

Zusammenarbeiten, Arbeit teilen, aber nichts vergessen?

„Arbeitsplätze im Krankenhaus verändern sich nicht nur hinsichtlich ihrer Arbeitsgestaltung und Prozessorganisation. Auch Aufgaben und Tätigkeiten sowie dafür erforderliche Qualifikationen und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen unterliegen einem Wandel.“ (Bräutigam et al., 15)¹

Der Behandlungsprozess für Patienten im Krankenhaus wird immer arbeitsteiliger organisiert. Zwischen den Arbeitsschritten, an denen viele Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen beteiligt sind, dürfen keine Lücken entstehen und Informationen müssen korrekt und vollständig weitergegeben werden. Insbesondere bei scheinbar „einfachen“ Unterstützungsprozessen (Transportdienst, Steri etc.) werden gelegentlich die Risiken für Fehler im Prozess oder an den Schnittstellen bei der Übergabe unterschätzt. Für den Bericht des Quartals 2/2017 haben wir dazu einige Beispiele zusammengetragen.

Bild: Konstantinos Kokkinis – shutterstock.com



Der Bericht mit der Fallnummer 146567 über ein nicht auffindbares Pathologie-Präparat zeigt, wie viele einzelne Arbeitsschritte notwendig sind, um ein kleines Stück Gewebe der Pathologie zur Analyse bereitzustellen. Für den Patienten und seine Behandlung ist dieses kleine Gewebestück aber entscheidend. Der Verlust eines Präparates hat in diesem Fall dazu geführt, das hohe Fehlerrisiko beim Unterstützungsprozess des Transports von Präparaten in das Analyselabor zu erkennen. Es wurde eine neue Verfahrensanweisung mit zusätzlichen Sicherheitsschleifen bei einigen Ar-

¹ Literatur: Bräutigam, C. et al. (2014): Arbeitsreport Krankenhaus, erschienen als Arbeitspapier 306, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

beitsschritten erstellt. Wenn Drittfirmen in den Arbeitsprozess eingebunden sind, sollten diese an der Überarbeitung der Verfahrensanweisung beteiligt werden.

Unter der Fallnummer 146929 wird ein Problem bei der Aufbereitung chirurgischer Instrumente beleuchtet. Ein Instrument sollte bei einer Operation eingesetzt werden, war aber nicht richtig gesäubert worden. Beim Öffnen weiterer Instrumentencontainer zeigte sich das gleiche Problem. Die Instrumente waren nicht steril. Es stellt sich die Frage nach einem systematischen Fehler bei der Sterilgutaufbereitung. Im Bericht wird empfohlen, die Mitarbeiter in der Sterilgutversorgung über die Funktion der zu reinigenden Instrumente aufzuklären und die dazu notwendigen Reinigungsmethoden zu schulen. Auch eine zusätzliche fachlich kompetente Endkontrolle bei der Sterilgutaufbereitung könnte dazu beitragen, Schwachstellen ausfindig zu machen und zu beheben. Insbesondere bei der Neueinführung eines Medizinproduktes oder Instrumentes oder einer Reorganisation eines Arbeitsprozesses ist sicherzustellen, dass alle am Prozess Beteiligten über das neue Instrument oder den neuen Arbeitsprozess so informiert werden, dass sie ihre Aufgaben regelgenau erledigen können. Dabei darf auch die Information der an den Unterstützungsprozessen beteiligten Mitarbeitern – hier das Personal der Sterilgutversorgung – nicht vergessen werden. Diese rechtzeitige und vollständige Information gestaltet sich dann besonders schwierig, wenn Teilprozesse und Arbeitsschritte auf externe Firmen verlagert wurden. Dies ist häufig gerade bei der Sterilgutversorgung der Fall.

Der letzte vorgestellte Bericht mit der Fallnummer 146290 lenkt den Blick auf die Schnittstelle zwischen Unterstützungs- und Behandlungsprozess, in diesem Fall auf mangelnde oder fehlende Übergabe von Informationen zwischen Hol- und Bringedienst und Stationspflegepersonal.

Ein Patient wird nach einem Eingriff wieder auf die Station gebracht. Wie in den meisten Krankenhäusern üblich, erledigt diese Arbeit ein Hol- und Bringedienst. In dem berichteten Fall wird der Patient in das Krankenzimmer zurückgebracht, eine direkte Informationsübergabe zwischen Hol- und Bringedienst und dem Pflegepersonal auf der Station unterbleibt jedoch. Über die notwendige Bettruhe konnte der Patient vom Pflegepersonal folglich nicht informiert werden. Aus dem vorliegenden Fall ist nicht ersichtlich, ob der Mitarbeiter des Hol- und Bringedienstes entsprechend geschult war und Anweisungen für eine korrekte Übergabe bereits vorlagen. Eine solche Situation kann auch durch ein hohes Arbeitsaufkommen beim Hol- und Bringedienst oder beim Pflegepersonal entstanden sein. Dennoch muss die persönliche Übergabe sichergestellt werden, damit der Patient gut und lückenlos versorgt wird. Der Fachkommentar empfiehlt, als Hilfsmittel die Patientenakte einzusetzen, die vom Transportdienst wie ein Stafelstab persönlich an das Pflegepersonal oder den Stationsarzt übergeben werden sollte. Das Übergabeverfahren ist so zu gestalten, dass es auch in Stresssituationen funktioniert oder der Prozess zumindest bis zur Klärung,

ob ein Informationsverlust vorliegt, unterbrochen wird. Schulungen und ein Sich-Bewusst-Machen, welche Konsequenzen ein Informationsverlust durch eine fehlende Übergabe haben kann, spielen in diesem Zusammenhang eine sehr wichtige Rolle, um für das Thema zu sensibilisieren. Daneben sollte ein wertschätzendes Feedback zwischen den Berufsgruppen gelebte Praxis sein.

Schnittstellenprobleme zwischen dem eigentlichen Behandlungsprozess und den Unterstützungsprozessen können dadurch aufgedeckt werden, dass nicht-ärztliches und nicht-pflegerisches Personal in das hausinterne CIRS einbezogen werden. So werden prozessuale Risiken an den Schnittstellen zu den Unterstützungsprozessen schneller erkannt.

Für die CIRS-NRW-Gruppe:

Kay Winkler-Parciak, Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH
Robert Färber, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen
Lea Santkiewitsch, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen