Notfallkommando – Kommunikation in Notfallsituationen für Gesundheitsberufe



29. April 2017, 13.30 – 16.00 Uhr

Julia Stemmler

Fachkrankenschwester Intensiv & Anästhesie Studierende B.A. Pflegepädagogik

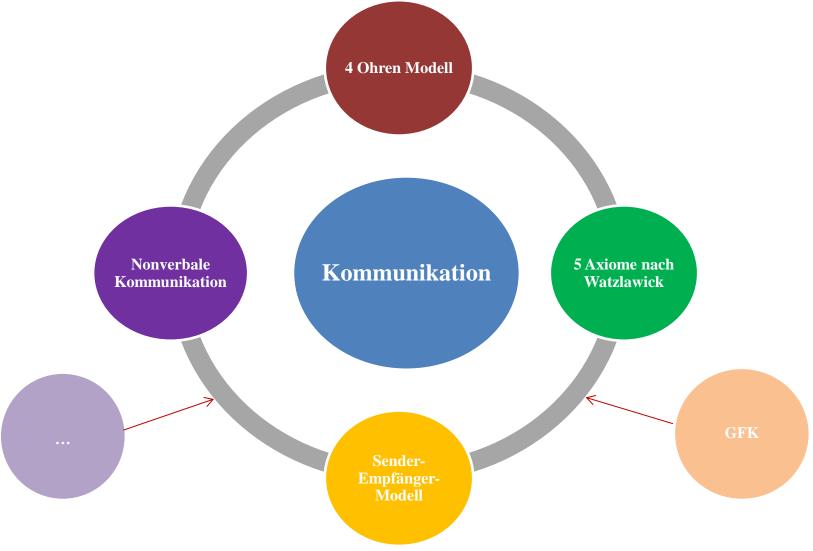
Uwe Hecker

Fachkrankenpfleger Intensiv & Anästhesie

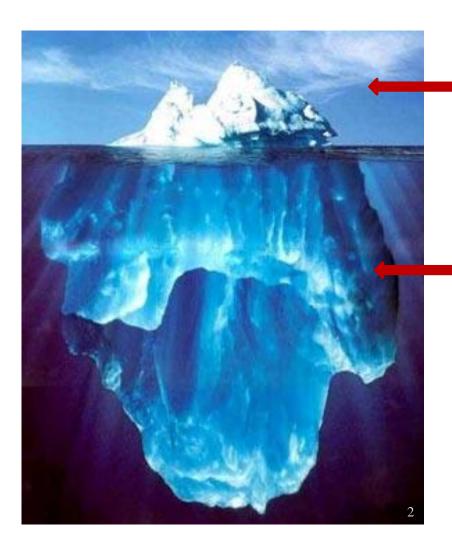


- Modelle der Kommunikation
- Herausforderungen an die Kommunikation
 - Human Factor, Autoritätsgradient, Stress, Fixierungsfehler,
 Teamkommunikation
- Strategien in Notfallsituationen
 - BLS, ALS, Akronyme, CRM
- Fallarbeit

Kommunikationsmodelle



Kommunikation was ist das?



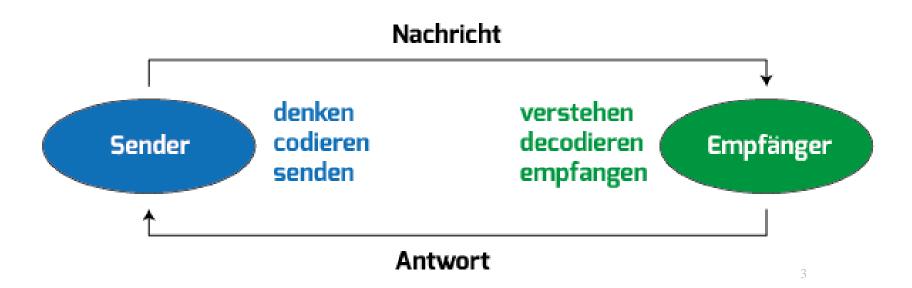
30% verbale Kommunikation:

- 7 % Inhalt
- 23% Paraverbal

70% Nonverbale Kommunikation:

- Mimik
- Gestik
- Körperhaltung
- Körperkontakt
- Räumliches Verhalten
- Blickrichtung

Sender- Empfänger- Modell

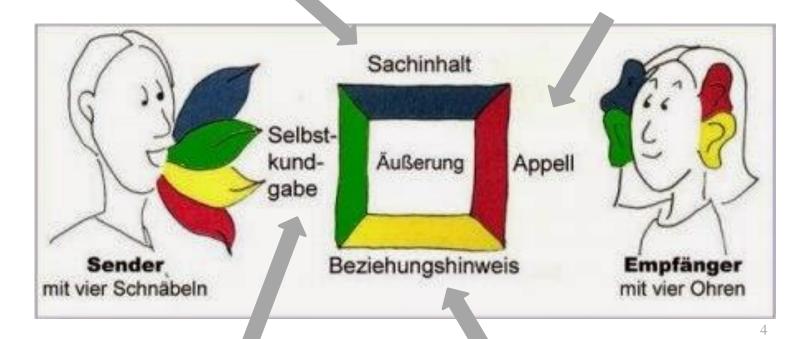


- Problem des Codierens und Decodierens
- Problem des Übertragungsweges

Die 4 Seiten einer Nachricht

Was ist der Sachinhalt der Nachricht?

