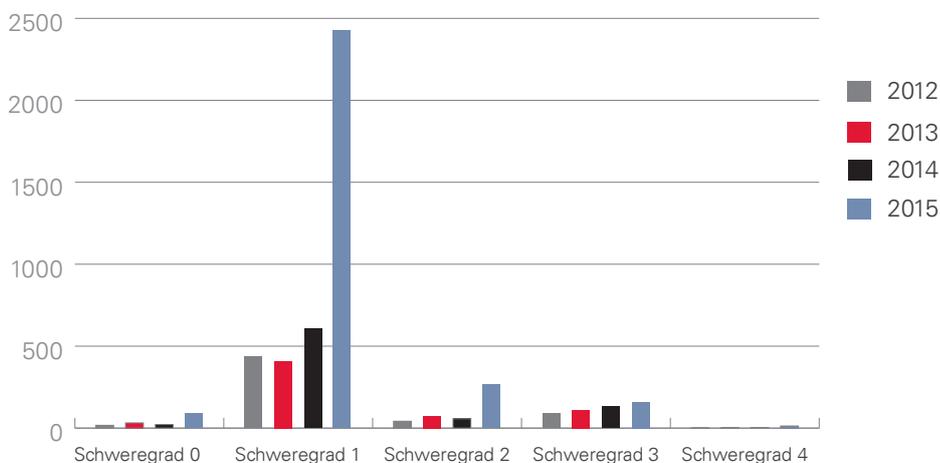
Für den Schweregrad der Zwischenfälle am HVS wird folgende Abstufung verwendet:

- 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.

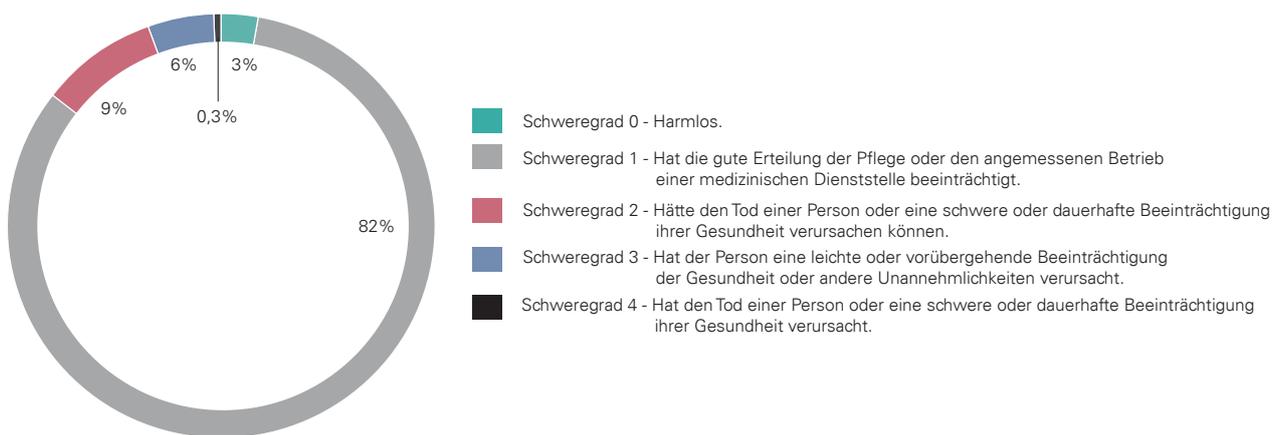
### Zahl der gemeldeten Zwischenfälle im Zusammenhang mit ihrem Schweregrad für den Zeitraum 2012 bis 2015



Im Jahr 2015 ist eine bedeutende Zunahme der Zahl der gemeldeten Zwischenfälle festzustellen. Sie ist auf die Einführung des neuen Managementprogramms der Zwischenfälle und auf die entsprechende Sensibilisie-

rung der Mitarbeitenden zurückzuführen. Es ist also die Zahl der Meldungen, die zunimmt, und nicht diejenige der Zwischenfälle.

