

CIRS Survey II, 2021

Zweite Umfrage über die Critical Incidents Reporting Systems (CIRS) der Walliser Spitäler und Kliniken



**Bericht der Kantonalen beratenden
Kommission für Patientensicherheit und
Versorgungsqualität (KPSVQ)**

September 2022

Der vorliegende Bericht richtet sich an das Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) des Kantons Wallis, an die Mitglieder der erweiterten KPSVQ und an die Spitäler und Kliniken, die an der Survey teilgenommen haben.

Impressum

© KPSVQ, September 2022

Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Angabe der Quelle gestattet.

Verfassung und Analyse: Julien Sansonnens, Sekretär der KPSVQ, mit der Unterstützung von Anthony Staines, Vizepräsident der KPSVQ, Prof. Christoph Gehlach, Kommissionspräsident, und Prof. Arnaud Chiolero, Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO). Die Mitglieder der KPSVQ haben den Bericht vor seiner Verbreitung gelesen und genehmigt.

Zitierhinweis: Sansonnens, J., Kantonale beratende Kommission für Patientensicherheit und Versorgungsqualität (KPSVQ). Zweite Umfrage über die Critical Incidents Reporting Systems (CIRS) der Walliser Spitäler und Kliniken. Sitten, September 2022.

Verfügbar unter: Kanton Wallis: <https://www.vs.ch/de/web/ssp/kommissionen-rat>

Originalsprache: Französisch

Der Lesefreundlichkeit halber wird in diesem Bericht zur Bezeichnung von Personen, Funktionen und Ämtern jeweils die männliche Form verwendet – Frauen sind aber immer mitgemeint.



Zusammenfassung

Hintergrund

Die KPSVQ hat bei den Spitälern und Kliniken (nachstehend: Krankenhäuser) im Kanton Wallis eine Umfrage durchgeführt, um deren Methoden und Instrumente zur Handhabung spitalmedizinischer Zwischenfälle zu erfassen. 2016 war bei denselben Krankenhäusern bereits eine erste Umfrage zur Politik und zu den Praktiken des Zwischenfallmanagements von 2015 durchgeführt worden.

Methode

Die Umfrage wurde im Oktober/November 2021 bei neun Krankenhäusern für Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation im Kanton Wallis durchgeführt. Sie bezog sich auf die Politik und die Praktiken des Zwischenfallmanagements, die zwischen dem 01.01.2021 und dem 01.11.2021 galten. Der online auszufüllende Fragebogen bestand aus 30 geschlossenen und eine offene Fragen. Für die meisten gab es die Antwortmöglichkeiten «Ja / Nein / Vorgesehen für das Jahr 2022» (Anhang 1). Es waren alle Fragen zu beantworten.

Ergebnisse

Alle neun Krankenhäuser haben fristgerecht geantwortet. Im Vergleich zur ersten Umfrage lässt sich eine deutliche Entwicklung bei der Implementierung und Konzipierung der CIRS sowie beim Management kritischer Zwischenfälle feststellen. Die gesetzliche Anforderung, über ein System zur Meldung und Handhabung von Zwischenfällen (CIRS: Critical Incidents Reporting System) zu verfügen, wird also von allen Krankenhäusern erfüllt. Die KPSVQ stellt fest, dass die meisten Krankenhäuser Praktiken zum Zwischenfallmanagement eingeführt haben und sich an die Empfehlungen von Best Practices halten. Nichtsdestotrotz sollten einige Punkte im Zusammenhang mit dem Zwischenfallmanagement verbessert werden.

Empfehlungen

Zur Erinnerung: 2017 hatte das Departement für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK) den Krankenhäusern im Kanton Wallis gestützt auf die Ergebnisse aus der ersten CIRS Survey sechs Empfehlungen abgegeben. 2021 sind vier dieser Empfehlungen erst teilweise umgesetzt. Die KPSVQ schlägt daher vor, sie zu wiederholen. Ausserdem gibt die KPSVQ gestützt auf die Ergebnisse des Jahres 2021 vier zusätzliche Empfehlungen ab. Die KPSVQ bittet das DGSK also, den Krankenhäusern im Kanton Wallis folgende acht Empfehlungen abzugeben:

Nr.	Empfehlungen der KPSVQ
2017 abgegebene und wiederholte Empfehlungen	
1	Sicherstellen, dass für die systemische Analyse der Zwischenfälle entsprechend geschulte Mitarbeitende verfügbar sind.
2	Sicherstellen, dass der Patient bei jedem unerwünschten Ereignis, dessen Folgen mehr als bloss eine einfache Surveillance des Patienten erfordern, informiert wird.
3	Die Tätigkeit zur Meldung und Handhabung der Zwischenfälle vorsehen, identifizieren und finanzieren.
4	Die Direktion und der Verwaltungsrat informieren sich gegenseitig über die Herausforderungen der Qualität/Versorgungssicherheit, die unerwünschten Ereignisse und die Risiken. Diese Organe stellen sicher, dass diese Themen sachgemäss gehandhabt werden.
Neue Empfehlungen	
5	Alle höheren Kaderstellen und die Direktion für eine nicht-bestrafende Reaktion auf Fehler (Just-Culture) und für die Organisation der Unterstützung von Sekundäröpfern sensibilisieren beziehungsweise in diesem Bereich schulen.
6	Den Verwaltungsrat für seine Rolle im Bereich Versorgungsqualität und Patientensicherheit sensibilisieren beziehungsweise schulen.
7	Richtlinien festlegen, in denen präzisiert wird, wann Sanktionen infolge eines Zwischenfalls möglich sind und wann sie zu vermeiden sind.
8	Die Meldungen schwerer Zwischenfälle systematisch bearbeiten und daraufhin mithilfe einer rigorosen Methode wie dem <i>London Protocol</i> oder dem <i>AcciMap</i> -Ansatz analysieren.



Die KPSVQ steht dem DGSK zur Verfügung, um den Spitälern und Kliniken des Kantons Wallis diese Empfehlungen abzugeben und sicherzustellen, dass sie auch umgesetzt werden.



1. Hintergrund

Um die Methoden und Tools für das Management der spitalmedizinischen Zwischenfälle zu dokumentieren, hat die KPSVQ beschlossen, bei den Spitälern und Kliniken (nachstehend: Krankenhäuser) des Kantons Wallis eine erneute Umfrage durchzuführen. 2016 war bei denselben Krankenhäusern bereits eine erste Umfrage zur Politik und zu den Praktiken des Zwischenfallmanagements von 2015 durchgeführt worden (CIRS Survey 1¹). Mit dieser neuen Umfrage will sich die KPSVQ einen Überblick darüber verschaffen, wie die Krankenhäuser spitalmedizinische Zwischenfälle und Fehler handhaben. Die KPSVQ will auch herausfinden, wie sich der Bereich Zwischenfallmanagement innerhalb von sechs Jahren verändert und entwickelt hat.

Diese Umfrage stützt sich auf Artikel 44 des Gesundheitsgesetzes: «Jede Gesundheitsinstitution setzt ein Qualitätsmanagementsystem ein, das einen Prozess zur obligatorischen Meldung von Zwischenfällen und zu deren Handhabung enthält. Jeder Mitarbeiter einer Gesundheitsinstitution muss sich an das Verfahren zur Meldung und Handhabung von Zwischenfällen halten. Seine disziplinarische Immunität ist im Falle eines leichten Zwischenfalls garantiert. Die Gesundheitsinstitutionen informieren die Öffentlichkeit über ihr Qualitätssystem und die entsprechenden Indikatoren.»²

Die Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW) wurde im Juli 2021 über die Lancierung dieser Umfrage informiert.

2. Teilnehmende Krankenhäuser

Die Umfrage wurde bei den nachstehenden Krankenhäusern für Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation im Kanton Wallis durchgeführt:

Akutsomatik und Psychiatrie:

- o Spital Wallis
- o Spital Riviera-Chablais Waadt-Wallis
- o Clinique CIC Saxon
- o Clinique de Valère

Rehabilitation:

- o Berner Klinik Montana
- o Genfer Klinik Montana
- o Luzerner Höhenklinik Montana
- o Westschweizer Rehabilitationsklinik SuvaCare
- o Leukerbad Clinic (Rehazentrum Leukerbad)

Gemäss Artikel 44 Absatz 2 des Gesundheitsgesetzes war die Teilnahme an dieser Umfrage obligatorisch. Die Krankenhäuser hatten zum Ausfüllen des Fragebogens vier Wochen Zeit (vom 26. Oktober bis 26. November 2021). Insgesamt wurden neun Krankenhäuser zur Beantwortung des Fragebogens aufgefordert. Die Antworten aller neun Krankenhäuser gingen fristgerecht ein. Sie werden im vorliegenden Bericht dargelegt.

3. Form und Inhalt des Fragebogens

Der Fragebogen (Anhang 1) hat sich auf die Politik und die Praktiken zur Handhabung von Zwischenfällen, die vom 01.01.2021 bis zum 01.11.2021 galten, bezogen. Er bestand aus 30

¹ J. Sansonnens et al., Fragebogen – System zur Meldung und Handhabung von Zwischenfällen (CIRS), Ergebnisse und Kommentare, KPSVQ, 2. November 2016, Sitten. Verfügbar unter: <https://www.vs.ch/web/ssp/cspqs>

² Gesundheitsgesetz vom 12. März 2020, verfügbar unter: https://lex.vs.ch/app/de/texts_of_law/800.1.



geschlossenen und eine offene Fragen. Für die meisten gab es die Antwortmöglichkeiten «Ja / Nein / Vorgesehen für das Jahr 2022». Es waren alle Fragen zu beantworten. Bei jeder Frage gab es ein frei auszufüllendes Textfeld «Eventuelle Bemerkungen». Die Fragen wurden auf der Grundlage der international anerkannten Best Practices ausgearbeitet.

Die Fragen, deren Ergebnisse aus der CIRS Survey 1 von 2015 auf ein Verbesserungspotenzial hinwiesen, wurden in der folgenden Umfrage übernommen, um einen Vergleich nach sechs Jahren zu ermöglichen. Die Fragen aus der CIRS Survey 1 von 2015, deren Antworten für alle Krankenhäuser zufriedenstellend waren, die also den Empfehlungen der Best Practices entsprachen, wurden im Allgemeinen nicht mehr übernommen.

4. Fragebogenmanagement

Die Umfrage wurde via Internet, über eine gesicherte Online-Plattform, durchgeführt. Dabei wurde die Software «LimeSurvey» verwendet, ein anerkanntes und bewährtes Open-Source-Tool. Das Hosting war auf einem Server in der Schweiz und der Zugriff auf den Fragebogen erfolgte über das HTTPS-Protokoll, das eine Verschlüsselung der Daten zwischen dem Server und den Computern der teilnehmenden Krankenhäuser sicherstellte. Jedes teilnehmende Krankenhaus erhielt einen Link zur Beantwortung des Fragebogens. Den Krankenhäusern, die nicht fristgerecht geantwortet hatten, wurde eine Erinnerung geschickt.

5. Datenbearbeitung und Analysen

Die Analysen wurden von der KPSVQ mit der Unterstützung durch das WGO auf der Grundlage pseudonymisierter Daten durchgeführt³. Um einen Abgleich der Antworten von 2015 und 2021 zu ermöglichen, wurde jedem Krankenhaus ein zufällig generierter und für die CIRS Survey 1 und 2 identischer Code zugewiesen. Nur die KPSVQ als Eigentümerin der Daten hat Zugriff auf die nominativen Daten jedes Krankenhauses. Die Rohdaten werden vom Präsidenten der KPSVQ aufbewahrt und das WGO verfügt über keinerlei Kopie davon.

Aufgrund der geringen Anzahl Spitäler und Kliniken im Wallis besteht das Ziel des vorliegenden Berichts weniger darin, quantitative Ergebnisse zu erhalten, sondern vielmehr eventuelle Lücken, Verbesserungen oder Verschlechterungen bei der Handhabung spinalmedizinischer Zwischenfälle im Jahr 2021 gegenüber 2015 aufzuzeigen.

Bei jeder Frage werden eventuelle Kommentare der Krankenhäuser wiedergegeben – dies jedoch nur, wenn sie für die Umfrage relevant sind und die Anonymität der Institution gewahrt werden kann (gegebenenfalls wurden die Kommentare anonymisiert).

6. Empfehlungen der KPSVQ infolge der CIRS Survey 1 von 2015

Die KPSVQ hatte in ihrem Bericht vom Dezember 2016 an Staatsrätin Esther Waeber-Kalbermatten, Vorsteherin des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur (DGSK), sieben Empfehlungen abgegeben:

Nr.	Empfehlung der KPSVQ ⁴
E1	Die Krankenhäuser sollten allen Mitarbeitenden der Institution Zugriff auf das CIRS geben.

³ Jedem Krankenhaus wurde ein Code zugewiesen und die Daten, mit denen es identifiziert werden kann (Bezeichnung, Name des Qualitätsverantwortlichen usw.), wurden gelöscht. Der Präsident der KPSVQ verfügt über eine Konkordanztafel, mit welcher auf den Namen des Krankenhauses geschlossen werden kann.

⁴ Die KPSVQ trug damals noch den Namen «KPSPQ – Kommission für die Pflegequalität und die Patientensicherheit».



E2	Die Krankenhäuser sollten sicherstellen, dass sie über Mitarbeitende verfügen, die in Systemanalyse ausgebildet sind (anerkannte und formalisierte Ausbildung). Die KPSVQ gibt gerne Auskunft zu entsprechenden Ausbildungsgängen.
E3	Die Krankenhausdirektionen sollten diese Tätigkeit vorsehen, finanzieren und festlegen, insbesondere durch fix dazu bestimmte Arbeitszeit.
E4	Alle Krankenhäuser sollten Artikel 43 des Gesundheitsgesetzes in Bezug auf die Definition der spitalmedizinischen Zwischenfälle einhalten. Die KPSVQ empfiehlt den Krankenhäusern, in denen es zu einem schweren, nicht gemeldeten Zwischenfall gekommen ist, diese Meldung gemäss Artikel 43 GG zu machen.
E5	Die Krankenhäuser sollten sicherstellen, dass der betroffene Patient bei jedem unerwünschten Zwischenfall in Anwendung des Rahmens der Stiftung Patientensicherheit Schweiz informiert wird (wer meldet den Zwischenfall, innert welcher Frist usw.).
E6	Die Krankenhausdirektionen sollten die Problematik der Versorgungsqualität regelmässig evaluieren.
E7	Die Verwaltungsräte der Krankenhäuser (oder das Organ, das diese Funktion wahrnimmt) sollten die Problematik der Versorgungsqualität regelmässig evaluieren.

Auf diese Empfehlungen hin hat das DGSK den Spital- und Klinikdirektionen im Februar 2017 ein Schreiben zugestellt, in dem ihnen folgende Punkte nahegelegt wurden:

1. *Das CIRS allen Mitarbeitenden zugänglich machen;*
2. *Sicherstellen, dass für die entsprechenden Aufgaben Mitarbeitende mit einer Ausbildung in Systemanalyse verfügbar sind;*
3. *Artikel 43 des Gesundheitsgesetzes in Bezug auf die spitalmedizinischen Zwischenfälle einhalten;*
4. *Sicherstellen, dass bei jedem unerwünschten Zwischenfall der betreffende Patient informiert wird.*

Ausserdem sollten die Krankenhausdirektionen:

5. *Diese Tätigkeit vorsehen, identifizieren und finanzieren;*
6. *Regelmässig den Stand der Dinge in Bezug auf die Problematik der Versorgungsqualität ermitteln.*

Im selben Schreiben verkündete die Departementsvorsteherin, dass die Krankenhäuser dem DGSK im Laufe des Jahres 2018 den Stand der Dinge von 2017 zustellen sollten und dass die DGW die Punkte definieren würde, die in diesem Dokument stehen sollten. Unseres Wissens wurde diese Forderung vom DGSK nicht umgesetzt.

7. Kommentierte Ergebnisse

Nachstehend werden die aggregierten Ergebnisse der 31 Fragen des CIRS-Fragebogens aufgezeigt, im Allgemeinen gefolgt von einem kurzen Kommentar der KPSVQ. Die allgemeingültigen Bemerkungen der KPSVQ finden sich in Kapitel 8.

Wo immer möglich, wurden die Ergebnisse aus der CIRS Survey 1 mit den Ergebnissen des Jahres 2015 vergleichend auf die Ergebnisse des Jahres 2021 übertragen. Da die Fragestellung zwischen 2015 und 2021 bei vielen Fragen geändert wurde, ist bei Vergleichen jedoch eine gewisse Vorsicht geboten.



Frage 1: Das System zur Meldung von Zwischenfällen steht allen Mitarbeitenden zur Verfügung.

Frage für 2015: Alle Mitarbeitenden der Institution können auf das System zugreifen.

	N	%	N (2015)
Ja	9	100	8
Nein	0	0	0
Einigen Mitarbeitenden (unter «Kommentar» präzisieren welche)	0	0	1
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Wir unterscheiden zwischen Meldungen zur Qualität, die eine Verbesserung der Organisation ermöglichen (dabei handelt es sich nicht unbedingt um Zwischenfälle), und Zwischenfällen mit einem Patienten, die eine Verbesserung der Versorgungssicherheit ermöglichen. In der fraglichen Zeitspanne haben wir 180 Qualitätsmeldungen zur Organisation und 120 Zwischenfälle im Zusammenhang mit der Patientensicherheit verzeichnet.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ begrüsst, dass nunmehr alle Mitarbeitenden innerhalb jedes Krankenhauses auf das CIRS zugreifen können.

