

Einführung

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen, für die, die uns noch nicht kennen, ich bin die Nicole und das ist meine Kollegin Birgit.

Ich möchte ihnen nun einen kurzen Einblick über den Werdegang unserer Station geben.

Wir sind seit 5 und 8 Jahren diplomierte Krankenschwestern im MC3, einige Jahre auf einer Interne 2 Station tätig. Im Jänner 2019 hat unser Team von der Umwandlung in die ZNA erfahren, im darauffolgenden Monat Februar wurden wir bereits (noch im C Bau) als ZNA Station geführt, Ende des Jahres stand dann die Übersiedelung in den A Bau bevor und am 3.1.2020 wurde die Station dort eröffnet. 2 ½ Monate später mussten wir bereits alles für den ersten Covid-Ansturm aufrüsten, 3 Wochen später siedelten wir in den D Bau um dort die infektiöse Notaufnahme zu bespielen. Dabei war neben der neuen Covid-Herausforderung ein großes Thema, dass wir als Bettenstationsschwestern uns das ambulante Setting erst aneignen mussten, sowie die ersten Erfahrungen mit Notfällen im NIR hatten. Am 15. Juni erfolgte dann die Rücksiedelung auf A2.1. Wieder durch eine relativ kurzfristige Information wurde uns mitgeteilt, dass wir zur ZNA „neu“ werden. Diese umfasste die gesamte ZNA Station inkl. Schwerkrankenzimmer und Holding Area, sowie die neuen Räumlichkeiten der NFA (DZ rot + grün und Akutzone).

Beim zweiten Covid-Ansturm im Herbst wurden wir am 6.11.2020 um 13 Uhr mittels Videokonferenz von der Stationsleitung über die Neueröffnung der Covid IMCU informiert, die am darauffolgenden Tag bereits belegt wurde. Dazu kam, dass die Akutzone in der NFA von 2 auf 4 Plätze erweitert wurde, da der Schockraum konservativ mit 2 Intensivbetten aufgerüstet wurde und somit für Notfälle nicht mehr zur Verfügung stand.

Von Beginn an war unser Team stets motiviert und bemüht, sämtliche Umstellungen mitzutragen und Veränderungen mitzugestalten. Wir waren immer offen für „Neues“ und haben uns dabei stets gegenseitig den Rücken gestärkt.

Jedoch stößt auch jedes noch so engagierte Team irgendwann an seine Grenzen und wir haben unsere Grenze teilweise bereits im Juli dieses Jahres überschritten.

Die größten Probleme in unserem Team bestehen aus folgenden Schwerpunkten:

- keine professionellen Einschulungen
- mangelnde Personalaufstellung
- mangelnde Mitarbeiterführung
- keine geregelten Pausenzeiten
- Aus all diesen Punkten resultiert eine große emotionale Belastung für jeden einzelnen Mitarbeiter

Keine professionelle Einschulung

- die Einschulung des Teams erfolgte durch Kurzvideos oder direkt vor Ort durch OA Dünser oder Sr. Michaela/ bzw. diensthabenden Anästhesisten
- Aus unserem Team wurde die Initiative ergriffen und mehrmals um Einschulung gebeten, diese wurden jedoch abgelehnt oder nicht wahrgenommen; Bsp. Eine DGKP von A 2.1 im Gespräch mit Oberpfleger Auinger: Die DGKP äußerte gegenüber ihrer Stationsleitung den Wunsch einer professionellen Einschulung im Sinne von „Mitarbeiten in Spezialbereichen“ um Abläufe bzgl. ZVK, Intubation, Medikamente usw. zu erlernen. Oberpfleger Auinger räumte ein, dass dieser Vorschlag einer solchen Einschulung bereits besprochen wurde, jedoch von 2 bestimmten Personen nicht als notwendig empfunden wurde, da das Team A 2.1 den Umgang mit Notfällen bereits im Bau D erlernt hat.
- Jedoch hatten nur 3-4 DGKP aus unserem Team den Vorteil, bereits im D Bau NIR einiges an Notfällen zu sehen und diese Akutpatienten **gemeinsam** mit Intensivpersonal zu behandeln
- Aussagen wie „Wenn etwas passiert, stehen wir hinter euch“ oder „Es ist „nur“ Notfallmedizin und muss jede DGKP können“ helfen uns in dieser Situation nur wenig und nehmen uns auch keinerlei Angst vor Akutsituationen und deren Abläufe – Wie ist die rechtliche Situation dazu??
- Wie bereits anfangs erwähnt ist unser Team offen dafür neues zu lernen, jedoch wollen wir diese Dinge dann auch professionell, und nicht wie bisher „amateurhaft“ am Patienten durchführen

Mangelnde Personalaufstellung

- Aufgrund der erweiterten Arbeitsbereiche und den umfangreichen Aufgabengebieten rund um die ZNA (Schwerkranken­zimmer, Bettenstation, Holding Area, DZ grün + rot + Akutraum) war auch seit Sommer stets zu wenig Personal vorhanden.