### Verteilung der Schweregrad der gemeldeten Zwischenfälle im ganzen Spital Wallis für das Jahr 2015:

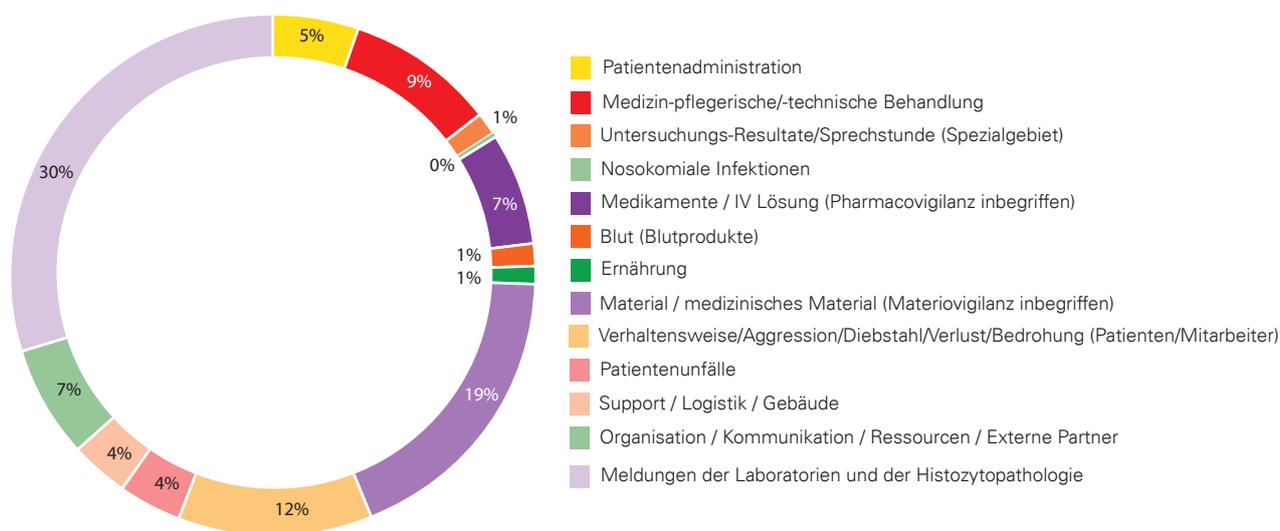


Die überwiegende Mehrheit der gemeldeten Zwischenfälle betrifft einen geringen Schweregrad (Stufe 1).

Im Jahr 2015 sind zehn Zwischenfälle der Stufe 4 gemeldet worden, was 0,3% sämtlicher gemeldeter Zwischenfälle entspricht. Bei diesen Zwischenfällen handelt es sich ausnahmslos um unerwünschte Zwischenfälle, für die nicht unmittelbar Anzeichen dafür bestehen, dass sie hätten vermieden werden können. Es ist also ein Schaden gemeldet worden, der dem Patienten entstanden ist, und nicht eine Ursache (ein Fehler oder eine Panne). Bei 9 dieser Zwischenfälle (in einem Fall ist der falsche Schweregrad

angegeben worden) haben die Analysen keine vermeidbaren Ursachen oder Pannen ergeben. Zwei dieser Vorfälle haben hingegen zu Verbesserungsmaßnahmen betreffend die Kommunikation zwischen den Teams geführt. 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.

### 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.

Die Zwischenfälle in Bezug auf die Medikamente stellen einen wichtigen Teil der im HVS gemeldeten Spitalzwischenfälle dar. Das überrascht nicht, denn diese Art von Zwischenfällen kommt in den Spitätern häufig vor.

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.

