

ass „Fufo 1/07“ (Tübingen)

Ein ganz normaler Frühdienst auf der B6 Nord

6:00 Uhr

Übergabe: Eigentlich 3 Examierte; seit Monaten schon Minimalbesetzung mit 2 Examierten und einer Hilfskraft (FSJ oder Praktikantin), mit Glück noch eine Schülerin. Heute wegen Krankheit nur 1 Examierte, also: telefonieren.....! Andere Stationen können nicht aushelfen, sind ebenfalls knapp kalkuliert. Aus Pool? 3 Examierte würden eigentlich zur Verfügung stehen, davon 1 krank, 1 Urlaub, 1 verplant – toll! Kollegin, die eigentlich Dienstplan schreiben wollte, springt ein.

6:50 Uhr

Jetzt aber los. Ab in die Patientenzimmer und nur das Nötigste tun.

7:00 Uhr

Mist, neuer Patient steht plötzlich auf dem Flur. Es stellt sich heraus, dass er an erster Stelle (7:15 Uhr) operiert werden soll. Kein einziges freies Bett! Also: auf dem Flur (!) Rasur, Toilettengang – alles zwischen Tür und Angel. Patientensachen (Koffer usw.) im Bad verstauen. Alles „huschhusch“, Patient von U.D.O. in OP bringen lassen. Achtung: ohne Prämedikation, sonst darf U.D.O. nicht transportieren!
Ein Hoch auf patientenbezogene Pflege!

7:20 Uhr

Zwischenzeitlich: eingestuhlter Patient von FSJ mit neuer Windel versorgt. Eine andere Patientin mit Hb-Abfall und infizierter Hüft-TEP aus BG liegt mit völlig durchtränktem Verband und eingestuhlt im Bett. FSJ kann Patientin nicht alleine versorgen und Kollegin ist anderweitig gebunden. Schnell putzen, waschen, drehen, frisch betten und lagern; oje: entsetzlicher Hautzustand! Während dieser Verrichtung läuten diverse Patienten mehrmals.

Die Patientin verliert viel Blut über Redons, Gesamtzustand mäßig, trotzdem: Weiter geht's!

7:50 Uhr

Noch lange nicht alle Patienten gesehen, geschweige denn Frühstück verteilt. Visite steht an. Der FSJ Schnellanweisung zum Frühstücksausteilen erteilt.

8:20 Uhr

Grundpflege bei einigen Patienten steht noch aus. Durchführung wird immer wieder unterbrochen durch:

Patienten für Angiographie richten, Patienten zur Endoskopie bringen, da U.D.O. den Transport wegen Infusion und Drainagen nicht übernimmt; Patienten zur Sonographie bringen, da U.D.O. den Transport wegen Infusion und Drainagen nicht übernimmt, Patient zur OP vorbereiten.

9:45 Uhr

Grundpflege ohne Beine und ATS-Wechsel durchgeführt, endlich Frühstückspause! Diese wird 3- bis

5-minütlich unterbrochen durch:

Telefon, Besucheranfragen, Entlassungspatienten verabschieden, Patienten zur Untersuchungen bringen, auf die Klingeln gehen

10:30 Uhr

Intensiv wartet darauf, dass Patient abgeholt wird. Noch immer sind nicht alle Patienten komplett versorgt. Noch ist das Essen für den nächsten Tag nicht bestellt. Noch hat keinerlei Dokumentation stattgefunden.

10:45 Uhr

Einer Patientin geht es schlechter, alles andere muss warten. Erst mal Arzt informieren, leider alle im OP, also: von Nachbarstation Vitalwerte, EKG, Röntgen etc.

11:15 Uhr

Jetzt endlich auf Intensiv, Patient holen. Neu aufzunehmende Patienten warten auf Bettplatz. Von den Entlassungspatienten ist noch nichts sauber und belegbar. Also: auf dem Flur Aufnahmegespräch (FSJ) und von hier aus zu Vorbereitungsuntersuchungen schicken. **Ein Hoch auf die für Patienten diskrete und Vertrauen schaffende Umgebung!**

11:50 Uhr

BZ-Sticks, Insuline und Kurzinfusionen nicht vergessen, schnell, schnell Essen austeilern, der Aufwachraum ruft schon wieder....!

12:15 Uhr

Tetraphlegiker noch nicht mobilisiert, obwohl zwingend notwendig, also jetzt noch schnell....Neuer Patient möchte eine TV-Bedienungsanleitung, die leider vom Haus nicht bereitgestellt werden, also schnell alte vorhandene Anleitung kopieren!

12:40 Uhr

Patientin wird unangemeldet und ohne über die Poliklinik zu gehen zur stationären Aufnahme mit dem Hubschrauber aus anderem Krankenhaus gebracht; sie kann eigenständig mit Koffer ins Patientenzimmer gehen. Außer einem Arzt aus der Endoskopie und einer Pflegekraft aus der Poliklinik (die am Vortag informiert wurde) wusste niemand irgendetwas.... Nichts war organisiert, alles musste zäh erarbeitet werden.

