

Unterbrechung der Monitorüberwachung

Art des Zwischenfalls

Ein intubierter, kreislaufstabiler Patient mit geschlossenem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) wird vom Rettungsdienst dem Klinikteam übergeben. Das Umlagern des mit dem LIFEPAK® 15 (LP 15) verkabelten Patienten erfolgt dabei vor dem Schockraum von der RTW-Trage auf einen Lifter. Während der Übergabe, die relativ unstrukturiert und in sehr lockerem Ton zwischen Notarzt und Leiter Schockraumteam (Chirurg) abläuft, beginnen die Pflegekräfte bereits erste Maßnahmen am Patienten. Da sich ein sichtlich gereizter Klinikmitarbeiter durch einen der Rettungsassistenten und das LP 15 behindert fühlt, werden noch vor dem Umlagern alle Kabelverbindungen zum LP 15 getrennt und der Patient völlig ohne Monitoring umgelagert. Weder Rettungsassistent noch der anwesende Anästhesist des Schockraumteams, der sich in diesem Moment gerade um die Beatmung des Patienten kümmert, intervenieren hierbei. Anschließend wird der Patient in den Schockraum verbracht und erst dort werden die Kabel wieder ans Monitoring angeschlossen. Insgesamt ergab sich eine überwachungsfreie Phase von mindestens drei Minuten, während der der beatmete Patient nicht ans Monitoring angeschlossen war.

Ursache

Im Folgenden werden zum einen die längere monitorfreie Phase mit der daraus resultierenden potentiellen Gefährdung der Patientensicherheit und zum anderen der Übergabeprozess des Patienten als Ursache für die fehlende Überwachung diskutiert.

Sowohl die *S3 – Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung* als auch die *DGAI-Handlungsempfehlung zur prähospitalen Notfallnarkose beim Erwachsenen* fordern als Standardmonitoring EKG, Blutdruckmessung, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung und Kapnographie für die prähospitalen Notfallnarkose [1, 2]. Bezüglich Unterbrechung der Überwachung ist in der Handlungsempfehlung aufgeführt: „Während der gesamten Narkosedauer muss das Standardmonitoring kontinuierlich genutzt werden, um eine fachgerechte Überwachung zu gewährleisten und Veränderungen des Vitalstatus zu erkennen und behandeln zu können.“ [2]

Insofern sollte auch bei einem (aktuell) stabilen Patienten das Monitoring nicht zur Umlagerung oder aus anderweitigen Gründen unterbrochen werden.

Die konkrete Ursache für das vorübergehende Abkabeln des Patienten scheint in einer vermeintlichen Vereinfachung der Umlagerung zu liegen. Zudem wurde dieses Vorgehen von keiner der beteiligten Personen zumindest hinterfragt (oder gar gestoppt), was wohl zum Teil auch daran lag, dass das Abkabeln gar nicht wahrgenommen wurde.

Insofern soll noch etwas detaillierter auf den Prozess der Patientenübergabe eingegangen werden. Generell stellt die Übergabesituation Präklinik – Klinik einen kritischen Abschnitt in der Patientenversorgung dar.

In der Literatur werden insbesondere folgende Probleme genannt [3, 4]:

- unzureichendes aktives Zuhören
- mehrfache Übergaben erforderlich
- fehlende Strukturierung
- mangelhafte Informationsweitergabe/Informationsverlust
- Lärm, Chaos, Unterbrechungen
- Missverständnisse, Misstrauen

In einer Stellungnahme der American Heart Association (AHA) bezüglich Patientensicherheit im herzchirurgischen OP wird fehlende bzw. mangelhafte Kommunikation als Hauptursache von Zwischenfällen genannt [5]. Als kritische Elemente von Teamwork werden die sogenannten „6 C’s“ angeführt, diese sind Kommunikation (communication), Zusammenarbeit (cooperation), Aufgabenverteilung und -koordination (coordination), Wahrnehmung (cognition), Konfliktlösung (conflict resolution) sowie Teamtraining (coaching).

Viele der genannten Punkte treffen auch auf die Fallschilderung zu. So lief die Übergabe unstrukturiert nur zwischen Notarzt und einem Arzt des Schockraumteams ab, die weiteren Teammitglieder bekamen von der Übergabe nur wenig mit und befassten sich – unnötiger Weise - bereits während der Übergabe mit anderen Aufgaben, die nicht absolut zeitkritisch waren. Zudem herrschte zumindest zwischen einem Klinikmitarbeiter, der nach Wahrnehmung der Rettungsdienstmitarbeiter überfordert schien, und einem Rettungsassistenten eine angespannte Atmosphäre. Dies verhinderte anscheinend, dass der RettAss beim Abkabeln des Patienten intervenierte. Außerdem war der Anästhesist so abgelenkt, dass er das Abkabeln nicht mitbekam und es ihm auch niemand mitteilte. Insgesamt vermittelt die geschilderte Situation den Eindruck, dass hier viele einzelne „Player“ unabhängig voneinander agierten und Entscheidungen trafen, ohne dass tatsächlich ein Team abgestimmt und gemeinsam tätig war.