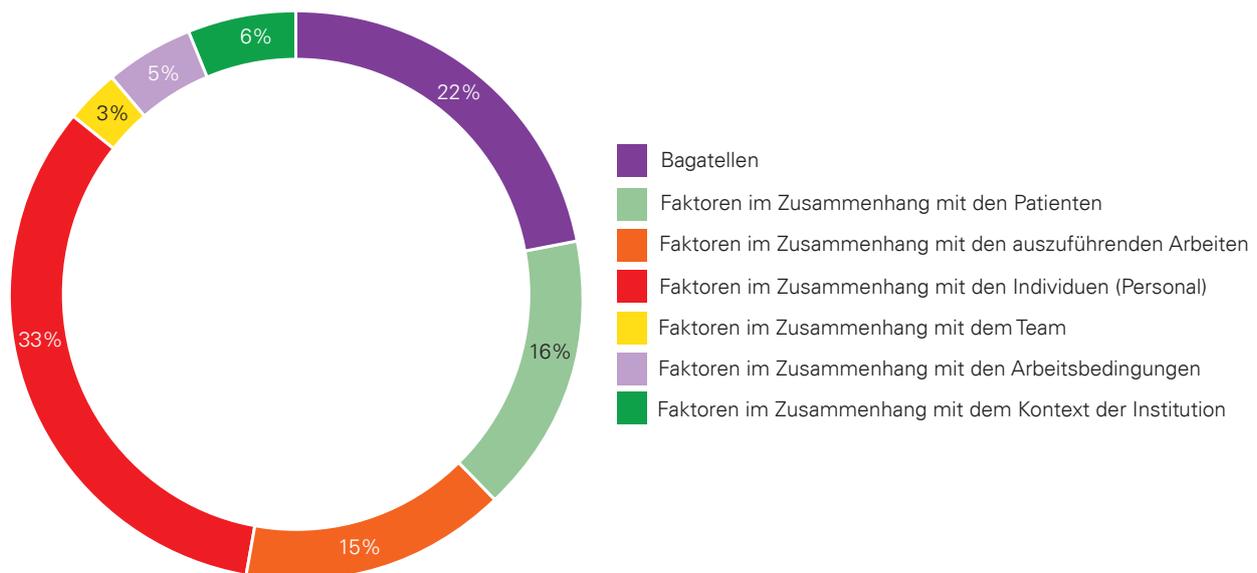
Es gibt wenige Zwischenfälle in Bezug auf die nosokomialen Infektionen, denn der Nachweis und die Überwachung der nosokomialen Infektionen sind bereits in andere Überwachungssysteme integriert (systematische Massnahmen durch die Abteilung Infektionskrankheiten des ZIS – siehe [www.spitalvs.ch/berichte](http://www.spitalvs.ch/berichte)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

## 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 3150 gemeldeten Zwischenfällen sind 2650 analysiert worden. Nicht alle gemeldeten Zwischenfälle sind analysiert worden; von den 586 als harmlos (Stufe 0) eingestuften Zwischenfällen ist dies nur bei wenigen der Fall. Von den Abteilungen sind ursprünglich nur 95 Zwischenfälle in der Stufe 0 gemeldet worden. Die übrigen 491 Zwischenfälle sind anlässlich der Analyse in dieser Stufe klassiert 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 und deshalb nicht im Detail analysiert worden ist.

### 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 institutionellen 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.