Was soll ich tun/denken/fühlen aufgrund der Nachricht?



Was ist sein Wunsch? Was möchte/braucht er?

Wie redet er eigentlich mit mir? Wie steht er zu mir?

Die 5 Axiome nach Watzlawick





Die 5 Axiome nach Watzlawick

- 1. Kommunikation geschieht immer und überall
- 2. Kommunikation findet immer im Beziehungskontext statt
- 3. Kommunikation ist immer ein Kreislauf aus Reiz und Reaktion
- 4. Kommunikation bedeutet Wissens- und Beziehungsvermittlung eines Aspektes
- 5. Kommunikation hat einen Interaktionsablauf, der auf Gleichheit oder Ungleichheit basiert.

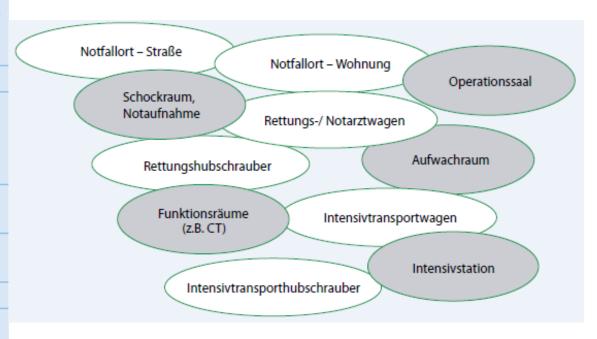


- Kommunikation findet immer mehrdimensional statt.
- Kommunikation ist immer eine wechselseitige Interaktion.
- Das Umfeld beeinflusst das Verständnis einer Nachricht.
- Die nonverbale Kommunikation unterstreicht und verdeutlicht das Verbale.
- Durch die unterschiedlichen Perspektiven auf eine Nachricht kann es sehr schnell zu Missverständnissen kommen.

Unser Kommunikationsfeld

Tab. 1 Spezifika der Akutmedizin

- Hoher Komplexitätsgrad
- Akuter Handlungs- und Entscheidungsdruck
- Interaktion zwischen Menschen, die sich in Stress befinden
- Ungleichmäßige Arbeitsbelastung
- Teilweise Adhoc-Teams, Zusammentreffen wenig eingespielter Teams
- Interdisziplinarität, unterschiedlicher Professionalisierungshintergrund
- (Präklinisch) teilweise schwierige Gegebenheiten, z.B. Lärm
- Teilweise eingeschränkte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten
- Steile Hierarchien in der Medizin
- Autoritäres Verhalten von Vorgesetzten
- -"Name blame shame" -Fehlerkultur
- Hoher Technisierungsgrad
- Ausbildung zumeist auf "technical skills" konzentriert
- Große Anzahl an Schnittstellen und Patientenübergaben



Aus:

Burghofer und Lackner 2010: Kommunikation. Risikofaktor in der Akutmedizin. S. 363-364

Hindernisse in der Kommunikation und Teamarbeit

Stress

Autoritätsgradient

...

Teamdynamik

Technisiertes Handlungsfeld

Umgebungsfaktoren

Patienten-Interaktion

Human Factor

Auswirkungen von schlechter Kommunikation

- Jeder dritte Fehler auf Intensivstation ist durch eine mangelhafte
 Kommunikation bedingt. (vgl. Gireud et al. 1993)
- 80-90% der Behandlungsfehler in Notfallsituationen lassen sich auf menschliche Faktoren zurückführen. (vgl. St.Pierre et al 2011 S.7)
- Im Gesundheitswesen hat man eine 7-fach höhere Chance Mobbingopfer zu werden. (vgl. Tewes 2010 S.77)

