

Bericht

Titel:	Unzureichende pflegerische Patientenversorgung & Durchführung ärztlicher Anordnung
Zuständiges Fachgebiet:	leer
Altersgruppe des Patienten:	71-80
Geschlecht des Patienten:	weiblich
Wo ist das Ereignis passiert?	Krankenhaus
Welche Versorgungsart:	Routinebetrieb
In welchem Kontext fand das Ereignis...	leer
Was ist passiert?	Während des Einsatzes von Azubi auf einer Station lag eine multimorbide Pat. im einen Isolierzimmer. Die Versorgung erfolgte laut ärztlicher Anordnung. Sie lag mittlerweile seit mehr als zehn Tagen auf Station. Die Pat. konnte sich nicht mehr selbstständig versorgen und war komplett auf das Pflegepersonal angewiesen. Die Pat. nahm kaum was zu Trinken ab, die Flexüle war ständig intakt. Die Mundhöhle war mehr als borckig und ihre Atmung war erschwert und brodelnd. Der Vorschlag des Azubi war abzusaugen, um zu schauen, ob sie danach besser atmet und wieder was zu Trinken annehmen würde und um einer Pneumonie vorzubeugen. Als Azubi bestehen nur wenig Möglichkeiten diese Maßnahmen zu ergreifen. Die Pflegekraft gab an, dass das Absauggerät nur für Notfälle sei. Die nächste Pflegekraft hielt das für eine gute Idee, kümmerte sich aber nicht um die Anschaffung des Absauggeräts. Nach zwei Tagen (Atmung d. Pat. verschlechtert -> brodelnd, Mundpflege reichte nicht aus, konnte nicht richtig schlucken) wurde in Eigeninitiative der ärztliche Dienst bei der Visite gefragt, ob Absaugen nicht angebracht wäre. Der ärztliche Dienst ordnete die Absaugung sowie die Abnahme einer Sputumprobe an. Am nächsten Tag stand das Notfallabsauggerät vor dem Isolierzimmer. Die Pflegekräfte gingen dran vorbei. Gemeinsam mit anderem Azubi wurde versucht die Pat. abzusaugen. Es stellte sich heraus, dass das Notfallabsauggerät nicht vollständig war. Auf Nachfrage bei der Pflegekraft wurde eine desorientierte Antwort gegeben, die dann letztendlich nicht hilfreich war. Die fehlenden Materialien wurden dann eigenständig bei einer anderen Station besorgt und die Patientin wurde abgesaugt. Anschließend bekam die Pat. Fieber, worauf eine Probe vom Sputum eigentlich erfolgen sollte. Dies geschah aber nicht. In der Übergabe wurde berichtet, dass die Pat. schwitzte und erhöhte Temperaturen hat. Die Pat. sollte lt. der Pflegekraft gar nicht mehr gewaschen werden, "da sie ja eh nicht mehr lange hat". Trotzdem wurde die Pat. von Azubi gewaschen. Nach mehreren Tagen (wo sie eigentlich nicht mehr gewaschen sein sollte) verstarb die Patientin.
Was war das Ergebnis?	Unkooperatives Verhalten zwischen Auszubildenen und Pflegekräften, qualvolle Tage der Pat., Wertschätzung der Pat. nicht gegeben, ethisch nicht korrekt
Wo sehen Sie Gründe für dieses Erei...	Die Hierarchie sollte vermieden werden und es sollte versucht werden zusammen mit dem Team eine Lösung zu finden für das Wohl der Patienten.
Kam der Patient zu Schaden?	leer
Welche Faktoren trugen zu dem Ereig...	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.) • Persönliche Faktoren des Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.) • Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.) • Organisation (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.) • Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
Wie häufig tritt dieses Ereignis ungefä...	monatlich

Wer berichtet?

leer

Feedback des CIRS-Teams / Fachkommentar**Kommentar:****Fachkommentar:****Autor: Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch, Facharzt für Palliativmedizin und Anästhesiologie**

Das hier aus der Sicht eines Azubi herangetragene Fallbeispiel, berührt ein wichtiges, aber durchaus nicht ganz seltenes und sicherlich nicht zu vernachlässigendes Problem: Die optimale palliative Betreuung sterbenskranker bzw. sterbender Menschen im Krankenhaus sowie die Kommunikation im Team über Behandlungsziele, Prioritäten und Maßnahmen von Menschen in der letzten Lebensphase. Leider ist es so, dass hierarchische Strukturen oft dazu beitragen, dass nicht interdisziplinär, sondern allenfalls in der eigenen Berufsgruppe kommuniziert wird. Dies trägt zu Mißverständnissen, Spannungen und Vorwürfen bei, durch die Defizite verschlimmert und nicht gebessert werden.

Der Fallgeber weist mit diesem Fallbeispiel eindrucksvoll auf Missstände nicht nur in der Betreuung einer Patientin hin, mit deren Ableben in den nächsten Tagen gerechnet wurde, sondern auch auf Defizite in der Teamarbeit, die dringend einer Korrektur bedürfen. Leider ist dieses Fallbeispiel nicht unbedingt ein Einzelfall, sondern hat durchaus exemplarische Aspekte. Dabei ist es zunächst einmal unwichtig, ob die Form, mit der der Azubi auf aus seiner Sicht bestehende Betreuungsmängel hingewiesen hat, die richtige war und welche persönlichen Faktoren der Beteiligten dazu geführt haben, dass nicht nur Grundprinzipien der palliativen Versorgung sterbender Menschen, sondern auch wichtige Grundsätze der Teamarbeit missachtet wurden.

Auch wenn Vorschläge zur Behandlung durch einen Azubi von Pflegenden und Ärzten als Anmaßung empfunden werden können, so muss doch dafür gesorgt werden, dass die dahinter steckenden und vielleicht auch mit geringer Erfahrung zu begründenden Sorgen Beachtung finden und sowohl den Bedürfnissen des Patienten wie auch den Bedürfnissen der Pflegenden und Ärzte ihren Aufgaben in einer von Zwängen geprägten Arbeitssituation angemessen begegnet wird.

Deutlich wird, dass verschiedene professionelle Parallelwelten bestanden, die eine problemorientierte Herangehensweise an ein Versorgungsproblem bei einer sterbenskranken Patientin und die Kommunikation darüber zumindest aus Sicht des Azubi behindert haben bzw. gar nicht zuließen. Gerade im sensiblen Bereich der symptomorientierten pflegerischen Betreuung in der Terminalphase muss für alle Beteiligten klar sein und vermittelt werden, dass bestimmte Maßnahmen zur Symptomlinderung notwendig sind und auch ergriffen werden müssen, um Leidenslinderung, Komfort und ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen. Dazu gehört auch, dass manche Maßnahmen auch unterlassen werden können oder sollten. Der einzige Grund, aggressive leidenslindernde Maßnahmen (beispielsweise Absaugen, Lagern etc.) zu unterlassen, wäre, dass sie mehr belasten als nutzen. Die Verantwortung dafür darf einem AzuBi nicht übertragen oder aufgebürdet werden, vielmehr geht es darum, dass eine Sterbesituation im Team und für alle Beteiligten nachvollzogen werden kann, so dass sie gemeinsam getragen und ertragen werden kann. Zur guten palliativen Betreuung in der Terminalphase gehören personelle, räumliche und organisatorische Ressourcen, die oft nicht ausreichend vorhanden sind, vor allem aber Kommunikation, Kompetenz in palliativen Grundprinzipien und Kooperation im Team. Nichts bleibt einem Menschen so sehr in Erinnerung wie ein quälendes Sterben.

Der Hauptgrund für eine unzureichende Betreuung Sterbender ist oft die mangelhafte Kommunikation und prognostische Unsicherheit über die terminale Lebenssituation des Patienten. Hinzu kommt, dass in vielen Krankenhäusern, wo immer noch fast 50 % der Menschen sterben, nur wenige Stationen auf das Sterben eingerichtet sind. Nur jeder 3. Sterbende erhält am Lebensende eine notwendige palliative Betreuung [1]. Oft ist der Tod ein Szenario, das droht, und dem zu wenig Beachtung geschenkt wird. Das gilt auch für das Sterben auf Intensivstationen, der häufigste Ort des Todes in Krankenhäusern, besonders in solchen der Maximalversorgung. Obwohl inzwischen fast 10000 Ärztinnen und Ärzte, über 20000 Pflegende eine palliative Zusatzqualifikation erlangt haben, zeigt das Beispiel des Azubi, dass immer noch Defizite vorhanden sind, die ein Sterben unter menschenwürdigen Bedingungen ermöglichen. Palliative Betreuung ist wie Prävention, Kuration und Rehabilitation ein fester Bestandteil der Medizin und Pflege. Dazu gehören Bedürfnisorientierung, optimale Symptomkontrolle, effektive Kommunikation, reflektiertes Entscheiden und gute Teamarbeit.

In den letzten Jahren sind verschiedene Initiativen entstanden, die die Situation schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zum Thema haben und für eine bessere Betreuung Empfehlungen geben. Dazu gehören vor allem die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ [2], Leitlinien zum Sterben auf der Intensivstation [3], palliative Konsiliardienste [4] sowie Ethikkomitees. Auch das vor kurzem vorgestellte Qualitätssiegel „Palliativ-freundliches Krankenhaus und Palliativ-freundliche stationäre Pflegeeinrichtung“ [5] könnte ein Beitrag sein. Besonders die Einrichtung eines palliativen Konsiliardienstes sollte in Krankenhäusern ein wichtiger organisatorischer erster Schritt sein, der Situation des Sterbens im Krankenhaus bzw. im institutionellen Rahmen mehr Beachtung zu schenken und die Kommunikation darüber im Team zu fördern.

Literatur:

[1] Faktencheck Gesundheit. Online:

<https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-palliativversorgung/ergebnis-ueberblick/>

[2] Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Online:

<http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/>

[3] Müller-Busch HC: Palliativmedizin und Sterben auf der Intensivstation – kein Widerspruch. DIVI 2013; 4:22-27

[4] Campbell, ML. Weissman DE, Nelson JE Palliative Care Consultation in the ICU -Fast Facts and Journal of Palliative Medicine. June 2012, 15(6): 715-716

[5] George W, Banat A. Palliativ-freundliches Krankenhaus und Palliativ-freundliche stationäre Pflegeeinrichtung Deutsche Zeitschrift für Onkologie 2014; 46: 131–133