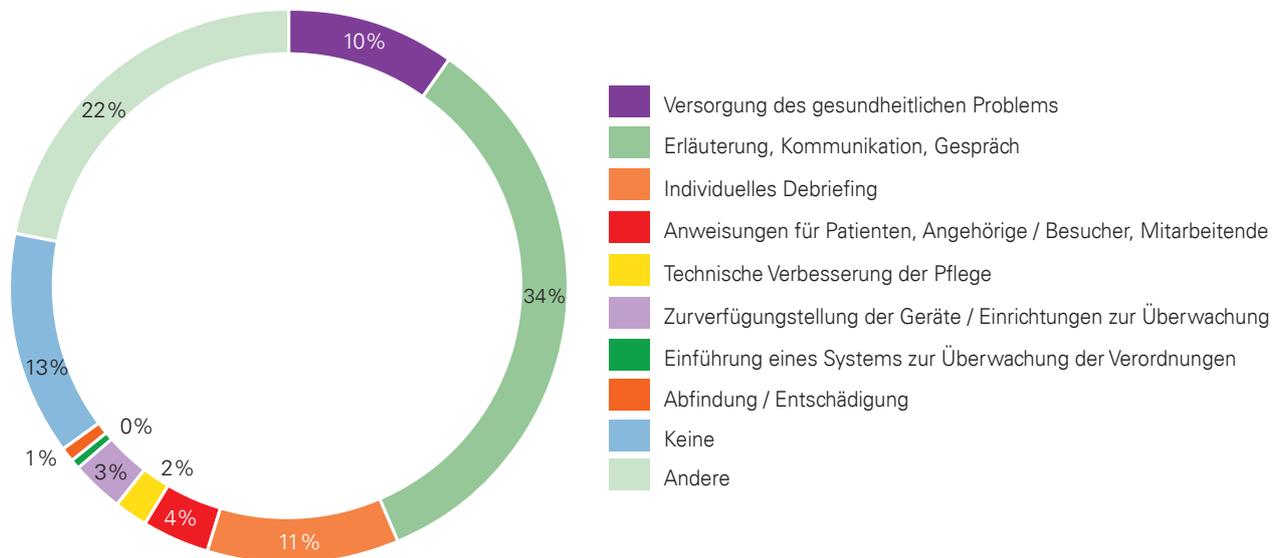
Aufgrund der Analysen hat sich gezeigt, dass der Mehrheit der Zwischenfälle Faktoren im Zusammenhang mit den Individuen (Mitarbeitende) zugrunde liegen: Unaufmerksamkeit, ungenügende Ausbildung oder Kenntnisse und/oder unvollständige Kommunikation. Dies bedeutet nicht, dass es sich dabei um die hauptsächliche 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. Aufgrund der Analyse von 2650 Zwischenfällen sind 2752 Massnahmen rasch und 535 nach einer strukturierten Analyse umgesetzt worden. Die Zahl der Verbesserungsmassnahmen ist höher als die

Zahl der analysierten Zwischenfälle, da für einen einzigen Zwischenfall oft mehrere Verbesserungsmassnahmen umzusetzen sind.

**Die unten stehende Grafik zeigt die Art der Massnahmen, die rasch nach der Meldung (vor der strukturierteren Analyse) umgesetzt worden sind.**



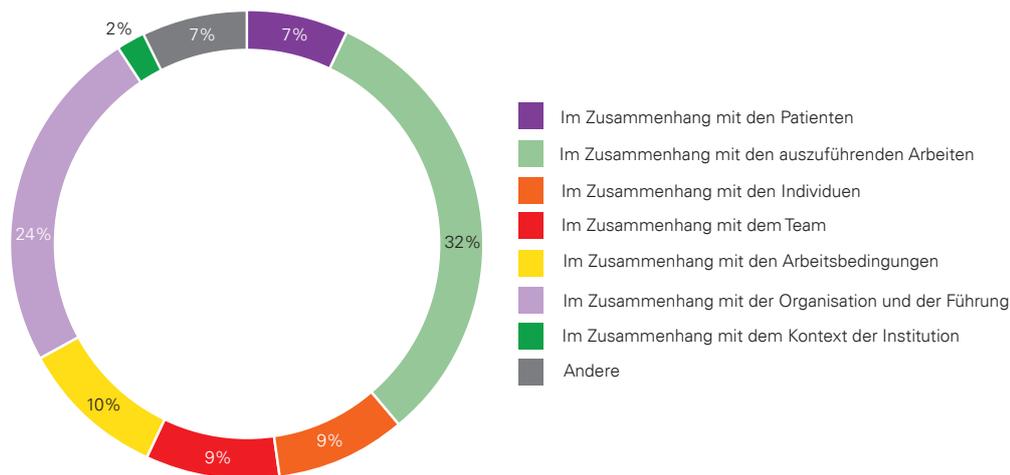
Ein grosser Teil der Massnahmen besteht in Erläuterungen, Gesprächen oder Nachbesprechungen, was der Tatsache entspricht, dass der individuelle Faktor oft hervorgehoben ist.

