

„Wer nicht hören will, muss fühlen!“

In Fehlermeldung 184320 wird vom Pflegepersonal berichtet: „Mesalazin Rektalschaum wurde nicht verabreicht. Andere, wichtigere Sachen hatten Priorität. (Erhöhter Blutzucker eines anderen Patienten, pflegeaufwendige Patienten)“. Gründe für diesen Fehler werden in der Organisation gesehen (zu wenig Personal, Standards, Arbeitsbelastung, Abläufe etc.), der Fehler trete etwa monatlich auf.

Ist das überhaupt eine Fehlermeldung? Oder doch eher eine Überlastungsanzeige? Was ist hier eigentlich passiert: In einer Belastungssituation muss die Pflegekraft feststellen, dass sie nicht genügend Ressourcen für die Erfüllung aller Aufträge zur Verfügung hat. Der Medikamentengabe wird eine niedrigere Priorität zugeordnet, das Medikament wird nicht gegeben. Das ist alles nicht gut, aber mit einer zeitnahen Rückmeldung an Vorgesetzte und an den anordnenden ärztlichen Dienst wäre die Situation wahrscheinlich zu klären gewesen, und auch die zugrundeliegende Überlastung wäre damit zumindest angezeigt worden.

Die Meldung als CIRS-Fall lässt allerdings vermuten, dass in dieser Situation keine zeitnahe Information an Vorgesetzte oder den ärztlichen Dienst erfolgte, vielleicht wurde lediglich schriftlich dokumentiert. Damit hätte dann aber die Pflegekraft die Verantwortung für eventuelle kurzfristige Folgen der Unterlassung übernommen, denn in der Delegation darf darauf vertraut werden, dass Anordnungen sach- und fachgerecht durchgeführt werden.

Aus welchen Gründen nimmt man so etwas in Kauf? Möglicherweise wurden frühere Überlastungs-Meldungen als wirkungslos erlebt. Dann wäre das Bedürfnis nachvollziehbar, mit dem Unterlassen eine „deutlichere Sprache“ zu sprechen, die Situation bewusst „eskalieren“ zu lassen: „Wer nicht hören will, muss fühlen“, auch in der Hoffnung, dass dann vielleicht die Ärzte weniger anordnen oder Druck bei der Geschäftsleitung machen für eine Entlastung der Pflege.



Das gegenseitige Vertrauen dürfte allerdings durch das Nicht-Zuhören und das Nicht-Ausführen erstmal heftig gelitten haben. Als nächste Eskalationsstufe käme dann nur noch „Macht Euren Sch... doch selbst!“. Der Weg zurück zu einer vertrauensvolleren Zusammenarbeit führt über das interprofessionelle Gespräch, am besten in einer regelmäßigen Struktur: formell, z. B. als regelmäßiges interprofessionelles Teamgespräch, oder informell, z. B. als morgendliche interprofessionelle Besprechung an der

Stations-Tafel und vor allem patientenbezogen auf gemeinsamen interprofessionellen Visiten.

Dann verantwortet das therapeutische Team die Heilung des Patienten gemeinsam – und kämpft idealerweise auch gemeinsam um die notwendigen Ressourcen für alle Berufsgruppen im Team.

Für die CIRS-NRW Gruppe:

Christoph Fedder, Evang. Krankenhaus Hagen-Haspe

Dr. Michael Gösling, Christophorus Kliniken Coesfeld, Dülmen, Nottuln

Kay Winkler-Parciak, Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH

Bildnachweis: blende11.photo – Fotolia.com