Frage 2a: Jährlich wird folgende Anzahl Zwischenfälle gemeldet (runden möglich): – klinische Zwischenfälle

Das jährliche Volumen klinischer Zwischenfälle, das von den Krankenhäusern gemeldet wurde, liegt zwischen 0 und 1560 (Durchschnitt = 228; Median = 37). Ein Krankenhaus hat keine Anzahl angegeben, da für es die Definition «klinischer Zwischenfall» nicht klar war.

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Wie wird ‚klinischer Zwischenfall‘ definiert? Trifft das nur zu, wenn die Gesundheit des Patienten beeinträchtigt wird? Oder ist handelt es sich jedes Mal, wenn ein Patient betroffen ist (inkl. Near Miss) um einen ‚klinischen Zwischenfall‘?»

Frage 2b: Jährlich wird folgende Anzahl Zwischenfälle gemeldet (runden möglich): – nicht-klinische Zwischenfälle

Das jährliche Volumen nicht-klinischer Zwischenfälle, das von den Krankenhäusern gemeldet wurde, liegt zwischen 0 und 440 (Durchschnitt = 81; Median = 15). Ein Krankenhaus hat keine Anzahl angegeben, da für es die Definition «klinischer Zwischenfall» nicht klar war. Bei einem anderen Krankenhaus fehlt die Angabe.

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ legt den Krankenhäusern nahe, eine «Kultur der Meldung» anzunehmen: Eine hohe Anzahl gemeldeter Zwischenfälle weist weniger auf ein potenzielles Qualitätsproblem hin, als vielmehr auf eine wünschenswerte Bereitschaft, aus Fehlern zu lernen.

Frage 3: Es wird eine anerkannte Taxonomie für die Klassifizierung der Incidents verwendet:

	N	%
Internationale Klassifikation für Patientensicherheit (WHO)	3	33
IPSEC	1	11



Generic Occurrence Classification / Generic Reference Model	0	0
Andere (unter «Kommentar» präzisieren)	1	11
Nein	4	44
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Die Meldungen werden in drei Kategorien eingeteilt: Medikamente – Organisation – Infrastruktur und Technik.»
- «Die Zwischenfälle werden nach unserer eigenen Klassifizierung, gestützt auf unsere Erfahrung, eingeteilt. Wir haben eine andere Klassifizierung, in die wir Zwischenfälle einteilen, die eher administrativer Art sind (z.B. unvollständiges Patientendossier beim Eintritt, was die Versorgung kompliziert).»

Kommentar der KPSVQ: Vier Krankenhäuser verwenden keine anerkannte Taxonomie zur Klassifizierung der Zwischenfälle. Die KPSVQ empfiehlt die Verwendung der Internationalen Klassifikation für Patientensicherheit (WHO)⁵.

Frage 4: Das Meldesystem Ihrer Gesundheitsinstitution ist:

	N	%
Manuell (Papier)	0	0
Elektronisch	9	100
Manuell (Papier) & elektronisch	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Die Zwischenfallmeldung wird ausgehend vom elektronischen Patientendossier gemacht.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 5: In Ihrem System ist es möglich, einen Zwischenfall unter Gewährleistung der Vertraulichkeit zu melden (keine Übermittlung des Namens der meldenden Person an die Vorgesetzten).

	N	%
Ja, bei jedem Zwischenfall	6	67
Ja, ausser bei schweren Zwischenfällen	2	22
Ja, ausser bei strafbaren Zwischenfällen	0	0
Nein, die Vertraulichkeit kann nicht gewährleistet werden	1	11
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Wenn eine Meldung anonym gemacht wird, ist es für uns nicht möglich, die meldende Person ausfindig zu machen.»
- «Es ist nur eine Person für die Bearbeitung der CIRS-Meldungen zuständig.»
- «Das elektronische System für Zwischenfallmanagement ermöglicht es, unsere institutionelle Richtlinie empfiehlt es für die schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse aber nicht.»

⁵ The conceptual framework for the international classification for patient safety, World Health Organization & WHO Patient Safety. (2010), online verfügbar: [The conceptual framework for the international classification for patient safety \(who.int\)](http://www.who.int/patientsafety/framework/)



Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ ermuntert die Krankenhäuser dazu, ihren Mitarbeitenden zu ermöglichen, einen Zwischenfall unter Gewährleistung der Vertraulichkeit zu melden, wobei bei schweren und/oder strafbaren Zwischenfällen eine Ausnahme gemacht wird.

Frage 6: In Ihrem System ist es möglich, einen Zwischenfall anonym zu melden (die meldende Person ist weder über ihren Namen noch über ihr Login zurückzuverfolgen).

	N	%
Ja, bei jedem Zwischenfall	5	56
Ja, ausser bei schweren Zwischenfällen	2	22
Ja, ausser bei strafbaren Zwischenfällen	0	0
Nein, die Anonymität kann nicht gewährleistet werden	2	22
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Wenn eine Meldung anonym gemacht wird, ist es für uns nicht möglich, die meldende Person ausfindig zu machen.»
- «Das elektronische System für Zwischenfallmanagement ermöglicht es, unsere institutionelle Richtlinie empfiehlt es für die schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse aber nicht.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ legt den Krankenhäusern nahe, die Möglichkeit, einen Zwischenfall anonym melden zu können, vorzusehen, wobei bei schweren und/oder strafbaren Zwischenfällen eine Ausnahme gemacht wird.

Frage 7: Wie viel Prozent der eingegangenen Meldungen erfolgen anonym?

	N	%
0%-10%	4	44
11%-50%	1	11
51%-90%	1	11
91%-100%	3	33
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «In der Klinik werden nur sehr wenige Meldungen anonym gemacht (5 %).»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 8: Wenn die für das Zwischenfallmanagement zuständigen Personen die Klassifikation des Zwischenfalls ändern müssen (z.B. um einen als nicht schwer gemeldeten Zwischenfall als schweren Zwischenfall einzustufen), wird die meldende Person darüber informiert (soweit bekannt).

	N	%
Ja, immer	4	44
Ja, im Allgemeinen	2	22
Ja, meistens	0	0
Nein	3	33
Für 2022 geplant	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Information wird nicht erfasst»
- «Ja, sie erhält aber keine spezifische Information zur Umklassifizierung, sondern systematisch eine Informationsmail, sobald der Zwischenfall abgeschlossen ist (also



nach der Analyse). Sie hat also Zugriff auf den gesamten Zwischenfall (inkl. Schweregrad), seine Analyse und die vorgeschlagenen Massnahmen.»

- «Die Meldenden äussern sich nicht zur Schwere des Zwischenfalls. Wird dieser als schwer eingestuft, so wird die meldende Person informiert. Keine Fälle in den letzten Jahren.»
- «Umklassifizierungen werden nicht gemacht.»
- «Der gegenteilige Fall trifft zu: Ein als schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis gemeldeter Zwischenfall wird nach Einholen der nötigen Auskunft vom Dispatcher als Zwischenfall eingestuft. Ein schwerer Zwischenfall ist nicht systematisch ein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 9: Neue Mitarbeitende erhalten systematisch eine Schulung zur Funktionsweise des CIRS.

	N	%
Ja, immer	4	44
Ja, im Allgemeinen	5	56
Ja, meistens	0	0
Nein	0	0
Für 2022 geplant	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Im Allgemeinen wird die Schulung auf zwei Wegen erteilt: im Rahmen der obligatorischen Einführungskurse für neue Mitarbeitende sowie bei der Einführung in die Abteilung.»
- «Ab dem Einführungstag werden die neuen Mitarbeitenden zur Meldung via PC geschult.»
- «Es wird ein E-Learning-Kurs zum Zwischenfallmanagement angeboten, die Abteilung SPQC gibt aber keine Auskunft über die Teilnehmerzahlen.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, dass alle neuen Mitarbeitenden systematisch zur Funktionsweise des CIRS und zur Fehlerkultur des Krankenhauses geschult werden sollten.

Frage 10: Wie viel Prozent der höheren Kaderstellen (Niveau N-1) und der Direktion (Niveau N) wurden hinsichtlich einer nicht strafenden Reaktion auf Fehler (just culture) geschult (mindestens 2 Stunden)?

	N	%
0%-25%	6	67
26%-50%	0	0
51%-75%	0	0
76%-100%	3	33
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Geschult = im Rahmen von Managementsitzungen der XXX-Gruppe informiert und sensibilisiert»
- «vorgesehen, wegen COVID-19 jedoch verzögert»
- «Die Kaderschulung CIRS / Just Culture ist ab 2022 in den institutionellen Kaderschulungen geplant.»
- «Wir haben wegen der Kosten dieser Schulung darauf verzichtet, alle unsere Kaderleute die Schulung der Stiftung für Patientensicherheit durchlaufen zu lassen. In



Bezug auf die Förderung der Best Practices sind wir der Ansicht, dass diese Schulungen günstiger sein oder finanziell unterstützt werden sollten. Wir haben jedoch formalisiert, was wir in Bezug auf die Just Culture, die wir fördern, erwarten.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt eine Schulung zur «Just Culture» für höhere Kaderstellen und die Direktion.