1. Bsp.: Im Nachtdienst 1 DGKP zuständig für DZ rot + akut (4 Stellplätze, davon 2 für akute Fälle) – diese DGKP muss schlimmstenfalls für 4 Patienten gleichzeitig zuständig sein, Pat. mit Arztbegleitung zu Untersuchungen transferieren, Plätze wieder aufbereiten, Botengänge erledigen usw. Neben all diesen Tätigkeiten geht die eigentliche Aufgabe, den Patienten fachgerecht zu betreuen, unter. (Bsp. Patient erhält in NFA Antibiose, wird am Gang gestellt zum Abtransport und reagiert anaphylaktisch)

2. Bsp.: Im Schwerkranken­zimmer (4 Überwachungsbetten) ist sowohl Tag als auch Nacht nur 1 DGKP zuständig; Tagdienst: 3 DGKP + 1 Student im Dienst: die DGKP aus dem Schwerkranken­zimmer transferiert einen Akutpatienten auf Intensiv, bei einem 2. Pat. Musste aufgrund von Suizidgefahr Sitzwache gehalten werden, 1 DGKP musste die Organisation bzw. Administration am Stützpunkt durchführen, die 3. DGKP war zu diesem Zeitpunkt noch keine 2 Monate eingestellt und somit auch nicht komplett eingeschult und war alleine mit dem Studenten für 13 Neuaufnahmen zuständig.

- Aus dieser unzureichende Personalaufstellung resultiert Unsicherheit, Überforderung und Angst vor jedem nächsten Dienst, der wieder „schlimm“ werden könnte; außerdem entstehen für Patienten in der NFA lange Wartezeiten und das Personal hat schon gar keine Möglichkeit geregelte Pausenzeiten wahrzunehmen.

Mangelnde Mitarbeiterführung

- Seit geraumer Zeit besteht ein Kommunikationsproblem zwischen Team und Stationsleitung, Informationen werden spät bis gar nicht weitergeleitet, unmittelbar vor Dienstbeginn oder im Dienstverlauf wird man vor vollendete Tatsachen gestellt

Hier einige Bsp.

- DGKP sagt zur Stationsltg., dass die Personalaufstellung im Akutraum so nicht möglich ist, die Stationsltg. Gibt zur Antwort: „Ich selbst arbeite 80h die Woche“
- PA erzählt der Stationsltg., dass sie von Ärzten aufgefordert wurde einen Katecholaminperfusor vorzubereiten und aus arteriellem System Blut abzunehmen, Stationsltg. Antwortet: „Willst du dich jetzt beschwerden oder mir das einfach nur erzählen?“
- Das Team A 2.1 äußerte von Beginn an Sorgen und Ängste bzgl. der Tätigkeiten im Schwerkrankenraum und Akutraum, Stationsltg. Antwortet: „Das Schwerkrankenraum könnt ihr euch vorstellen wie ein 4-Bett-Zimmer auf der Internen, und auch dort hatten wir ab und zu Herzalarm“ (Ja, das Patientengut auf der Internen 2 war sehr aufwändig und multimorbid, jedoch mussten wir dort keine Patienten mit invasiver RR-Messung, NIV oder hochpotenten Medikamentenperfusoren überwachen!!!)
- DGKP informierte Stationsleitung um 14.30 telefonisch darüber, dass sie noch keine Pause hatte und eine Ablöse benötigt, die Stationsltg. Antwortete: „Dann musst du dir jemanden organisieren der dich ablöst.“
- Tagdienstbeginn im Akutraum – Die Stationsleitung spricht eine Mitarbeiterin der NFA in Anwesenheit von 2 weiteren DGKPs von A 2.1 an und sagt mit bestimmenden Tonfall: „Was machst denn du hier? Ich habe gesagt ich möchte nicht mehr, dass du hier arbeitest!“
- Die Stationsleitung ruft auf A 2.1 an und fragt wieviele Betten noch zur Verfügung stehen, DGKP auf der Station antwortete, dass der diensthabende Stationsarzt einen Aufnahmestopp ausgesprochen hat, da aufgrund erhöhtem Patientenaufkommens sowohl PP als auch Ärzte den Überblick verloren haben. Die Stationsltg. Antwortete daraufhin: „Ich bin die Chefin auf A 2.1 und ich entscheide wenn die Station voll ist.“
- DGKP räumte bei einer Nachbesprechung eines Akutfalles ein, dass sie nach wie vor Ängste und Sorgen bzgl. Umgang mit hochpotenten Medikamenten hätte, da auch die rechtliche Situation dazu nicht geklärt ist. Stationsleitung antwortete „Diese Aussagen sind

nun wirklich widersprüchlich, einerseits stehst du voller Selbstbewusstsein und Kompetenz am Patientenbett, und dann kommst du mit solchen Aussagen, das passt für mich nicht zusammen“

- Uns ist bewusst, dass man in einer leitenden Funktion unter enormen Druck steht, vor allem in Krisenzeiten als Stationsleitung teilweise Unmögliches leisten soll und als Brücke zwischen Mitarbeitern und Obrigkeiten vermitteln muss. Jedoch haben wir schon länger das Gefühl, dass unsere Stationsltg. Ihre Prioritäten anders setzt, als es für uns nötig wäre. Bsp. Fehlerhafte Dienstpläne und Diensteinteilungen, tlw. Respektloser und machthaberischer Umgang mit Mitarbeitern, Misstrauen gegenüber dem Team und lückenhafte bis fehlende Kommunikation.

Die Stationsleitung hat unserer Ansicht nach verabsäumt, in dieser herausfordernden Zeit den Fokus auf unser Team zu richten und befasst sich stattdessen fast ausnahmslos mit Prozessgestaltungen und Projekten rund um die ZNA bzw. IMCU gemeinsam mit OA Dünser.