



Fall des Monats März 2017

**Unzureichende Kommunikation vom Arzt zur Pflegekraft bei
Aufnahme und Patientenübergabe**

Fall-Nr.: 146164

Was ist passiert?

Patient mit multiplen Verletzungen wurde von der Rettungsstelle (RTS) auf Station verlegt. Der Patient wurde auf Station aufgenommen, gesichtet und an das Pflegepersonal übergeben, mit der Aussage: Der Pat soll zur OP am morgigen Tag vorbereitet werden, ansonsten sei nichts Auffälliges. Weitere Anordnungen wurden nicht getätigt. Nach Sichtung des Patienten durch das Pflegepersonal fiel ein schlechter AZ auf, woraufhin tagsüber versucht wurde die Stationsärzte zu informieren jedoch ohne jeglichen Erfolg. Während der Prämedikation fiel der Anästhesie ein erhöhter BZ und nach Kontrolle RR: Hypotonie. Die Abteilung für Innere Medizin wurde telefonisch informiert, setzte Infusionen an, die der Pat sofort erhielt. Bei der späteren Sichtung den AVD der Inneren Medizin wurde sofort der diensthabende Chirurg informiert, der den Patient auf die IMC verlegte.

Was war das Ergebnis?

Verlegung IMC des Hauses, mehrtägiger Aufenthalt.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

- gründlichere Aufnahme in RST
- bessere Übergabe an das Pflegepersonal
- gründlichere Aufnahme durch die Stationsärzte

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf? monatlich

Kam der Patient zu Schaden? Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei?

- Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
- Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
- Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)

Altersgruppe: 51-60

Geschlecht: männlich

Zuständiges Fachgebiet: Chirurgie

In welchem Kontext fand das Ereignis statt? anderer Kontext

Wo ist das Ereignis passiert? Krankenhaus

Versorgungsart: Routinebetrieb

Wer berichtet? Pflege-, Praxispersonal



Kommentare

Kommentar des CIRS-Teams im Krankenhaus:

Leider liegen zu dem Fall relativ spärliche Informationen vor. Zwischenzeitlich wurden Anpassungen im organisatorischen Ablauf der Rettungsstelle durchgeführt. Es wird jeder Patient triagiert, hohe Blutdruckwerte fallen demzufolge frühzeitig auf. Laborwerte liegen ebenfalls zügig vor (25 bis 45 min nach Absendung in Abhängigkeit von der momentanen Auslastung der Laborautomaten).

Es ergeben sich mehrere Fragen:

1. Erfolgte eine komplette Untersuchung des Patienten im Rahmen der Betreuung in der Rettungsstelle?
2. Falls nur die aktuelle Anamnese und der Lokalbefund durch den Rettungsstellenarzt erhoben wurde – was absolut akzeptabel ist- wurde die Notwendigkeit der Durchführung der kompletten Untersuchung mit den Ärzten auf Station ausreichen kommuniziert?
3. Welche Befunde wurden in Rahmen der Aufnahme erhoben und welche Anordnungen angesetzt?

Bei Überarbeitung der VA zur stationären Patientenaufnahme werden wir Maßnahmen festlegen, die die Verantwortlichkeiten bei der Patientenübergabe klarer definieren und gleichzeitig die persönliche Verantwortung mit der Anpassung der Dokumentation stärken. Ansonsten sind die bestehenden Regelungen ausreichend.

Kommentar des Anwenderforums:

Ein Patient gelangt aus Rettungsstelle auf Normalstation, wird dort offensichtlich vom Arzt gesehen und an die Pflege übergeben (Anordnung: Vorbereitung zur OP am nächsten Tag). Danach fällt der Pflege ein schlechter AZ auf, jedoch ist kein Arzt für die Pflege erreichbar. Bei der Prämedikation fällt der Anästhesie ein erhöhter BZ und niedriger (?korrekt? oder eigentlich hoher gemeint?) Blutdruck auf, darauf Kontakt zur Inneren Medizin, Intervention und später Verlegung auf IMC, nachdem nun ein diensthabender Chirurg erreicht wurde.

In der Diskussion wurde auf zwei Aspekte fokussiert:

- die Übergabe von der Rettungsstelle auf die Normalstation und
- die Probleme der Kommunikation zwischen Pflege und Arzt auf der Normalstation.



Aus dem Bericht geht nicht eindeutig hervor, wie gründlich der Patienten in der Rettungsstelle untersucht wurde. Das CIRS-Team des Hauses fordert in diesem Zusammenhang eine klare Definition der Zuständigkeit für weitere Untersuchungen: Sollen diese noch in der Rettungsstelle erfolgen oder die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen mit der übernehmenden Station kommuniziert werden? Wie kann sichergestellt werden, dass die noch in der Rettungsstelle erhobenen Befunde dem zuständigen ärztlichen Dienst der Station bekannt gegeben werden?

Dem Bericht zufolge war der Patient auf der Normalstation initial von einem Arzt gesehen worden. Möglicherweise hat sich der Zustand des Patienten verschlechtert, ein Monitoring sollte offensichtlich nicht durchgeführt werden (Die muss ggf. angeordnet werden oder gehört evtl. zur Routine bei Patienten, die aus der Rettungsstelle aufgenommen werden). Für die Pflegenden war über einen längeren Zeitraum kein Stationsarzt erreichbar. Und damit wird ein offensichtlich häufiger auftretendes Problem geschildert, die/der Berichtende schätzt, dass vergleichbare Ereignisse monatlich auftraten.

In vielen Krankenhäusern verfügen alle Ärzte über ein eigenes (DECT)Telefon, das auch unter einer Operation z. B. vom Springer im Saal beantwortet werden kann. Hier sollte in der Klinik geregelt sein, wer für die Normalstation (ggf. für welche Patienten) verantwortlich und ansprechbar ist und in welchem Zeitraum ein Arzt auf Station eintreffen sollte. Auch sollte ein „Plan B“ geregelt sein, wer im Fall, dass niemand in der ersten Linie erreichbar ist, angesprochen werden darf und muss (z. B. die zuständige Oberärztin oder Ärzte der IMC- oder Intensivstation). Möglicherweise bestand im geschilderten Fall bei den Pflegenden die Unsicherheit, ob sie dies „dürfen“.