Frage 11: Wie viel Prozent der höheren Kaderstellen (Niveau N-1) und der Direktion (Niveau N) wurden dahingehend geschult (mindestens 2 Stunden), die Unterstützung von Sekundäröpfern (second victims) zu organisieren?

	N	%
0%-25%	8	89
26%-50%	1	11
51%-75%	0	0
76%-100%	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Für eine kleine Struktur wie unsere Klinik gehört das zur intrinsischen Verantwortung der Direktion und der Abteilungsleitungen.»
- «Weiss das Krankenhaus nicht, bei unserer Qualitätsabteilung abzuklären.»
- «Die Schulungen zur Organisation der Unterstützungen ist ab 2022 in den institutionellen Kaderschulungen geplant.»
- «Das bleibt auf Direktionsebene wie es ist.»
- «wird nicht geschult»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt für die höheren Kaderstellen und die Direktion eine Schulung zur Organisation der Unterstützung von Sekundäröpfern.

Frage 12: Wie viel Prozent der Verwaltungsratsmitglieder (oder der Mitglieder eines anderen Organs, dem die Generaldirektion Bericht erstattet) wurden in Bezug auf ihre Rolle im Bereich Versorgungsqualität / -sicherheit geschult?

	N	%
0%-25%	7	78
26%-50%	1	11
51%-75%	0	0
76%-100%	1	11
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Der Vizepräsident unseres Verwaltungsrates ist Arzt. Drei von zehn Verwaltungsratsmitgliedern sind Ärzte.»
- «Nicht klar, was eine Schulung über ihre Rolle in Bezug auf die Qualität ist. Der VR hat aber eine ständige Kommission für Versorgungsqualität, die zwei- bis dreimal im Jahr mit den Qualitätskoordinatoren zusammentritt.»
- «Der Stiftungsrat besteht aus sechs Personen, darunter vier Ärzte und eine Anwältin.»
- «Unser VR hat ein integrales Sicherheitsmanagement, bei dem schwere Zwischenfälle auf oberster Stufe behandelt werden, sei es bei der Personalsicherheit, der Infrastruktursicherheit, der Informatik- und Datenschutzsicherheit sowie der Patientensicherheit im Zusammenhang mit medizinischen Risiken.»
- «Verwaltungsrat ist erst seit 1.7.2021 aktiv, sie sind noch nicht geschult.»
- «Seit 2020 haben wir einen neuen Verwaltungsrat. Die früheren Mitglieder waren geschult. Die meisten neuen Mitglieder haben keine interne Schulung durchlaufen.»



Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt eine Schulung für die Verwaltungsratsmitglieder zu ihrer Rolle in Sachen Versorgungsqualität/-sicherheit.

Frage 13: Es werden Besprechungen organisiert, an denen den Mitarbeitenden eine Rückmeldung zu den Zwischenfälle Analysen [sic] gegeben wird.

Frage für 2015: Dieses System enthält ein systematisches Feedback an die meldende Person und an die betroffenen Personen mit Informationen zur weiteren Bearbeitung der Meldung.

	N	%	N (2015)
Ja, immer	5	56	0
Ja, im Allgemeinen	3	33	0
Ja, meistens	1	11	0
Ja	0	0	9
Nein	0	0	0
Für 2022/2016 geplant	0	0	0
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Nur von ihnen selbst gemeldete Zwischenfälle.»
- «Jährliche Feedbacks über den Bericht, der in unserem Qualitätssystem veröffentlicht wird.»
- «Den Sektorleitungen und Mitarbeitenden wird regelmässig ein Feedback gegeben.»
- «Der Jahresbericht über die Patientensicherheit ist für alle Mitarbeitenden auf dem Intranet zugänglich. Der Kaderarzt des betroffenen Patienten erhält eine Kopie der Zwischenfälle, die zu seinen Patienten gemeldet werden. Er managed die erste Interventionsebene mit seinem Team. Die Gruppe für Zwischenfallanalysen tritt zweimal jährlich zusammen und beschliesst gestützt auf alle gemeldeten Zwischenfälle die organisatorischen Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit.»
- «Jährliche Schulung und jährlicher Bericht der durchgeführten Aktivitäten»
- «Das Feedback erfolgt über das elektronische System für Zwischenfallmanagement. In einigen Abteilungen wird das Feedback an einem ‚M&M‘-Kolloquium gegeben.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, dass den Mitarbeitenden regelmässig ein Feedback zu den Ergebnissen der Zwischenfallanalysen und zu den entsprechenden Massnahmen gegeben wird.

Frage 14: Ihnen zufolge besteht die Nützlichkeit des CIRS darin:

(offene Antwort)

1. «Die Nutzung des CIRS fügt sich in die Absicht der Institution, Risiken zu handhaben sowie die Qualität und Sicherheit zu verbessern. Die Institution stützt sich auf die Fehlerkultur, um Fehlern vorzubeugen und gleiche Fehler in Zukunft zu vermeiden. Das Management kritischer Zwischenfälle verfolgt in erster Linie einen pädagogischen Zweck. Dabei geht es darum, durch die gemeldeten Ereignisse zu lernen und aufgezeigte Lücken zu schliessen oder Probleme zu beseitigen. Die Analyse der kritischen Zwischenfälle ermöglicht die Faktoren aufzuzeigen, die dazu beitragen, dass sich Zwischenfälle überhaupt ereignen können, und die möglichen Massnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und der Arbeitsabläufe aufzuzeigen.»



2. «Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Im weiteren Sinne betrachtet dient das CIRS auch dazu, die primären Opfer und die Sekundäröperer zu unterstützen und eine Sicherheitskultur zu fördern.»
3. «Ermöglicht, gestützt auf Zwischenfälle ein Verbesserungspotenzial zu erkennen und zur Risikoanalyse des Departements und der Institution beizutragen.»
4. «kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit über anonyme Meldungen»
5. «Wesentlich, um eine Unternehmenskultur zuzulassen, bei der ein Recht auf Fehler besteht, um Qualitätsstandards festzulegen, Statistiken zu erstellen, zu wissen, worauf Schulungen auszurichten sind sowie um die Mitarbeitenden zu unterstützen.»
6. «Wir wollen jeden Zwischenfall melden und bearbeiten, um: - unsere organisatorischen und professionellen Praktiken zu verbessern; - schwere Zwischenfälle zu verhindern; - bei Fehlern korrekt zu kommunizieren.»
7. «Optimierung der Arbeitsabläufe zur Verhinderung von Zwischenfällen»
8. «unerwünschte Ereignisse melden, Verbesserungsvorschläge machen, verhindern, dass sich dieselben Fehler wiederholen»
9. «Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Ermöglicht Probleme aufzuzeigen und Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen (kontinuierliche Qualitätsverbesserung). Grundlage für erfolgreiches Teamwork. Jede anormale Situation wird den Kollegen berichtet, was das Situationsmonitoring verstärkt. Ermöglicht, die Risiken zu kartografieren, indem die Zwischenfallmeldung mit den Arbeitsabläufen bei der Versorgung assoziiert wird.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 15: Sie verfügen über Richtlinien, in denen festgelegt ist, wann Sanktionen infolge eines Zwischenfalls möglich sind und wann diese zu vermeiden sind.

Frage für 2015: Sie verfügen über Richtlinien, in denen festgelegt ist, wann Sanktionen infolge eines Zwischenfalls möglich sind und wann diese zu vermeiden sind.

	N	%	N (2015)
Ja	4	44	2
Nein	3	33	5
Für 2022/2016 geplant	2	22	2
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «in den Arbeitsrahmenbedingungen der Angestellten»
- «Das Entscheidungsmodell hilft zu bestimmen, ob ein Mitarbeiter infolge eines Zwischenfalls sanktioniert werden soll. Es basiert auf dem 'Culpability Model' nach James Reason.»
- «Die Pflegeleiter, die Abteilungs-Chefärzte und die Mitglieder der Generaldirektion werden nach dem Entscheidungsmodell nach James Reason geschult.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, institutionelle Richtlinien, gestützt auf das Entscheidungsmodell nach Reason⁶, umzusetzen.

Frage 16: Allen Abteilungen wird eine jährliche Zusammenfassung der Zwischenfallmeldungen und -berichte zugestellt.

⁶ <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/DecisionTreeforUnsafeActsCulpability.aspx>



Frage für 2015: Es wird eine jährliche Zusammenfassung der Zwischenfallmeldungen erstellt und allen Abteilungen zugestellt.