13:00 Uhr

Kurvenvisite, Pflegedokumentation. Der Spätdienst wartet auf die Übergabe.

14:15 Uhr

Was habe ich alles getan? Was nicht? Eine Leere bleibt zurück und eine große Unzufriedenheit. Bradenskala vergessen, Mehrzahl der Patienten vernachlässigt, höchstens ausreichende, manchmal auch unzureichende Pflege betrieben.

Gespräche führen – was ist das? Pflegedokumentation – mangelhaft!

Warum ist das Haus nicht in der Lage, die Fernseh-anleitungen bereitzustellen? An wen wende ich mich? Die Küche schickt Zucker und Honig bei Vollkost ohne Zucker – also noch schnell anrufen. Neu aufgenommener Patient wird wieder entlassen, da durch Poliklinik keine ausreichende Diagnostik betrieben wurde. Mentorentätigkeit für PflegeschülerInnen? Uni als Ausbildungseinrichtung mit Vorreiterrolle? Weiterbildung? Pflegeforschung? Qualitätsmanagement? Dass ich nicht lache...!

Damit der Basis – den Pflegenden am Patienten – mittels wirklich bedarfsorientierter Personalplanung

wieder ermöglicht wird, vernünftige Pflege betreiben zu können, müssen wahrscheinlich erst noch einige Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel gebildet werden. Von welchen Planstellen? Na ist doch klar, aus der Pflege!

Was soll's, dann bleiben eben nur noch Praktikantinnen, FSJ und (wenn es gut geht) Auszubildende für die Pflege am Patienten übrig.

Ein Hoch auf die zahlreichen sprießenden Management- und Stabstellen.

Der Name der Beschäftigten ist dem Personalrat bekannt.

Mehr oder weniger Pflegebedarf?

Sehr geehrte Kollegen,

aus der letzten Personalversammlung am 28. Februar 2007 sind mir die Worte von Herrn Brenzel noch gut im Gedächtnis und heute kann ich sie auch verstehen. Wörtlich kann ich ihn nicht mehr zitieren, aber sinngemäß sagte er, dass der sich steigernde Patientendurchlauf den Bedarf an ärztlichen Mitarbeitern erhöhen, während sich der Pflegebedarf reduzieren würde. Der Bedarf an Pflegekräften steige nur noch im ambulanten Bereich und in der Altenpflege.

Anhand eines aktuellen konkreten Falles wird klar, wie es zu dieser (statistisch erhobenen?) Einschätzung kommt:

Ein Patient mit Verdacht auf eine VRE-Besiedelung wird bis zum Abschlussergebnis der Abstriche den Hygienevorschriften entsprechend isoliert. Dieser Patient benötigt auf Grund seines schweren Krankheitsbildes aufwändigste, personenintensive Pflege (pro Tagesschicht je 45 Minuten nur allein zur Grund- und Hautpflege durch zwei Pflegepersonen). Nachdem die Isolation wegen negativer Abstriche aufgehoben worden ist, kann die Isolationsmaßnahme für die Kostenberechnung nicht erfasst werden – für den Verdacht gibt es keine Erhebung oder Verschlüsselung. Ebenso verhält es sich mit der aufwändigen Hautpflege – keine Verschlüsselung für den Einsatz von Pflegezeit und Pflegepersonal.

In der Statistik und beim Geldgeber taucht der Patient nur als ganz normaler septischer, orthopädischer Patient auf. Die Pflege als Berufsgruppe kann durch ihren Mehraufwand in diesem Fall keinerlei zusätzliche Gelder erwirtschaften.

Kein Wunder also, wenn für die Pflege scheinbar weniger Bedarf besteht und nur der ärztliche Dienst von diesen Patienten profitiert. Für die Statistik und die Kostenträger ergibt sich aus den erfassten Daten zum Patient ein verzerrtes Bild: ein unkomplizierter Verlauf.

Jetzt machen Herrn Brenzels Worte Sinn: Wenn die Pflege ihren hohen Aufwand mit schwerkranken Patienten nicht verschlüsseln kann, also kein Geld für das Klinikum erwirtschaften kann, wie viel Wert hat dann Pflege? Es muss eine Möglichkeit gefunden werden, diesen tatsächlich geleisteten Mehraufwand entsprechend einem Geldwert verschlüsseln zu können. Dem Klinikum entstehen jetzt deutliche Nachteile und die Pflege hat ihren guten Ruf zu verlieren. Schließlich ist nur Wert, wer auch Geld für's Ganze erwirtschaftet.

Mit freundlichen Grüßen

Elke Epperlein, Station A 7 Ost