Die erste Analyse führt nicht immer zur Notwendigkeit/Möglichkeit der Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen: in 13% der Fälle ist vor der strukturierteren Analyse keine Massnahme ergriffen worden.

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.

Ein bedeutender Teil der Massnahmen (22%) kann nicht in eine vordefinierte Kategorie eingeteilt werden. Eine detaillierte Untersuchung über die Art dieser Massnahmen ist nicht durchgeführt worden.

### Art der 535 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 34%

der Fälle in Erläuterung-Kommunikation-Gespräch, was dem Faktor im Zusammenhang mit den Mitarbeitenden entspricht, der in 33% 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).

## BEARBEITUNGSFRIST

Die Bearbeitungsfrist der Zwischenfälle wird definiert als Zeitraum zwischen der Meldung des Zwischenfalls und dessen strukturierter Analyse.

**Die unten stehende Tabelle zeigt den Median und den Durchschnitt der Frist.**

	Median	Durchschnitt
Bearbeitungsfrist der Zwischenfälle im Spital Wallis	12 Tage	31 Tage

Zwischen Median und Durchschnitt besteht ein grosser Unterschied, denn eine erhebliche Anzahl von Zwischenfällen wird erst längere Zeit nach ihrer Meldung einer strukturierter Analyse unterzogen.

(2752) vor der strukturierter Analyse getroffen wird und dass die Bearbeitungsfrist schlussendlich nur die zusätzlichen 535 Massnahmen betrifft, welche nach der strukturierter Analyse getroffen werden.

In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass der grösste Teil der Verbesserungsmaßnahmen

## SCHLUSSFOLGERUNG

2015 ist die Zahl der gemeldeten Zwischenfälle gegenüber den Vorjahren signifikant angestiegen. Dies ist auf den Einsatz der Software für das Management der Zwischenfälle und auf die Sensibilisierung der Mitarbeitenden zurückzuführen.

Mit der Software ist es möglich, ohne Umstände auf nützliche Informationen über die Behandlung der Zwischenfälle zuzugreifen. 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.

Die Zunahme der Meldungen und die Tatsache, dass sie effektiv zu Verbesserungsmassnahmen führen, bilden zusätzliche Gelegenheiten für Verbesserungen.

Abgesehen von den auf spezifische Zwischenfälle ausgerichteten Verbesserungsmassnahmen ermöglicht die Software auch die Identifizierung von Bereichen, in denen vermehrt Zwischenfälle gemeldet werden: es handelt sich insbesondere um die Bereiche «Verhalten / Aggression» und «Medikamente». So können spezifisch für diese Bereiche Initiativen entwickelt werden, wie zum Beispiel die Schulung für gewaltfreie Kommunikation in den besonders betroffenen Abteilungen oder Sicherheitsmassnahmen betreffend den Verlauf des Einsatzes von Medikamenten.

Eine formelle Evaluation des Programms für das Management der Zwischenfälle bei den Mitarbeitenden ist noch nicht erfolgt. Die spontanen Bemerkungen haben jedoch bereits mehrere Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt:

- die Sicherheitskultur entwickeln, denn die Kultur der Rüge ist immer noch weit verbreitet;
- die Benutzung der Software für das Management der Zwischenfälle vereinfachen und die strukturierte Analyse (Identifizierung der ursächlichen Faktoren) nur bei schweren Zwischenfällen durchführen, da sie komplex ist und viel Zeit beansprucht;
- innerhalb der Institution besser über die Zwischenfälle informieren, die mehrere Abteilungen betreffen könnten;
- die Verbesserungsvorschläge nachverfolgen, da das Beschreiben einer Verbesserungsmassnahme mit einer Umsetzungsfrist noch nicht bedeutet, dass sie auch wirklich realisiert wird.

Die Generaldirektion des HVS hat für 2017 eine Aktualisierung der Software für das Management der Zwischenfälle genehmigt. Bei dieser Gelegenheit können die Prozesse in Berücksichtigung der oben erwähnten Punkte angepasst werden.