	N	%	N (2015)
Ja, immer	5	56	0
Ja, im Allgemeinen	2	22	0
Ja, meistens	0	0	0
Ja	0	0	4
Nein	0	0	3
Für 2022/2016 geplant	2	22	2
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «auf jeden Fall auf Departementsebene und Bericht [XXX] durch SQS»
- «Der Bericht ist im Qualitätssystem allen Mitarbeitenden frei zugänglich. Der Bericht wird den Kaderleuten auch im Protokoll der Direktionssitzungen zugestellt.»
- «im Intranet verfügbar»
- «Jede Abteilung verfügt über eine Tabelle, auf der vertraulich die Zwischenfälle, deren Taxonomie und Bearbeitung dargestellt werden können. Eine spezifische Tabelle für die Qualitäts- und Sicherheitsverantwortlichen der Abteilung ermöglicht, die Bearbeitung der Zwischenfälle hierarchisch zu gliedern.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 17: Die Meldungen schwerer Zwischenfälle werden systematisch behandelt und es folgen Analysen (unter «systematisch» ist zu verstehen, dass eine Methode wie das «London-Protokoll» mit der damit einhergehenden Exaktheit verwendet wird).

Frage für 2015: Die Meldungen werden systematisch behandelt und es folgen Analysen.

	N	%	N (2015)
Ja	4	44	8
Nein	4	44	0
Für 2022 geplant	1	11	1
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Es gibt eine Einheit für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse, die diese klassiert und sie einer Gruppe zur Untersuchung und Analyse zuweisen kann.»
- «Wir wenden bei Zwischenfällen, bei denen ein starkes Verbesserungspotential besteht, das London Protocol an. Wir versuchen, pro Jahr zwei oder drei solcher Analysen durchzuführen. Wir haben entsprechend geschultes Personal und haben mit dieser Methode ausgezeichnete Erfahrungen gemacht, die Ursachenanalysen des Typs ERA sind aber sehr zeitaufwendig und wir arbeiten sehr selektiv in diesem Bereich. Kein Platz im Kommentar zu Frage 18. Es gibt Personal, das im Rahmen seiner Funktion und ohne dass dies budgetiert wäre, am Zwischenfallmanagement mitwirkt (z.B. die Personen, die zur Gruppe für Zwischenfallanalyse gehören, die Abteilungsleitungen und die Pflegekader).»
- «Wir haben keine schweren Zwischenfälle, situativ würden diese aber besprochen werden.»
- «Bei einem schwerwiegenden unerwünschten Ereignis wird ein Team für systemische Analyse gebildet, das von einem Mitglied der Abteilung SPQC geschult wurde. Es hält sich an das London Protocol und an die «ReSQS» der Abteilung, welche über die Fachkompetenz verfügt (medizinisch-pflegerisch).»



Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, dass die Meldungen schwerer Zwischenfälle systematisch bearbeitet werden und dass daraufhin Analysen mithilfe einer bewährten Methode wie dem London Protocol oder dem ACCIMap-Ansatz durchgeführt werden.

Frage 18: Wie viele budgetierte VZÄ (Vollzeitäquivalente) werden innerhalb Ihrer Organisation für das Zwischenfallmanagement bereitgestellt?

Frage für 2015: Innerhalb unseres/r Spitals/Klinik sind der Handhabung von Zwischenfällen folgende Anzahl budgetierter VZS (Vollzeitstellen) zugeteilt:

2021	N	%	2015	N	%
0	3	33	0	2	22
0.1	2	22	0.15	1	11
0.25	1	11	0.45	1	11
0.3	1	11	0.5	1	11
0.6	1	11	0.6	1	11
3.2	1	11	2.6	1	11
TOTAL	9		Keine Angabe	2	22
			TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 19: Wird für die Analyse und das Monitoring der Zwischenfälle Arbeitszeit gewährt?

	N	%
Ja	5	56
Nein	4	44
Für 2022 geplant	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Keine spezifisch zugewiesene Zeit, es wird aber laufend Zeit gewährt.»
- «Was wird unter ‚fix dazu bestimmte Arbeitszeit‘ verstanden? Es gibt Gruppen für die Zwischenfallanalyse, die über spezifisch vorgesehene Zeit verfügen, und dann gibt es Abteilungsleiter, die es machen, wann sie Zeit haben. Die Mitarbeitenden organisieren sich im Allgemeinen so, dass sie das während ihrer Arbeitszeit erledigen können.»
- «Ja, 30 % für den Gruppenadministrator und 5 % für die Mitglieder.»
- «eine zweistündige Sitzung von vier Personen alle drei Monate»
- «Ärztlicher Direktor und Koordinator für Patientensicherheit (wöchentliches Treffen); Sicherheitskoordinator und Assistentin für administrative Verwaltung. Das Management der Zwischenfälle vor Ort gehört zum Pflichtenheft aller Abteilungsleiter.»
- «Die Mitglieder der Vigilanz (Pharmakovigilanz, Materiovigilanz...) analysieren die Zwischenfälle ohne besonders vorgesehene Stellenprozente.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, dass für die Zwischenfallanalyse, die Ausarbeitung und eventuelle Umsetzung von Massnahmen sowie für die Beurteilung der Effizienz dieser Massnahmen ‚fix dazu bestimmte Arbeitszeit‘ gewährt wird.



Frage 20: Verfügen Sie über ein Monitoring-System für die Meldungen, mit dem Sie beurteilen können, in welchem Stadium sich diese befinden (in der Analysephase, abgeschlossen usw.)?

	N	%
Ja	7	78
Nein	2	22
Für 2022 geplant	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Speicherung in einer Excel-Tabelle»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 21: Es gibt eine interne Richtlinie, in der präzisiert ist, wann und wem die schweren Zwischenfälle zu melden sind.

	N	%
Ja	6	67
Nein	2	22
Für 2022 geplant	1	11
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Es gibt eine institutionelle Richtlinie zu Zwischenfällen (Meldepflicht und weiteres Vorgehen), aber keine Präzisierung zu schweren Zwischenfällen.»
- «Der Link und die Richtlinie sind beide in das Qualitätssystem integriert.»
- «Alle Zwischenfälle werden im gleichen System erfasst.»
- «eine institutionelle Richtlinie zum Zwischenfallmanagement und eine andere zur Meldung eines unerwünschten Ereignisses gegenüber dem Patienten»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, dass eine interne Richtlinie erstellt wird, in der präzisiert ist, wann und wem die schweren Zwischenfälle zu melden sind.

Frage 22a: Wie viele Stunden oder Sitzungen pro Jahr widmet die Direktion der Frage der Versorgungsqualität? [Anzahl Stunden]

Frage für 2015: Pro Jahr widmet das für die Direktion zuständige Organ der Frage der Versorgungsqualität folgende Anzahl Stunden oder Sitzungen [Anzahl Stunden]:

2021 gaben die Krankenhäuser an, dass ihre Direktionen 0 bis 100 Stunden (Durchschnitt = 20; Median = 10) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden. Ein Krankenhaus gibt an, dass die hierfür aufgewandte Zeit «nicht evaluierbar» sei.

2015 hatten die Krankenhäuser angegeben, dass ihre Direktionen 5 bis 50 Stunden (Durchschnitt = 30; Median = 33) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden.

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «1 Stunde pro Woche für eine bilaterale Sitzung mit der Qualitätsverantwortlichen, bei Bedarf mehr. Das Thema wird an der monatlichen Sitzung mit allen Kaderleuten aufgegriffen.»
- «Zusätzlich zu den oben genannten Sitzungen halten die Zentrumsdirektionen auch Sitzungen mit dem Qualitätsmanager des Zentrums ab.»
- «Minimum»



- «Huddle des Direktionskomitees jede Woche und Direktionssitzungen acht bis zehn Mal pro Jahr»
- «Sitzungen zwischen der Generaldirektion und der ANQ-Koordinatorin»
- «Wir haben die bilateralen Sitzungen zwischen Direktion/Abteilungsleitern oder Direktion/interne Experten für Patientensicherheit wie Fachexpertinnen für Infektionsprävention, Apothekerinnen usw. nicht erfasst. Eine wöchentliche Sitzung zwischen Direktion/Koordinator für Patientensicherheit.»
- «wird situativ gemacht»
- «Einige Minuten in der wöchentlichen Direktionssitzung sind immer diesem Thema gewidmet.»
- «Wegen des Direktorenwechsels im Juni 2021 ist dieses Jahr speziell.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 22b: Wie viele Stunden oder Sitzungen pro Jahr widmet die Direktion der Frage der Versorgungsqualität? [Anzahl Sitzungen]

Frage für 2015: Pro Jahr widmet das für die Direktion zuständige Organ der Frage der Versorgungsqualität folgende Anzahl Stunden oder Sitzungen [Anzahl Sitzungen]:

2021 gaben die Krankenhäuser an, dass ihre Direktionen 2 bis 52 Sitzungen (Durchschnitt = 25; Median = 12) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden.

2015 hatten die Krankenhäuser angegeben, dass ihre Direktionen 1 bis 47 Sitzungen (Durchschnitt = 10; Median = 6) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden.

Kommentare einiger Krankenhäuser:

Siehe oben bei Frage 22a.

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 23a: Wie viele Stunden oder Sitzungen pro Jahr widmet der Verwaltungsrat der Frage der Versorgungsqualität? [Anzahl Stunden]

Frage für 2015: Pro Jahr widmet der Stiftungs-/ Verwaltungsrat der Frage der Versorgungsqualität folgende Anzahl Stunden oder Sitzungen [Anzahl Stunden]:

2021 gaben die Krankenhäuser an, dass ihre Verwaltungsräte 0 bis 12 Stunden (Durchschnitt = 2,6; Median = 1) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden.

2015 hatten die Krankenhäuser angegeben, dass ihre Verwaltungsräte 1 bis 50 Stunden (Durchschnitt = 12,3; Median = 1,5) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden.

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Keine Information verfügbar»
- «Qualitätsbezogene Themen werden auch unter verschiedenen Punkten auf der Traktandenliste der ordentlichen Verwaltungsratssitzungen behandelt.»
- «Wenn es Punkte zur Versorgungsqualität gibt, so werden diese jeweils im Bericht des Direktionskomitees festgehalten.»
- «Die Generaldirektion tauscht sich regelmässig mit dem Verwaltungsratspräsidenten aus.»
- «Der Verwaltungsrat setzt sich einmal jährlich mit dem Bericht über integrale Sicherheit, der auch die Patientensicherheit umfasst, auseinander. Je nach Aktualität können ganze Sitzungen einem bestimmten Thema gewidmet sein (2021 die



Ergebnisse der Umfrage zur Patientensicherheit, die beim Personal durchgeführt wurde).»

- «Verwaltungsrat ist neu, sind noch nicht auf diese Thematik eingespielt»
- «Das Jahr 2021 ist besonders, weil es einen neuen Verwaltungsrat und neue Mitglieder gibt, die im Laufe des Jahres ernannt wurden.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 23b: Wie viele Stunden oder Sitzungen pro Jahr widmet der Verwaltungsrat der Frage der Versorgungsqualität? [Anzahl Sitzungen]

Frage für 2015: Pro Jahr widmet der Stiftungs-/ Verwaltungsrat der Frage der Versorgungsqualität folgende Anzahl Stunden oder Sitzungen [Anzahl Sitzungen]:

2021 gaben die Krankenhäuser an, dass ihre Verwaltungsräte 0 bis 5 Sitzungen (Durchschnitt = 2,1; Median = 2) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden.

2015 hatten die Krankenhäuser angegeben, dass ihre Verwaltungsräte 1 bis 28 Sitzungen (Durchschnitt = 6; Median = 1) pro Jahr der Frage der Versorgungsqualität widmen würden.

Kommentare einiger Krankenhäuser:

Siehe oben bei Frage 23a.

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 24: Zwischenfälle, die dem gemeldeten schweren Zwischenfall ähneln, werden systematisch herausgesucht (wenn ja, kurz beschreiben, wie diese herausgesucht werden).

Frage für 2015: Zwischenfälle, die dem gemeldeten Fall ähneln, werden systematisch herausgesucht.

	N	%	N (2015)
Ja	5	56	5
Nein	4	44	2
Für 2022/2016 geplant	0	0	2
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Via CIRS oder via Austausch mit der betroffenen Abteilung.»
- «Wir hatten in den letzten Jahren keinen schweren Zwischenfall zu verzeichnen.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, dass Zwischenfälle, die dem gemeldeten schweren Zwischenfall ähneln, systematisch herausgesucht werden.

Frage 25: Die Umsetzung der infolge der Analysen ergriffenen Verbesserungsmassnahmen wird systematisch überprüft.

Frage für 2015: Die Umsetzung dieser Verbesserungsmassnahmen wird systematisch überprüft.

	N	%	N (2015)
Ja	9	100	7
Nein	0	0	2
Für 2022/2016 geplant	0	0	0
TOTAL	9		9



Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Protokoll mit den Verantwortlichen und den Umsetzungsfristen»
- «Auf Ebene der Generaldirektion häufig, auf Ebene der Abteilungen ist die Evaluation schwieriger. 2022 sind Sitzungen zwischen der GD und den Abteilungsleitungen geplant, damit die Verbesserungsmassnahmen besser begleitet werden können.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 26: Die Wirksamkeit der beschlossenen Verbesserungsmassnahmen wird systematisch evaluiert.

	N	%
Ja, immer	2	22
Ja, im Allgemeinen	2	22
Ja, meistens	3	33
Nein	2	22
Für 2022 geplant	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Ja, bei den Massnahmen, die sich aus einer Analyse des Typs London Protocol oder aus dem Programm zur kontinuierlichen Verbesserung ergeben, immer; bei den Massnahmen kleineren Umfangs, die vor Ort ergriffen werden, ja manchmal.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 27: Die Funktionsweise des CIRS wird periodisch evaluiert.

	N	%
Ja	8	89
Nein	1	11
Für 2022 geplant	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «An regelmässigen Sitzungen der Qualitätsmanager der Zentren werden u.a. auch die CIRS behandelt.»
- «Jährlicher Bericht mit Zielsetzungen und Realisierungsgrad der früheren Zielsetzungen.»
- «2021 über die interne Umfrage zur Patientensicherheit (erste 2016, zweite 2021). Jährlich im Rahmen der internen Audits (Evaluation der Beteiligung der Mitarbeitenden an der kontinuierlichen Verbesserung über Qualitäts- und Zwischenfallberichte). Internes Audit von [XXX] zur Patientensicherheit in den Kliniken 2021.»
- «Einmal pro Quartal erhalten die Sicherheits- und Qualitätsverantwortlichen eine Erinnerung über die Nutzung des elektronischen Systems für Zwischenfallmanagement und über die Umsetzung der Verbesserungsmassnahmen und den PDCA-Zyklus.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 28: Alle Mitarbeitenden kennen das CIRS und wissen, wie man es nutzt.

	N	%
Ja	3	33



Eher ja	6	67
Eher nein	0	0
Nein	0	0
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Praktische Schulung zum Sinn und Schulung am PC beim Eintritt neuer Mitarbeitender.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 29: Schwere Zwischenfälle (im Sinne von Art. 44 Gesundheitsgesetz und der Richtlinie über die Pflicht zur unverzüglichen Meldung) werden systematisch den kantonalen Instanzen gemeldet.

Frage für 2015: Schwere Zwischenfälle (im Sinne von Art. 43 Gesundheitsgesetz) werden systematisch den kantonalen Instanzen gemeldet.

	N	%	N (2015)
Ja	8	89	7
Nein, wir melden die schweren Zwischenfälle nicht	0	0	0
Nein, wir hatten keine Zwischenfälle dieser Kategorie	1	11	0
Nein	0	0	1
Für 2022 geplant	0	0	1
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Ja, über die ärztlichen Direktoren der Zentren, wenn diese Zwischenfälle gemeldet werden.»
- «Mit unserer Qualitätsabteilung abzuklären.»
- «Wir sind uns dieser Pflicht bewusst, hatten in der fraglichen Periode aber keine schweren Zwischenfälle im Sinne dieses Artikels zu verzeichnen.»
- «Unsere Generalsekretärin meldet schwerwiegende unerwünschte Ereignisse im Auftrag des Generaldirektors beim Kantonsarzt.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

Frage 30: Die institutionsinternen Richtlinien, um dem Patienten einen unerwünschten Zwischenfall mitzuteilen:

Frage für 2015: Die spital-/klinikinternen Richtlinien, um dem Patienten einen unerwünschten Zwischenfall mitzuteilen:

	N	%	N (2015)
Sind definiert und verbreitet und ihre Anwendung wird gemessen	1	11	0
Sind definiert und verbreitet	6	67	4
Sind definiert	0	0	3
Sind nicht definiert	2	22	2
TOTAL	9		9

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Wir haben das Recht erworben, unseren Namen im Zusammenhang mit der Stiftung für Patientensicherheit zu verwenden. Dieses Dokument sollte für die Gesundheitseinrichtungen gratis sein, siehe ähnliche Bemerkung zu den



diesbezüglichen Schulungen. Für Gesundheitseinrichtungen sollte es einen reduzierten Tarif geben.»

Kommentar der KPSVQ: Die KPSVQ empfiehlt, dass Richtlinien, um dem Patienten einen unerwünschten Zwischenfall mitzuteilen, definiert und verbreitet werden und dass deren Anwendung gemessen wird.

Frage 31: Der folgende Anteil unerwünschter Ereignisse (definiert als klinische Vorfälle, die zu Patientenschäden führen) wird den Patienten in Ihrer Einrichtung gemeldet (wenn Sie 26-50% überprüfen, geben Sie an, dass zwischen einem Viertel und der Hälfte der unerwünschten Ereignisse dem Patienten, der sie erlebt hat, gemeldet werden, während der verbleibende Anteil aus verschiedenen Gründen nicht gemeldet wird):

	N	%
0%-25%	1	11
26%-50%	1	11
51%-75%	1	11
76%-100%	6	67
TOTAL	9	

Kommentare einiger Krankenhäuser:

- «Das ist eine Schätzung, da diese Meldungen nicht überprüft werden.»
- «Ein als schwer eingestuftes Zwischenfall wird dem Patienten obligatorisch mitgeteilt, indem das Verfahren der Stiftung für Patientensicherheit eingehalten wird. Hatte der Zwischenfall keine Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten, muss er nicht unbedingt protokollarisch mitgeteilt werden und der Kaderarzt wird ihn je nach Situation mitteilen.»
- «Schäden werden der Haftpflicht-Versicherung gemeldet und mit den Patienten besprochen.»
- «Die Richtlinie zur Mitteilung eines unerwünschten Ereignisses gegenüber dem Patienten ist eine unverzichtbare Information für die Mitarbeitenden. Allerdings wurde keine Schulung zur Meldung eines unerwünschten Ereignisses gegenüber dem Patienten eingeführt.»

Kommentar der KPSVQ: Kein Kommentar.

8. Allgemeine Bemerkungen

Allgemein betrachtet sind die Ergebnisse besser als bei der ersten Umfrage (Survey). Die gesetzliche Anforderung, über ein System zur Meldung und Handhabung von Zwischenfällen (CIRS: Critical Incidents Reporting System) zu verfügen, wird also von allen Krankenhäusern erfüllt. Die KPSVQ stellt fest, dass die meisten Krankenhäuser Praktiken zum Zwischenfallmanagement eingeführt haben und sich an die Empfehlungen von Best Practices halten. Nichtsdestotrotz sollten einige Punkte im Zusammenhang mit dem Zwischenfallmanagement verbessert werden.

9. Umsetzung der Empfehlungen 2017 des DGSK und Empfehlungen der KPSVQ

Zur Erinnerung: Das DGSK hatte den Direktionen der Walliser Krankenhäuser im Februar 2017 infolge der CIRS Survey 1, die sich auf das Jahr 2015 bezogen hatte, sechs Empfehlungen abgegeben. Diese Empfehlungen werden nachfolgend wiedergegeben. Zudem wird angegeben, inwieweit sie 2021 umgesetzt waren.



Empfehlung der DGSK (2017)	Umsetzungsstand (gemäss Ergebnissen 2021)	Kommentar der KPSVQ
1. Das CIRS allen Mitarbeitenden zugänglich machen.	☑ Umgesetzt	- Die KPSVQ legt den Krankenhäusern nahe, die Möglichkeit, einen Zwischenfall anonym melden zu können, vorzusehen, wobei bei schweren und/oder strafbaren Zwischenfällen eine Ausnahme gemacht wird.
2. Sicherstellen, dass für die entsprechenden Aufgaben Mitarbeitende mit einer Ausbildung in Systemanalyse verfügbar sind.	☒ Teilweise umgesetzt	- Fünf der neun Krankenhäuser schulen neue Mitarbeitende nicht systematisch zur Funktionsweise des CIRS. - Die Schulung der höheren Kaderleute, der Direktionen und der Verwaltungsräte zur nicht-bestrafenden Reaktion auf Fehler, zur Unterstützung von Sekundäropfern und zu ihrer Rolle in Sachen Versorgungsqualität/-sicherheit bleibt ungenügend.
3. Artikel 43 des Gesundheitsgesetzes in Bezug auf die spitalmedizinischen Zwischenfälle einhalten.	☑ Umgesetzt	- In Artikel 43 des früheren Gesundheitsgesetzes war eine obligatorische Meldepflicht einfacher spitalmedizinischer Zwischenfälle sowie schwerer Zwischenfälle gegenüber der KPSVQ (damals «KPSPQ») oder gegenüber dem Organ, das im Krankenhaus für die Versorgungsqualität zuständig ist, vorgesehen. - In der aktuellen Version des Gesundheitsgesetzes wurde diese Meldepflicht neu definiert. Artikel 44 Absatz 3 verlangt, dass jede Gesundheitsinstitution einen Prozess zur obligatorischen Meldung von Zwischenfällen und zu deren Handhabung definieren muss. In der Richtlinie über die Pflicht zur unverzüglichen Meldung wird präzisiert, welche Zwischenfälle dem DGSK zu melden sind. - Alle Krankenhäuser geben an, sich an die oben genannten gesetzlichen und reglementarischen Vorschriften zu halten.
4. Sicherstellen, dass bei jedem unerwünschten Zwischenfall der betreffende Patient informiert wird.	☒ Teilweise umgesetzt	- In zwei von neun Krankenhäusern gibt es keine internen Richtlinien, um dem Patienten einen unerwünschten Zwischenfall mitzuteilen. - In zwei Krankenhäusern werden den Patienten 0 % bis 50 % der



		unerwünschten Ereignisse (definiert als klinische Zwischenfälle, die eine Beeinträchtigung für den Patienten darstellen) gemeldet.
5. Diese Tätigkeit vorsehen, identifizieren und finanzieren.	<input checked="" type="checkbox"/> Teilweise umgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> - Drei von neun Krankenhäusern geben an, dass für das Zwischenfallmanagement keinerlei Vollzeitäquivalente vorgesehen seien (2015 waren dies zwei Krankenhäuser). - In vier von neun Krankenhäusern wird für die Analyse und das Monitoring keine fix dazu bestimmte Arbeitszeit gewährt.
6. Regelmässig den Stand der Dinge in Bezug auf die Problematik der Versorgungsqualität ermitteln.	<input checked="" type="checkbox"/> Teilweise umgesetzt	<ul style="list-style-type: none"> - Die meisten Direktionen und Verwaltungsräte widmen einen Teil ihrer Sitzungen der Versorgungsqualität, allerdings in sehr unterschiedlichen Anteilen (teils von der Grösse der Krankenhäuser abhängig). - In vier von neun Krankenhäusern wird den Mitarbeitenden kein systematisches Feedback zu den Ergebnissen der Zwischenfallanalysen gegeben.

Gestützt auf die obige Tabelle empfiehlt die KPSVQ dem DGSK, den Krankenhäusern erneut die Empfehlungen Nr. 2, 4, 5 und 6, die erst teilweise umgesetzt sind, abzugeben.

Wenn die Problematik besonders wichtig ist oder die Ergebnisse bei vielen Krankenhäusern deutlich von den Best Practices abweichen, gibt die KPSVQ zudem gestützt auf die Daten von 2021 vier neue Empfehlungen ab, die in untenstehender Tabelle aufgeführt sind:

Nr.	Empfehlungen der KPSVQ
2017 abgegebene und wiederholte Empfehlungen	
1	Sicherstellen, dass für die systemische Analyse der Zwischenfälle entsprechend geschulte Mitarbeitende verfügbar sind.
2	Sicherstellen, dass der Patient bei jedem unerwünschten Ereignis, dessen Folgen mehr als bloss eine einfache Surveillance des Patienten erfordern, informiert wird.
3	Die Tätigkeit zur Meldung und Handhabung der Zwischenfälle vorsehen, identifizieren und finanzieren.
4	Die Direktion und der Verwaltungsrat informieren sich gegenseitig über die Herausforderungen der Qualität/Versorgungssicherheit, die unerwünschten Ereignisse und die Risiken. Diese Organe stellen sicher, dass diese Themen sachgemäss gehandhabt werden.
Neue Empfehlungen	
5	Alle höheren Kaderstellen und die Direktion für eine nicht-bestraufende Reaktion auf Fehler (Just Culture) und für die Organisation der Unterstützung von Sekundäröpfen sensibilisieren beziehungsweise entsprechend schulen.
6	Den Verwaltungsrat für seine Rolle im Bereich Versorgungsqualität und Patientensicherheit sensibilisieren beziehungsweise schulen.
7	Richtlinien festlegen, in denen präzisiert wird, wann Sanktionen infolge eines Zwischenfalls möglich sind und wann sie zu vermeiden sind.
8	Die Meldungen schwerer Zwischenfälle systematisch bearbeiten und daraufhin mithilfe einer rigorosen Methode wie dem <i>London Protocol</i> oder dem <i>AcciMap</i> -Ansatz analysieren.



Die KPSVQ bittet das DGSK, den Spitälern und Kliniken im Wallis diese acht Empfehlungen mitzuteilen. Die KPSVQ steht dem DGSK zur Verfügung, um diese Empfehlungen abzugeben und sicherzustellen, dass sie auch umgesetzt werden.



Anhang 1

Versorgungsqualität und Patientensicherheit

2. Fragebogen über die Critical Incidents Reporting Systems (CIRS) der Walliser Spitäler und Kliniken

Version vom 17. Mai 2021

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen bis zum xx.xx.xxxx zu beantworten.

Gemäss Artikel 44 Absatz 2 des Walliser Gesundheitsgesetzes ist die Teilnahme an dieser Umfrage obligatorisch. Die Ergebnisse werden in Form einer anonymisierten Zusammenfassung verbreitet werden.

Person, die den Fragebogen ausfüllt

Name:

Vorname:

Funktion innerhalb des Spitals/der Klinik:

Spital/Klinik

Bezeichnung:

Vollständige Adresse:

Art von Spital/Klinik:

Anzahl VZS total⁷:

Kreuzen Sie das zutreffende Feld an:

1. Das System zur Meldung von Zwischenfällen steht allen Mitarbeitenden zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Einigen Mitarbeitenden (unter «Kommentar» präzisieren welche)		
Kommentar:					
2. Jährlich wird folgende Anzahl Zwischenfälle gemeldet (runden möglich):	Klinische Zwischenfälle:	Nicht-klinische Zwischenfälle			
Kommentar:					
3. Es wird eine anerkannte Taxonomie für die Klassifizierung der Incidents verwendet:	<input type="checkbox"/> Internationale Klassifikation für Patientensicherheit (WHO)	<input type="checkbox"/> IPSEC	<input type="checkbox"/> Generic Occurrence Classification / Generic Reference Model	<input type="checkbox"/> Andere (unter «Kommentar» präzisieren)	<input type="checkbox"/> Nein
Kommentar:					
4. Das Meldesystem Ihrer Gesundheitsinstitution ist:	<input type="checkbox"/> Manuell (Papier)	<input type="checkbox"/> Elektronisch	<input type="checkbox"/> Manuell (Papier) & elektronisch		
Kommentar:					
5. In Ihrem System ist es möglich, einen Zwischenfall unter Gewährleistung der Vertraulichkeit zu melden (keine Übermittlung des Namens der meldenden Person an die Vorgesetzten).	<input type="checkbox"/> Ja, bei jedem Zwischenfall	<input type="checkbox"/> Ja, ausser bei schweren Zwischenfällen	<input type="checkbox"/> Ja, ausser bei strafbaren Zwischenfällen	<input type="checkbox"/> Nein, die Vertraulichkeit kann nicht gewährleistet werden	
Kommentar:					
6. In Ihrem System ist es möglich, einen Zwischenfall anonym zu melden (die meldende Person ist weder über ihren Namen noch über ihr Login zurückzufolgen).	<input type="checkbox"/> Ja, bei jedem Zwischenfall	<input type="checkbox"/> Ja, ausser bei schweren Zwischenfällen	<input type="checkbox"/> Ja, ausser bei strafbaren Zwischenfällen	<input type="checkbox"/> Nein, die Anonymität kann nicht gewährleistet werden	
Kommentar:					
7. Wie viel Prozent der eingegangenen Meldungen erfolgen anonym?	<input type="checkbox"/> 0%-10%	<input type="checkbox"/> 11%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-90%	<input type="checkbox"/> 91%-100%	
Kommentar:					
8. Wenn die für das Zwischenfallmanagement zuständigen Personen die Klassifikation des Zwischenfalls ändern müssen (z.B. um einen als nicht schwer gemeldeten Zwischenfall als schweren Zwischenfall einzustufen), wird die meldende Person darüber informiert (soweit bekannt).	<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, im Allgemeinen	<input type="checkbox"/> Ja, meistens	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant

⁷ VZS = Vollzeitstellen

Kommentar:					
9. Neue Mitarbeitende erhalten systematisch eine Schulung zur Funktionsweise des CIRS.	<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, im Allgemeinen	<input type="checkbox"/> Ja, meistens	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant
Kommentar:					
10. Wie viel Prozent der höheren Kaderstellen (Niveau N-1) und der Direktion (Niveau N) wurden hinsichtlich einer nicht strafenden Reaktion auf Fehler (just culture) geschult (mindestens 2 Stunden)?	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%	
Kommentar:					
11. Wie viel Prozent der höheren Kaderstellen (Niveau N-1) und der Direktion (Niveau N) wurden dahingehend geschult (mindestens 2 Stunden), die Unterstützung von Sekundäröpfern (second victims) zu organisieren?	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%	
Kommentar:					
12. Wie viel Prozent der Verwaltungsratsmitglieder (oder der Mitglieder eines anderen Organs, dem die Generaldirektion Bericht erstattet) wurden in Bezug auf ihre Rolle im Bereich Versorgungsqualität / -sicherheit geschult?	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%	
Kommentar:					
13. Es werden Besprechungen organisiert, an denen den Mitarbeitenden eine Rückmeldung zu den Zwischenfälle Analysen gegeben wird.	<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, im Allgemeinen	<input type="checkbox"/> Ja, meistens	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant
Kommentar:					
14. Ihnen zufolge besteht die Nützlichkeit des CIRS darin:	(offene Antwort)				
Kommentar:					
15. Sie verfügen über Richtlinien, in denen festgelegt ist, wann Sanktionen infolge eines Zwischenfalls möglich sind und wann diese zu vermeiden sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant	
Kommentar:					
16. Allen Abteilungen wird eine jährliche Zusammenfassung der Zwischenfallmeldungen und -berichte zugestellt.	<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, im Allgemeinen	<input type="checkbox"/> Ja, meistens	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant
Kommentar:					
17. Die Meldungen schwerer Zwischenfälle werden systematisch behandelt und es folgen Analysen (unter «systematisch» ist zu verstehen, dass eine Methode wie das «London-Protokoll» mit der damit einhergehenden Exaktheit verwendet wird).	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant
Kommentar:					
18. Wie viele budgetierte VZÄ (Vollzeitäquivalente) werden innerhalb					



Ihrer Organisation für das Zwischenfallmanagement bereitgestellt?					
Kommentar:					
19. Wird für die Analyse und das Monitoring der Zwischenfälle Arbeitszeit gewährt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant		
Kommentar:					
20. Verfügen Sie über ein Monitoring-System für die Meldungen, mit dem Sie beurteilen können, in welchem Stadium sich diese befinden (in der Analysephase, abgeschlossen usw.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant		
Kommentar:					
21. Es gibt eine interne Richtlinie, in der präzisiert ist, wann und wem die schweren Zwischenfälle zu melden sind.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant		
Kommentar:					
22. Wie viele Stunden oder Sitzungen pro Jahr widmet die Direktion der Frage der Versorgungsqualität?	Anzahl Stunden:	Anzahl Sitzungen:			
Kommentar:					
23. Wie viele Stunden oder Sitzungen pro Jahr widmet der Verwaltungsrat der Frage der Versorgungsqualität?	Anzahl Stunden:	Anzahl Sitzungen:			
Kommentar:					
24. Zwischenfälle, die dem gemeldeten schweren Zwischenfall ähneln, werden systematisch herausgesucht (wenn ja, kurz beschreiben, wie diese herausgesucht werden).	<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, im Allgemeinen	<input type="checkbox"/> Ja, meistens	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant
Kommentar:					
25. Die Umsetzung der infolge der Analysen ergriffenen Verbesserungsmassnahmen wird systematisch überprüft.	<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, im Allgemeinen	<input type="checkbox"/> Ja, meistens	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant
Kommentar:					
26. Die Wirksamkeit der beschlossenen Verbesserungsmassnahmen wird systematisch evaluiert.	<input type="checkbox"/> Ja, immer	<input type="checkbox"/> Ja, im Allgemeinen	<input type="checkbox"/> Ja, meistens	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant
Kommentar:					
27. Die Funktionsweise des CIRS wird periodisch evaluiert.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant		
Kommentar:					
28. Alle Mitarbeitenden kennen das CIRS und wissen, wie man es nutzt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein	<input type="checkbox"/> Nein	
Kommentar:					
29. Schwere Zwischenfälle (im Sinne von Art. 44 Gesundheitsgesetz und der Richtlinie über die Pflicht zur unverzüglichen Meldung) werden systematisch den kantonalen Instanzen gemeldet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, wir melden schwere Zwischenfälle nicht	<input type="checkbox"/> Nein, wir hatten keine Zwischenfälle dieser Kategorie	<input type="checkbox"/> Für 2022 geplant	
Kommentar:					



30. Die institutionsinternen Richtlinien, um dem Patienten einen unerwünschten Zwischenfall mitzuteilen:	<input type="checkbox"/> sind definiert und verbreitet und ihre Anwendung gemessen wird	<input type="checkbox"/> sind definiert und verbreitet	<input type="checkbox"/> sind definiert	<input type="checkbox"/> sind nicht definiert
Kommentar:				
31. Der folgende Anteil unerwünschter Ereignisse (definiert als klinische Vorfälle, die zu Patientenschäden führen) wird den Patienten in Ihrer Einrichtung gemeldet (wenn Sie 26-50% überprüfen, geben Sie an, dass zwischen einem Viertel und der Hälfte der unerwünschten Ereignisse dem Patienten, der sie erlebt hat, gemeldet werden, während der verbleibende Anteil aus verschiedenen Gründen nicht gemeldet wird):	<input type="checkbox"/> 0%-25%	<input type="checkbox"/> 26%-50%	<input type="checkbox"/> 51%-75%	<input type="checkbox"/> 76%-100%
Kommentar:				

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen dieses Fragebogens.