■ Tab. 1.3 Häufigkeit und Ursache von Fehlern in der Intensivmedizin

Häufigkeit von Fehlern	Quelle
15% aller Patienten erleiden eine unerwünschte Arzneimittelwirkung oder einen Medikamentenfehler	Benkirane et al. 2009
Von 100 Medikamentenverschreibungen sind 3,6 fehlerhaft; in 81% handelt es sich um klinisch relevante Fehler	Buckley et al. 2007
63–83% aller kritischen Ereignisse sind auf menschliche Fehler zurück- zuführen	Cullen et al. 1997
Bei 26,8% aller Patienten wird mindestens 1 Fehler begangen; für 10% der Patienten haben diese Fehler negative Konsequenzen; treten mehr als 2 Fehler auf, erhöht sich das Mortalitätsrisiko um den Faktor 3	Garrouste-Orgeas et al. 2010
Jeder 10. Neuzugang der Intensivstation wurde aufgrund eines vor- angegangenen Behandlungsfehlers intensivpflichtig	Darchy et al.1999
13–51% aller Zwischenfälle sind potenziell für den Patienten bedrohlich	Donchin et al. 1995; Beckmann et al. 2003
Pro Patient werden täglich 0,3–1,7 fehlerhafte Handlungen begangen	Donchin et al. 1995; Beckmann et al. 2003
31% der Patienten erleiden während ihres Intensivaufenthalts eine jatrogene Komplikation	Donchin et al. 1995
Jeder 3. Fehler ist durch fehlerhafte Kommunikation bedingt	Giraud et al. 1993
15% aller Patienten erleiden ein unerwünschtes Ereignis; 92% der Fehler sind vermeidbare menschliche Fehlhandlungen	Graf et al. 2005
20% aller Medikamentengaben sind fehlerhaft	Kopp et al. 2006
Während der ersten 7 Tage nach Aufnahme erleiden 55% aller Hoch- risiko-Neugeborenen einen oder mehr Fehler; in 84% handelt es sich dabei um Medikamentenfehler	Lerner et al. 2008
Bei 36,1% aller Interhospitaltransfere kam es zu unerwünschten Ereig- nissen; in 67% waren es vermeidbare menschliche Fehler	Lim u. Ratnavel 2008

Aus: St.Pierre und Hofinger 2011 S.15

Human Factor

= die psychischen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten eines Menschen, welche den Umgang mit anderen Menschen und den Umgang mit dem technischen Umfeld beeinflussen.



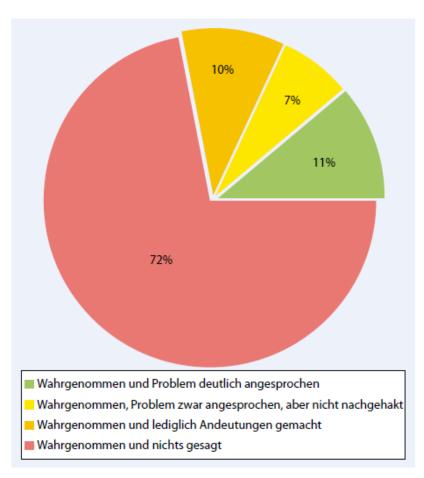
- Umgang mit einer Entscheidungsfindung
- schnelles Auffassungsvermögen bei Veränderungen
- Umgang mit Zeitdruck und hohem Stressniveau
- Adaptionsfähigkeit an verschiedene Situationen und Teams
- Selbstreflektion und Grenzwahrnehmung

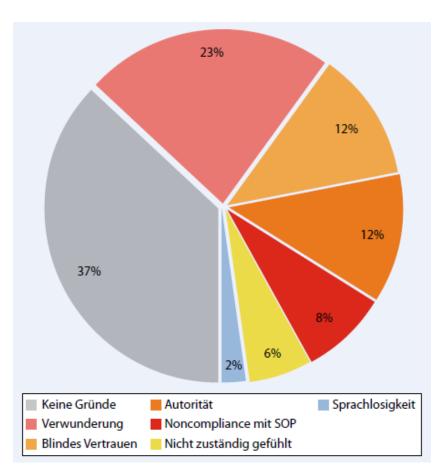
Autoritätsgradient

- = Der zu große, oder auch nicht-existente, hierarchische Unterschied zwischen zwei Personen und dessen Auswirkungen.
 - Zweifel und Bedenken an der Therapie und Pflege werden nicht geäußert.
 - Geringere eigene Entwicklung durch fehlenden Diskussions- und Handlungsspielraum.
 - Angst vor Sanktionen.
 - Einseitige Perspektiven auf die Therapie und Pflege.
 - Höhere Patientengefährdung, aufgrund von unangesprochenen Fehlanordnungen oder Pflegefehlern.

Autoritätsgradient:

"Äußern Assistenzärzte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken?"