Das Vorgehen bezüglich Umlagerung des Patienten vor dem Schockraum ist in dieser Klinik auf Grund der baulichen Gegebenheiten und der Lokalisation des Lifters üblich und quasi vorgegeben. Generell bietet sich auf Grund der Ausstattung und der Interventionsmöglichkeiten im Schockraum an, den Patienten direkt im Schockraum umzulagern und an das Klinikteam zu übergeben.

Zur Optimierung der Patientenübergabe sollten u. a. folgende Punkte berücksichtigt werden:

- ▶ Vollständige Anwesenheit des Teams [6]
- ▶ Teamleiter/Ansprechpartner klar erkennbar
- ▶ Informationsweitergabe für alle verständlich
- ▶ strukturierte Übergabe, Dokumentation (Protokoll, Checklisten,...)
- ▶ sachlicher Umgang miteinander
- ▶ Unterbrechungen vermeiden
- ▶ Nachfragen bei Unklarheiten ermöglichen
- ▶ Reevaluation durchführen
- ▶ Feedback geben

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insbesondere bei narkotisierten und beatmeten Patienten ein kontinuierliches Monitoring erfolgen sollte. Für eine adäquate Patientenübergabe ist es wichtig, das gesamte Team einzubeziehen, einen sachlichen Umgang miteinander zu pflegen sowie eine strukturierte Informationsweitergabe sicherzustellen.

Interventionsmaßnahmen

Als Maßnahmen zur Optimierung der Patientenübergabe könnten beispielsweise eingeführt/umgesetzt werden [5]:

- ▶ Nutzung von Checklisten
- ▶ Vor- und Nachbesprechungen (Briefings und Debriefings)
- ▶ Verwendung von strukturierten Kommunikations- und Übergabeprotokollen
- ▶ Teamtrainings und Simulationstrainings

All diese Interventions- und Schulungsmaßnahmen müssen in eine entsprechende Fehler- oder besser Sicherheitskultur der beteiligten Organisationen eingebunden werden. Dies beinhaltet zusätzlich auch Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter und neben mitarbeiterzentrierten Maßnahmen auch eine Optimierung der diversen Rahmenbedingungen (z. B. Ausstattung, Räumlichkeiten, usw.) unter denen die beteiligten Personen agieren müssen.

Essentiell ist zudem, dass Trainingsmaßnahmen (wie Teamtrainings und Simulationstrainings) unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen und Fachdisziplinen und von entsprechend qualifizierten Trainern durchgeführt werden [7,8].

Zusätzlich können solche Trainings auch in den realen Räumlichkeiten der täglichen Patientenversorgung stattfinden. Hierdurch können im Sinne eines Systemchecks auch Faktoren aufgedeckt werden, die spezifisch mit den lokalen räumlichen Gegebenheiten zusammenhängen.

Literatur:

1. S3 – Leitlinie Polytrauma/ Schwerverletzten-Behandlung, Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (federführend) [Internet] 2011;Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/012-019.html>
2. Bein B, Böttiger BW, Bohn A, Fischer M, Gräsner JT, Hinkelbein J, et al.: Handlungsempfehlung zur prähospitalen Notfallnarkose beim Erwachsenen. Notf Rettungsmedizin 2015;18:395–412.
3. Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E, Chaboyer W: Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review. Int Emerg Nurs 2010 Oct;18:210–220.
4. Wood K, Crouch R, Rowland E, Pope C: Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. Emerg Med J 2015 Jan 7;32:577–581.
5. Wahr JA, Prager RL, Abernathy JH, Martinez EA, Salas E, Seifert PC, et al.: Patient Safety in the Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2013 Mar 9;128:1139–1169.
6. Weißbuch Schwerverletztenversorgung | Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie [Internet] [cited 2015 Oct 29];Available from: <http://www.dgu-online.de/qualitaetsicherheit/schwerverletzte/weissbuch-schwerverletztenversorgung.html>
7. Lastenheft für die Durchführung von Simulationstrainings in der präklinischen Notfallmedizin und deren Schnittstellen, Empfehlung des ÄLRD-Ausschusses Bayern [Internet] 2015;Available from: http://www.aelrd-bayern.de/index.php?option=com_content&view=article&id=240&Itemid=332
8. Mindestanforderungen der DGSiM für die Durchführung von Simulations-Teamtrainings in der Medizin, Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Simulation in der Medizin e.V. [Internet] 2015;Available from: <http://www.dgsim.de/content/ag-qualitaetskriterien-zertifizierung>