Aus: St.Pierre et al 2012 S. 862

Stress

Tab. 3 Beispiele für akute und chronische Stres Akute Stressfaktoren	Chronische Stressfaktoren
Privater Stress	Privater Stress
Akustische Alarme	Chronischer Schlafmangel
Organisatorischer und medizinischer Zeitdruck	Regelmäßig zu lange Arbeitszeiten
Komplexität der Tätigkeit	Zunehmende Arbeitsverdichtung
Müdigkeit	Zunehmender Leistungsdruck (häufig gepaart mit insuffizienten Arbeitsabläufen)
Schlechte Teambedingungen (mangelnde Kom- petenz aufgrund der Teamzusammenstellung, schlechte zwischenmenschliche Bedingungen, die u. a. zu Kommunikationsproblemen führen)	Mangelnde Unterstützung bzw. Rückhalt bei Vorgesetzten
Fachliche Überforderung	Mangelhafte Fehlerkultur
Unklare Verantwortungen und Kompetenzen	Fehlende Kultur, um mit menschlichem Leid und Tod umzugehen

Aus: Waeschle et al 2015: Fehler in der Medizin S. 695

Fixierungsfehler

Tab. 1 Typische Fixierungsfehler und ihre Bedeutungen. (Nach [20])				
Fixierungsfehler	Beispiel	Bedeutung		
Dies und nur dies	"Das kann nur eine Ana- phylaxie sein"	"Positive Fixierung" Das Individuum fixiert sich auf die initial gestell- te Diagnose bzw. den gewählten Therapieansatz und ignoriert entsprechend vorliegende wider- sprüchliche Informationen		
Alles, nur das nicht	"Der Patient kann keine Lungenembolie haben"	"Negative Fixierung" Das Individuum fixiert sich auf den Ausschluss der korrekten Diagnose bzw. der durchzu- führenden, notwendigen Therapiemaßnahme, obwohl diese aufgrund der vorliegenden Infor- mationen richtig wären		
Es ist alles okay	"Der Patient ist stabil"	Vollständiger Neclect eines Problems trotz aus- reichender Hinweise. Da kein Problem gesehen wird, erfolgt keine Handlung		

Aus: Waeschle et al 2015: Fehler in der Medizin S. 695

Teamwork und Kommunikation

- Unklare Kommunikation und Missverständnisse
- Unklare Rollen und Aufgabenverteilung
- Probleme in der Entscheidungsfindung
- Wertschätzung im interprofessionellen Team
- Fehlerkultur
- Kommunikationskultur

•



7

Teamwork?



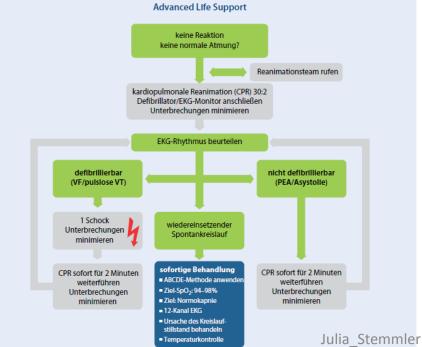
Strategien in Notfallsituationen



Algorithmen









Aus: Soar, J. et al (2015): Erweitere Reanimationsmaßnahmen für Erwachsene. Kapitel 3 der Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resusciation Council. In: Notfall und Rettungsmedizin 2015-18. S. 780

Akronyme

= Ein Akronym kann auch als ein **Initialwort** bezeichnet werden, welches zusammenhängende Dinge übersichtlich gestaltet und einprägend ist.

Hierbei werden die **Anfangsbuchstaben** der Maßnahmen, oder Schlagwörter, **als ein Wort zusammengefügt**.

- > Soforthilfe für Laien
- > Strukturierung von Anamnese, Untersuchung und Therapie
- > Strukturierung der Übergabe
- Überblick über Ursachen bestimmter Situationen

Akronyme

AIBCIDIR-Scheima

4 H's und HITS

5 W's



IPPA(F)-Schema

Crisis Resource Management (CRM)

= Simulatorbasiertes Training von Hard- und

Softskills im interdisziplinären Team.



- Strukturierte Entscheidungsfindung im Team
- Teamführung
- Rollen- und Aufgabenverteilung im Team
- Identifikation von Schwachstellen/Problematiken im

Team

Aus: Pierre und Breuer 2013 S.141

Situation Awareness

Kommunikation

verbal & non-verbal

Entscheidungs-

findung

Aufgaben-

management

- Sensibilisierung f
 ür Fehler und deren Ursachen
- Trainieren von selten und speziellen Situationen

Teamwork

CRM-Leitsätze

Le	itsätze des Crisis Resource Management (CRM)	
1	Kenne Deine Arbeitsumgebung!	
2	Antizipiere und plane voraus!	
3	Fordere Hilfe an – lieber früh als spät!	
4	Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied mit Beharrlich keit!	Aufgaben- und Rollenverteilung
5	Verteile die Arbeitsbelastung!	
6	Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personen und Technik)!	
7	Kommuniziere sicher und effektiv – sag was Dich bewegt!	Closed-Loop-Communication
8	Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen!	
9	Verhindere und erkenne Fixierungsfehler!	FOR-DEC-Entscheidungsfindungsmodell
10	Habe Zweifel und überprüfe genau ("double check", nie etwas annehmen)!	
11	Verwende Merkhilfen und schlage nach!	
12	Re-evaluiere die Situation immer wieder!	
13	Achte auf gute Teamarbeit – andere unterstützen und sich koordinieren!	
14	Lenke Deine Aufmerksamkeit bewusst!	Situation Awareness
15	Setze Prioritäten dynamisch!	
		26

Fallbearbeitungen

- Bilden Sie interdisziplinäre Gruppen á 6-7 Personen und erarbeiten Sie die fehlerhaften Handlungen in den Notfallsituationen.
- Geben Sie Handlungsempfehlungen auf Basis der Workshop-Inhalte und weiterem vorbestehenden Wissen, um die Notfallsituation adäquat zu beherrschen.
- Dauer: 30min
- Bitte bestimmen Sie 1-2 Gruppensprecher, welche die Ergebnisse vorstellen.
- Besprechung im Plenum.

Fall 1

Kennen Sie das?

Auf der Kinderstation des Kreiskrankenhauses wurde am Nachmittag der anderthalbjährige Florian mit der Verdachtsdiagnose »Fieberkramp« aufgenommen. Gegen 13:00 h habe die 18-jährige alleinerziehende Mutter, das Kind »zuckend« vorgefunden und zunächst versucht den Kinderarzt zu erreichen. Da sie diesen nicht erreichen konnte, rief sie schließlich den Rettungsdienst, der in Begleitung des Notarztes Florian und seine Mutter in die Klinik brachte. Nach problemloser Erstversorgung und Weiterbehandlung in der Ambulanz, wurde Florian schließlich um 16:30 h auf der Kinderstation zur Überwachung aufgenommen.

Der Nachmittag und die Abendstunden verlaufen problemlos. Um 21:45 h beginnt der Nachtdienst, die Auszubildende Paula Schmidt befindet sich im 2. Ausbildungsjahr und hat gemeinsam mit der Kinderkrankenpflegerin Gertrud Weber ihren ersten Nachtdienst. Um 2:30 h werden beide von Florians Mutter verständigt: »Der Flori krampft schon wieder und er hat sich den Kopf an seinem Gitterbettchen angestoßen – Kommen Sie schnell!«. Daraufhin eilen beide zu dem noch immer krampfenden Florian.

Frau Weber verständigt sofort das Notfallteam. In dem Krankenhaus wird hierzu der anästhesiologische Bereitschaftsdienst - Anästhesiepflegekraft und Anästhesist - geweckt. Zwischenzeitlich bekommt Florian eine Diazepamrectiole von Frau Weber verabreicht, Florian läuft blau an, Nach endlos langen 5 Minuten trifft das Notfallteam ein, Florian krampft immer noch. Der Anästhesiefachkrankenpfleger Johannes Müller öffnet sofort den Notfallrucksack, zieht den Beatmungsbeutel heraus und gibt diesen an die Anästhesistin Frau Dr. Sommer weiter. Diese beginnt sofort damit die Atmung von Florian zu unterstützen und ruft mehrfach laut: »Sättigung? ... Sättigung!«. Frau Weber rennt wortlos aus dem Zimmer, um das Pulsoxymeter zu holen, während Herr Müller über die mitgebrachte EKG-Defi-Einheit versucht eine Sättigung an der Hand von Florian abzuleiten. Paula fühlt sich jetzt maßlos überfordert und ruft Frau Dr. Sommer zu: »Sagen Sie mir, was ich tun soll?«. Die Frage bleibt unbeantwortet. Bedingt durch das Krampfereignis hat Florian seinen venösen Zugang verloren. Frau Dr. Sommer zu Herrn Müller: »Bebeutel du weiter!«. Die Sättigung ist bei 85%, die Herzfrequenz auf dem EKG entsprechend tachykard. Frau Dr. Sommer: »Zugang!« und schaut dabei Paula an. Diese antwortet: »Ich habe noch nie einen Zugang gelegt!«. In diesem Moment kommt Frau Weber wieder hinein und bringt einen Pulsoxymeter. Herr Müller fährt sie sofort an: »DU bleibst jetzt hier und hilfst Frau Dr. Sommer bei der Anlage eines Zugangs!«. Paula beginnt daraufhin eine Infusion vorzubereiten.

Die Mutter des kleinen Florian ist zwischenzeitlich in einer Ecke des Zimmers verschwunden, sie heult zwar laut und verzweifelt, aber wird zu diesem Zeitpunkt von keinem der Teammitglieder bemerkt. In diesem Moment krampft Florian erneut. Frau Dr. Sommer alarmiert den Hintergrunddienst der Anästhesie. Dieser ist heute durch den langjährigen Oberarzt Dr. Faust besetzt, der nur wenige Meter von der Klinik entfernt wohnt. Dr. Faust trifft nur wenige Minuten später ein. Florian krampft. Da die Venenverhältnisse schwierig sind, entschließt

sich der Oberarzt zur Anlage eines intraossären Zugangs.
Dies gelingt unterhalb des Knies auf Anhieb.

»Wir intubieren«, befiehlt der Oberarzt und übernimmt das
Kommando. »Herr Müller, bereiten Sie alles für die Intubation vor.
Frau Sommer, ziehen Sie Fentanyl, Trapanal und Esmeron auf.«
Florians Kreislaufverhältnisse bleiben stabil.

»Frau Weber, rufen Sie in der Kinderklinik an und bestellen den Kindernotarztwagen. Wir verlegen!« Frau Weber bestätigt die Anweisungen des Oberarztes: »Ich rufe in der Kinderklinik an und organisiere das.«. Paula steht etwas fassungslos neben dem aktiven Geschehen und beobachtet ihre Kollegen. Sie weiß, dass sie jetzt nicht helfen kann. Durch einen kurzen Blickkontakt zum Oberarzt erkennt sie jedoch, dass sie sich um die Mutter kümmern soll. Der OA nutzt keine Worte, signalisiert ihr aber mit einer eindrucksvollen Kopfbewegung, sie möge sich doch um die Mutter kümmern. Daraufhin geht sie zu ihr und nimmt sie in den Arm. Sie ist ja selbst genauso geschockt.

Die Intubation gelingt problemlos. Nach 15 Minuten trifft die Besatzung des Kindernotarztwagens ein. Während der Verlegungsarzt gemeinsam mit Dr. Sommer und OA Dr. Faust die Übergabe machen, hilft Paula der Mutter beim Zusammenpacken der Sachen. Wenige Momente später liegt Florian auf der Intensivtrage des NAW's. Der Transport beginnt. Dr. Faust bittet alle Beteiligten in den Aufenthaltsraum. Frau Weber bittet darum, kurz eine Runde durch die Zimmer machen zu können, um noch einmal überall nach dem Rechten zu sehen. Dr. Faust stimmt zu und 10 Minuten später treffen sich alle Beteiligten im Aufenthaltsraum der Kindestation zu einer Nachbesprechung (▶ Abschn. 5.3.1).

Ausarbeitung des Falles 1

PROBLEME

- -> erst Strukturierung, als OA am Bett.
- Keine klaren Anweisungen
- Keine klaren Infos zum Equipment
- Rollenverteilung, ad-hoc-Team
- Unklare Kommunikation, Kommunikation in den Raum,
- Unklare Aufgabenadressierung
- Medikationsapplikation ohne Anordnung/RS
- Fehlende Übergabe von KiKrPf an NFT, und NFT an OA
- Keine weiterführende Diagnostik
- Überwachung des Patienten bis der NFT/OA eintrifft?
- Personelle Besetzung? Schülerin als Vollzeitkraft?
- Fehlende O2-Applikation
- KrPfl lässt Schülerin allein

HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Klare Adressierung der Aufgaben
- Fachkompetenz/Arbeitsplatzkompetenz, Wissen um Ressourcen
- Klare Instruction der Schülerin zum Zuschauen
- Notfallschulungen f\u00fcrs Personal
- Unklares Equipment des NFT
- Teamkommunikation und Arbeitsverteilung
- Closed-Loop-Communikation
- Monitorüberwachung
- Schüler und Mutter aus dem Zimmer// Betreuung der Mutter durch Schüler
- 10für10
- Bei Integration der Mutter klare Aufgabenzuweisung
- Nachbesprechung positiv

Fall 2

Ein Montag wie jeder andere

Es ist ein Montag wie jeder andere: Auf Ihrer chirurgischen 10-Betten-Intensivstation stehen heute vier Verlegungen und drei Aufnahmen an. Kurz vor Dienstbeginn ruft eine Kollegin an, dass sie heute wegen hohem Fieber ihres Kindes nicht zum Dienst kommen kann. Somit sind Sie heute nur vier Pflegekräfte im Dienst: Thorsten und Nina, beide Fachpflegende mit mehreren Jahren Berufserfahrung, sowie Kim und Alexandra, welche beide erst seit einem Jahr auf Ihrer Intensivstation tätig sind. In der Morgenvisite wird starker Druck gemacht, dass die vier Patienten möglichst schnell verlegt werden sollen. Oberarzt (OA) Dr. Treiber lässt einen seiner üblichen Sprüche fallen: »Die Pflege soll sich halt mal ein wenig beeilen, weniger Kaffee trinken und Reden, und dann geht das schon.« Kim weiß in dem Moment nicht wie sie reagieren soll, denn sie ist durch diese verurteilende Aussage vor den Kopf gestoßen und sprachlos. Während ihr Thorsten beim Drehen ihres spontanen Patienten hilft, macht sie ihrem Frust über den Arzt Luft:

»Dieser Treiber wieder, so oft macht er solche abwertenden Aussagen. Ich dachte der war selber mal Krankenpfleger; der weiß ja eigentlich was wir hier die ganze Zeit tun. Was denkt der eigentlich wer er ist?«. Thorsten reagiert gelassen, denn er arbeitet seit Jahren mit dem OA zusammen und hat nach mehrfachem Kontrageben und Ansprechen solcher Aussagen eine gute Beziehung zu ihm. »Dr. Treiber ist am Anfang immer sehr misstrauisch neuen Kollegen gegenüber, aber sein Ton ist trotzdem nicht richtig.«. Als Kim die Bettdecke über den Patienten legen möchte, wird sie durch Thorsten aufgehalten. Ihm ist aufgefallen, dass sich durch das Drehen des Patienten plötzlich der Wunddrainagebeutel mit frischem Blut füllt.

In dem Moment beginnt der Blutdruck des Patienten auf 90 mmHg systolisch zu fallen und die Herzfrequenz steigt auf 145/min an. Sofort ruft Thorsten einen Notfall im Zimmer 2 aus und ruft nach dem Arzt. Kim starrt den Patienten und den Monitor an, geht ein paar Schritte zurück und schaut Thorsten verängstigt und fragend an. Thorsten beginnt zu instruieren.

»Hol mir sofort Nina dazu und bring die Notfallmedikamente aus dem Kühlschrank mit.« Der Stationsarzt Dr. Müller kommt hinzu und überblickt die Lage: Er schickt sofort Kim erneut los, damit sie kristallines Volumen, die 4 vorhandenen Erythrozytenkonzentrate, Tranexamsäure, 2 g Fibrinogen und 2000 IE PPSB richtet, und weist sie an, in der Blutbank 15 FFP's und 10 Notfall-EK's anzufordern. Während er zusätzlich OA Treiber verständigt, soll Nina sich um das Kreislaufmanagementmanagement kümmern und den Blutdruck durch Katecholamine bei einem MAP von 60 mmHg stabil halten. Parallel nimmt sie eine Blutgasabnahme (BGA) ab und schickt Alexandra mit dieser zur Analyse. Thorsten appliziert dem Patienten O₂ über eine Maske. Nina beginnt mit der Gerinnungsfaktorenapplikation und Blutdruckstabilisierung, aber die Blutung des Patienten nimmt stetig weiterhin zu: Der Drainagebeutel muss gewechselt werden und der zweite Beutel beginnt sich zügig zu füllen. Dr. Müller hat mittlerweile die EK's angehängt und Kim soll diese mit Druck in den Patienten drücken.

Der Patient wird zunehmend tachyarrythmischer und springt dann in eine VT um. Der Blutdruck fällt weiter auf 60 mmHg systolisch, Dr. Müller weist die sofortige Adrenalingabe an, befielt Alexandra das Notfallteam anzurufen und beginnt mit der Herzdruckmassage. Thorsten übernimmt die Maskenbeatmung des Patienten. Nina appliziert 1 mg Adrenalin und bestätigt die Gabe: »1 mg Adrenalin appliziert.«.

Fall 2 II

Dr. Treiber kommt hinzu und erkennt den Ernst der Lage. Er stellt eine Indikation zur Not-OP bei Indikatorblutung und telefoniert sofort mit dem OP. Daraufhin schnauzt er Kim an. warum sie nicht schon längst den Defibrillator geholt hat, sie würde doch hoffentlich sehen, dass der Patient eine VT hätte. Kim rennt schleunigst los und holt zornig den Defibrillator. Dr. Müller verteilt die Aufgaben erneut: Nina soll nach der Defibrillation 300 mg Amiodaron applizieren und dann alle 4 min die Gabe von Adrenalin wiederholen. Zudem soll sie alle 2 min die Rhythmuskontrolle ausrufen. Thorsten wird dem neu hinzugekommenen Anästhesisten vom Notfallteam bei der Maskenbeatmung und folgenden Intubation assistieren und Kim wird die weiteren vier Notfall-FK's (Blutgruppe 0) und sechs FFP's mit Druck dem Patienten zuführen. Alexandra übernimmt souverän das Richten für den Transport und der Akten für den OP und richtet neue Notfallmedikamente und das Infusionsmanagement für Nina. Die Notfallteampflegekraft Lukas übernimmt die mechanische Reanimation und Defibrillation und wechselt sich nach erfolgter Intubation mit Thorsten ab.

Nach ca. 30 min Reanimation und mehrfacher Defibrillation, erfolgreicher Intubation und Massentransfusion sowie Gerinnungsoptimierung, kann der Kreislauf des Patienten mit einem Adrenalinperfusor soweit stabilisiert werden, dass er in den OP transportiert werden kann. Thorsten bittet das Pflegeteam und die Ärzte zur kurzen Nachbesprechung der Situation, welche alle begrüßen, nur OA Treiber blockt die Nachbesprechung ab und sagt: »Mit Gerede kommt man auch nicht weiter und das ist doch sinnlos.« und verlässt die Station.

Ausarbeitung des Falles 2

PROBLEME

- Alarmierung zu spät vom NFT, somit ad-hoc Team
- Prägung der Arbeit von Kim durch OA
- Blutung vorerst übersehen
- Zu viele Beteiligte?
- Verbale Kommunikation des OA destruktiv und angreifend
- Unklare Anweisung
- Fehlende Übergabe
- Hierarchieproblem bzgl OA
- Abgeblockte Nachbesprechung
- Spontaner Patient bekommt Diskussion über OA mit

HANDLUNGSEMPFEHLUNG

- Klare Anweisungen
- Frühes Informieren des NFTZ
- Training und Schulung
- TimeOut/ Übergabe an NFT
- Durchführung einer Nachbesprechung
- Beziehungsebene nicht vor dem Patienten thematisieren
- Pflichtschulung OA Treiber in Kommunikation/Teamarbeit
- Teambuilding für Ärzte und Pflegende
- Emotionale Entkoppelung von Botschaften
- Situationsbewusstsein von Kim
- Wertschätzung



Fazit



- Gelingende Kommunikation ist das A und O einer professionellen Zusammenarbeit.
- Innerhalb Notfallsituationen ist eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung, sowie deren Kommunikation, obligat.
- Closed-Loop-Communication verbessert die Anwendungssicherheit einer Intervention und die Kommunikation im Team.
- Strukturen helfen die Abläufe und Interventionsmöglichkeiten eines Notfalls zu systematisieren und präzisieren.
- Eine interdisziplinäre Schulung und Training dieser Strategien im Simulator verbessert die Patientensicherheit und Teaminteraktion.

Quellen

- Julia Stemmler Uwe Hecker
 Notfallkommando

 Kommunikation in Notfall
 - situationen für Gesundheitsberuf
- Burghofer, K.; Lackner, C.K. (2010): Kommunikation. Risikofaktor in der Akutmedizin. Notfall und Rettungsmedizin 13: 363-367 Springer Verlag.
- Happel, O. et al (2010). Schockraummanagement- Simulation, Teamtraining Kommunikation. AINS 45:408-414. Thieme Verlag.
- Stemmler, J.; Hecker, U. (2016): Notfallkommando. Heidelberg Berlin. Springer Verlag.
- St.Pierre, M.; Hofinger, G. (2011): Notfallmanagement. Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin. 2. Auflage. Berlin Heidelberg. Springer Verlag.
- St.Pierre, M. et al (2012): Äußern Assistenzärzte und Pflegekräfte sicherheitsrelevante Bedenken? Der Anästhesist 61:857-866. Springer Verlag.
- St.Pierre, M; Breuer, G. (2013): Simulation in der Medizin. Berlin Heidelberg. Springer Verlag.
- Tewes, Renate (2010): Wie bitte? Kommunikation in Gesundsheitsberufen. Berlin Heidelberg. Springer Verlag.
- Waeschle, R.M. (2015): Fehler in der Medizin. Der Anästhesist.64:689-704. Springer Verlag.

Bildquellenverzeichnis

- 1. http://www.evidero.de/richtig-kommunizieren 17.04.17 16:31
- 2. http://www.dadalos-d.org/frieden/grundkurs_4/eisberg.htm 17.04.17 16:33
- 3. http://www.marketing.ch/Wissen/Themen/K/Kommunikation 17.04.17 16:34
- 4. http://www.kraus-und-partner.de/change-management/wiki/4-ohren-modellvier-seiten-einer-nachricht 17.04.17 16:35
- 5. https://www.springerprofessional.de/kundenmanagement/kommunikationsstoerun gen-wirken-sich-auf-kundenbeziehung-aus/6604302 17.04.1716:37
- 6. http://edutechdebate.org/massive-open-online-courses/the-importance-of-context-and-human-factor-in-mooc-education/ 17.04.17 16:38
- 7. http://clipart-library.com/clipart/Team-Work-Free-Download-PNG.htm 17.04.17 16:40
- 8. https://www.youtube.com/watch?v=DI4zp7yeuMU 17.04.17 16:40
- 9. https://www.lswb-magazin.bayern/hp503/Verbandszertifizierung-Qualitaet-ist-Teamarbeit.htm 17.04.17 16:41